

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC II
CAMILA MARTINS MORALES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE
ODONTOLOGIA SOBRE CÂNCER BUCAL, UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

LAGES

2020

CAMILA MARTINS MORALES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE
ODONTOLOGIA SOBRE CÂNCER BUCAL, UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro Universitário UNIFACVEST como
parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. M. Carla Cioato Piardi

LAGES

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, que me permitiu a realização deste sonho, que era cursar odontologia. A minha mãe Iara Martins, pois tudo que sou devo a ela, por sempre ter sido amor, apoio e compreensão, que nunca mediu esforços para me proporcionar oportunidades que ela não pode ter. Ao meu pai Nerildo Machado, que mesmo distante, esteve perto através de ligações e palavras de apoio e incentivo. Ao meu irmão Kelvi Martins, que veio morar comigo e foi meu companheiro e amigo, fazendo com que meus dias fossem mais leves. Ao meu namorado Luiz Fernando, que chegou no começo dessa caminhada e foi companheiro, amigo, apoiador e incentivador em todos momentos. Agradeço também a minha sogra Denise Pocai, e meu sogro Fernando Pocai, por terem me acolhido em sua família, com tanto carinho e atenção. A minha amiga irmã Leticia Braga, que morou comigo, foi meu ombro amigo, sendo uma companheira e conselheira sempre que precisei de uma palavra amiga. Se tornou ainda mais importante em minha vida.

A Rubia de Siqueira, que fez parte desta trajetória desde o começo, foram tantos trabalhos, finais de semanas de estudos, e até hoje está presente nos meus dias, me dando força, torcendo por minhas conquistas e me confortando nos momentos difíceis.

A Thayna Veloso, amiga que tive o prazer de conhecer no estágio de férias, no qual me acolheu com muito carinho e pude dividir momentos importantes dessa caminhada. Agradeço também a sua família por ter me acolhido com carinho em sua casa.

A minha dupla Adrielle Duarte, por todos os atendimentos, e experiências compartilhadas nesta trajetória.

Sou grata também as minhas amigas de longa data, Paula, Francine, Juliana, Renata, Luciana, e Alessandra, que mesmo estando há muitos km de distância foram presentes na minha vida, com palavras de apoio, carinho e motivação e que em nenhum momento deixaram de me motivar e dar forças para seguir firme.

À minha orientadora Carla Piardi, pessoa incrível, de um coração enorme que tive a oportunidade de ter como professora e orientadora, no qual teve um papel muito importante na conclusão deste trabalho, sua dedicação, disponibilidade e conhecimento foram essenciais, e me faltam palavras para descrever tanta gratidão.

Agradeço ao Centro Universitário Unifacvest, e ao coordenador do curso de odontologia Lessandro Machry, pela oportunidade de ter realizado este curso e ter tido a oportunidade de conhecer pessoas especiais e importantes nessa caminhada.

Aos meus professores que tive o prazer de conhecer ao longo dessa caminhada, deixo aqui o meu muito obrigada, em especial aos que fazem parte da minha banca professor Ricardo Munoz, pessoa incrível que sem dúvidas nos fez amar patologia, com sua forma de ensinar e mostrar que ama o que faz, obrigada pelo conhecimento passado, por sua atenção, e disponibilidade sempre que precisei tirar alguma dúvida. Ao professor Gabriel Castro, que tive o prazer de ter como professor, e que com seu jeito humilde e paciência nos motiva a não desistir, nos momentos em que pensamos que não vamos conseguir. Ao Professor Marco Antônio, que esteve presente desde o primeiro semestre, presenciou cada passo desta trajetória, suas histórias de vida, palavras de motivação, e incentivo, foram muito importantes em cada semestre até aqui. Ao André Favoreto, que é minha inspiração de profissional e de pessoa, sua humildade é exemplar, sou muito grata por todo conhecimento e apoio durante toda graduação. Por fim e não menos importante, agradeço ao professor e Dr. André Webber, que tive a honra de conhecer e fazer estágio. Sou grata pela oportunidade, é um excelente profissional, além de ser motivador e incentivador.

AValiação DO CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA SOBRE CâNCER BUCAL, UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Introdução: O câncer é o nome dado a mais de 100 tipos de doenças que acometem os tecidos e órgãos, devido ao crescimento desordenado das células. Existem cerca de 626 mil novos casos de câncer para o ano 2020 no Brasil, desconsiderando o câncer de pele não melanoma.

Objetivo: O objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de odontologia regularmente matriculados no Centro Universitário Unifacvest, situado na cidade de Lages/SC, no ano de 2020, sobre o câncer bucal. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário a 199 acadêmicos regularmente matriculados no curso de odontologia, do Centro Universitário Unifacvest, nas fases que realizam atendimento clínico do quinto período ao décimo, nos meses de fevereiro e setembro de 2020. Os dados foram coletados, analisados e contabilizados em planilhas. Após foi realizada a estatística descritiva através de frequências absolutas e percentuais das variáveis relativas à caracterização dos acadêmicos e perguntas respondidas.

Resultados: Participaram do estudo 199 acadêmicos com uma amostra predominante do sexo feminino 71,4%, esta foi categorizada por clínica não integrada com um total de 62 alunos e clínica integrada com um total de 135 alunos. Quando questionados sobre sua confiança em diagnosticar o câncer oral, ambos os grupos relataram sentir pouca confiança, clínica não integrada 75,5%, e clínica integrada (67,2%). Em relação ao tipo de lesão mais comum na cavidade oral, houve discordância nas respostas, 33,9% dos acadêmicos da clínica não integrada, relatam o ameloblastoma, e para clínica integrada 52,6%, o carcinoma espinocelular.

Conclusão: Portanto, a partir dos resultados apresentados, concluímos o conhecimento dos acadêmicos como positivo, somado a isso a importância do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico do câncer bucal. Apontamos a importância da prevenção, bem como a disciplina de patologia bucal, em conjunto com a clínica integrada.

Palavras-chave: Câncer bucal. Acadêmicos de odontologia. Conhecimento. Questionário.

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE OF DENTAL ACADEMICS ABOUT ORAL CANCER, A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: Cancer is the name given to more than 100 types of diseases that affect tissues and organs, due to the disordered growth of cells. There are about 626 thousand new cases of cancer for the year 2020 in Brazil, disregarding non-melanoma skin cancer. **Objective:** The objective of the study was to evaluate the knowledge of dentistry students regularly enrolled at the Unifacvest University Center, located in the city of Lages / SC, in 2020, about oral cancer. **Methodology:** A questionnaire was applied to 199 academics regularly enrolled in the dentistry course at Centro Universitário Unifacvest, in the phases that perform clinical care from the fifth period to the tenth, in the months of February and September 2020. The data were collected, analyzed and counted in spreadsheets. Afterwards, descriptive statistics were performed through absolute frequencies and percentages of variables related to the characterization of students and answered questions. **Results:** 199 students participated in the study, with a predominant female sample 71.4%, this was categorized by non-integrated clinic with a total of 62 students and integrated clinic with a total of 135 students. When asked about their confidence in diagnosing oral cancer, both groups reported feeling little confidence, non-integrated clinic 75.5%, and integrated clinic (67.2%). regarding the most common type of lesion in the oral cavity, there was disagreement in the answers, 33.9% of the students of the non-integrated clinic, report the ameloblastoma, and for the integrated clinic 52.6%, the squamous cell carcinoma. **Conclusion:** Therefore, based on the results presented, we concluded that the students' knowledge was positive, in addition to this, the importance of the dentist when diagnosing oral cancer. We point out the importance of prevention, as well as the discipline of oral pathology, together with the integrated clinic.

Keywords: Oral cancer. Dental academics. Knowledge. Questionnaire.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Anemia de Fanconi

AIDS - Acquired immunodeficiency syndrome

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCE – Carcinoma de Células Escamosas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Internacional de Doenças

DNA - Deoxyribonucleic acid

HPV – Papiloma vírus humano

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

XP - Xeroderma pigmentoso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	METODOLOGIA.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	Câncer	13
3.1.1	Oncogenes e genes supressores de tumores	13
3.1.2	Câncer bucal.....	13
3.2	Lesões potencialmente malignas.....	14
3.2.1	Leucoplasia.....	14
3.2.2	Eritroplasia	14
3.2.3	Quelite actínica.....	15
3.2.4	Líquen plano.....	15
3.3	Condições potencialmente cancerizáveis.....	15
3.3.1	Xeroderma pigmentoso	15
3.3.2	Anemia fanconi	15
3.4	Características, fatores de risco, diagnóstico e tratamento	16
3.4.1	Características clínicas e radiográficas	16
3.4.2	Fatores de risco.....	16
3.4.3	Diagnóstico.....	21
3.4.4	Tratamento	21
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO	29
6	CONCLUSÃO.....	33
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
8	APÊNDICES	37
8.1	Apêndice A – Questionário.....	37
8.2	Apêndice B – Tabela 1.....	40
8.3	Apêndice C – Figura 1 – Fluxograma.....	48
8.4	Apêndice D – Tabela 2	48
8.5	Apêndice E – Tabela 3	52
8.6	Apêndice F – Figura 2 – Alunos participantes por fase.....	55
8.7	Apêndice G – Figura 3 – Fatores de risco que estão relacionados com câncer bucal.....	56
8.8	Apêndice H – Figura 4 – Lesões potencialmente malignas.....	57
9	ANEXOS	58
9.1	Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
9.2	Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	60

1 INTRODUÇÃO

Conforme consta no INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva), existem cerca de 626 mil novos casos de câncer no Brasil para o ano de 2020, desconsiderando o câncer de pele não melanoma. Há uma estimativa de 11.108 novos casos em homens e 4.010 em mulheres a cada 100.000 habitantes.

Os indivíduos do sexo masculino acima de 40 anos são os mais acometidos pela doença, e jovens que fazem o uso de tabaco e álcool também podem desenvolver a doença. Todas as formas de tabaco (cigarros, cachimbos, charutos e sache de Betel), são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal. E o uso de álcool é o segundo maior fator de risco, assim como outros fatores, como papilomavírus humano (HPV), dieta, e exposição solar (KHALILI, 2008).

O câncer é o nome dado a mais de 100 tipos de doenças que acometem os tecidos e órgãos, devido ao crescimento desordenado das células onde ocorre uma divisão agressiva, incontrolável a qual desenvolvem tumores, há diferentes tipos que são classificados de acordo com suas variedades de células do corpo. É uma doença comum de etiologia multifatorial que acomete milhares de brasileiros, destacamos o câncer bucal o qual atinge a região de cabeça e pescoço. Por exemplo, os que iniciam pelos tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas, e os que o ponto de partida são os tecidos conjuntivos como, osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas conforme (FARAH *et al.*, 2016).

O carcinoma espinocelular (CEC) é responsável por cerca de 90% das neoplasias malignas orais e está entre os tipos de câncer mais frequentes nos seres humanos. Os outros 10% estão divididos entre o pleomórfico indiferenciado, que é uma neoplasia mesenquimal classificado como tumores de tecido mole, sua etiologia é desconhecida, entretanto há tendência de ser idiopática. São raros e agressivos com altos índices de recidiva (MOREIRA *et al.*, 2017).

Os carcinomas de glândulas salivares, que podem se desenvolver na mucosa oral, perto da garganta. Linfomas que podem se desenvolver na base da língua, e carcinoma de vermelhão do lábio NEVILLE *et al.* (2009). Para um bom diagnóstico o cirurgião-dentista ou médico deverão ter amplo conhecimento sobre o câncer oral, além de saber fazer um exame físico completo sempre analisando se há feridas que não cicatrizam por mais de 15 dias, manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, assoalho bucal, gengivas, palato, mucosa jugal, linfonodos infartados no pescoço, geralmente quando há presença de linfadenopatias regional e a possibilidade de encontrar uma lesão de câncer na cavidade bucal

no mesmo lado é grande, e também a rouquidão persistente (PRADO, ANDRADE, (2016); NEVILLE *et al.*, (2009).

O câncer quando é diagnosticado no começo, tem grande chance de cura, seu tratamento vai depender da região em que se encontra o tumor, e as alterações funcionais. O médico que irá decidir a melhor forma de tratamento podendo ser desde uma cirurgia oncológica, radioterapia isolada, ou a associação dos dois tipos. Quando é feita combinação dos tratamentos, se tem bons resultados, isto quando realizados no início da lesão. As regiões mais acometidas são lábios, assoalho bucal, gengivas, bochechas, palato, língua (OMS, 2019).

Para que se obtenha um bom diagnóstico, os cursos de graduação devem preparar os estudantes e habilitá-los para identificar quaisquer agravos do sistema estomatognático. Assim, a avaliação do conhecimento acadêmico, em diferentes estágios da formação, é um meio de mensurar a capacitação desses futuros profissionais, diante das diferentes alterações orais, especialmente do câncer bucal (SILVA *et al.*, 2016).

A literatura atual demonstra um nível baixo de conhecimento dos acadêmicos de odontologia sobre câncer bucal. Segundo o estudo de Lopes *et al.* (2015), por exemplo, 55,55% do total dos alunos entrevistados relataram não realizar o exame de câncer de boca por falta de conhecimento. Nessa perspectiva, o propósito desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de odontologia, sobre o câncer bucal, regularmente matriculados no Centro Universitário Unifacvest, situado na cidade de Lages/SC, no ano 2020.

2 METODOLOGIA

O projeto que deu origem a pesquisa, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição para avaliação, número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 26370819.0.0000.5616, número do parecer 3.763.282.

Logo após foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico entre os anos 2008 a 2020. As palavras-chave que foram utilizadas na busca foram Câncer bucal; Acadêmicos; Odontologia; Conhecimento; Questionário. Também foram utilizados os marcadores booleanos OR e AND.

Esta pesquisa caracterizou-se como observacional transversal com aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas, elaborado pelo pesquisador e baseados em alguns questionários validados na literatura (ANGHEBEN *et al.*, 2013; PRADO, ANDRADE, 2016). O questionário contém também dados sociodemográficas dos participantes (idade, sexo, semestre), variáveis sobre diagnóstico e prevenção do câncer bucal (APÊNDICE A).

Critérios de inclusão: acadêmicos regularmente matriculados no curso de odontologia da instituição Unifacvest localizada na cidade de Lages/SC, no ano de 2020/01, nas fases que realizam atendimento clínico, do quinto período ao décimo, totalizando uma média de 250 alunos.

Critérios de exclusão: foram excluídos do estudo alunos matriculados que ainda não tiveram a disciplina de clínica, e também acadêmicos que não concluíram a disciplina de patologia oral.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e setembro de 2020. Em primeiro momento foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), após a leitura do mesmo, os que concordaram em participar da pesquisa assinaram, foi feita a coleta de dados dos acadêmicos, através de um questionário para preenchimento, contendo 15 questões. Os acadêmicos foram orientados para o preenchimento correto, e da finalidade da pesquisa e que deveria ser respondido no ato da entrega, não sendo permitido pesquisar. No segundo momento da coleta foi utilizado o questionário eletrônico elaborado no Google formulários e assim concluir a coleta de dados.

Análise de dados: Os dados foram analisados através de um levantamento das informações contidas nos questionários, a qual após coletados e contabilizados em planilhas no programa Microsoft Excel 2010®.

Após foi realizada a estatística descritiva através de frequências absolutas e percentuais das variáveis relativas à caracterização dos acadêmicos e perguntas respondias.

A amostra foi categorizada por alunos que estão cursando a clínica integrada, e alunos que não cursam a clínica integrada. A comparação entre grupos foi feita por meio do teste t para amostras independentes. A comparação entre grupos para a variável sexo foi feita pelo teste de Qui-quadrado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer

O câncer é de etiologia multifatorial, sob ação de agentes intrínsecos e extrínsecos, divisão descontrolada de algum tipo de célula, predisposição genética e histórico familiar. Sabemos que nosso organismo está preparado para que aconteça uma divisão celular sempre que acontece um ferimento em alguma parte de nosso corpo, através de ordens químicas as células se dividem afim de fechar o ferimento. Quando terminam o fechamento da lesão, recebem ordem para parar e param. Já as células cancerosas não param, quando há essa ordem elas continuam se dividindo intensamente, formando novos vasos sanguíneos, que recebem oxigênio e nutrientes, que acabam enganando o sistema imunológico. Com isso algumas células conseguem penetrar na corrente sanguínea e acabam chegando até vários órgãos distantes, e assim formando novos tumores, o qual é denominado metástase (MORO *et al.*, 2020).

Metástase ocorre através de vasos linfáticos e com isso pode atingir qualquer parte do corpo, metástase a distâncias é denominada quando atinge regiões abaixo da clavícula, por exemplo os pulmões, fígado e ossos são os sítios mais comuns acometidos (NEVILLE *et al.*, 2009). O câncer é chamado carcinoma, quando ocorre em tecidos epiteliais, e quando ocorre em tecido conjuntivo, é denominado sarcoma (SILVA *et al.*, 2018).

3.1.1 Oncogenes e genes supressores de tumores

Existem quatro classes de genes que são alvos de neoplasias malignas, os genes promotores e inibidores do crescimento e os genes reguladores do apoptose e reparo do DNA. Os oncogêneses são classificados como genes que promovem o crescimento celular autônomo. Já os proto-oncogenes são os reguladores fisiológicos da proliferação e diferenciação, podendo se transformar em oncogêneses através de mutações na estrutura genética e mudar a regulação da expressão genética. Os genes supressores de tumor (GST) codificam as proteínas que inibem a divisão celular, assim os GST que mais é alterado em células malignas é o P53, além dos tumores epiteliais, são encontradas mutações em outros tipos de tumores (Neville *et al.*, 2009).

3.1.2 Câncer bucal

O câncer oral é o décimo primeiro mais comum no mundo, e mais de 94% de suas malignidades são os carcinomas de células escamosas (CCE). O seu risco aumenta de acordo com a idade e é mais prevalente em homens. O CCE é multifatorial, nenhum fator carcinógeno tem sido definido, entretanto os fatores extrínsecos e intrínsecos podem estar associados. Suas

características radiográficas são radiolucidez irregular, em forma de “roído de traça” com margens irregulares e envolvimento ósseo (NEVILLE *et al.*, 2009).

Segundo INCA (2019) câncer de boca afeta várias regiões da cavidade oral como lábios, gengivas, bochechas, palato e língua. Contudo a prevalência é na região do lábio inferior.

3.2 Lesões potencialmente malignas

3.2.1 Leucoplasia

A leucoplasia tem como característica uma mancha ou placa branca que pode ser confundida com outras lesões, cerca de 70% são encontradas no vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva. Já lesões no vermelhão do lábio, língua e assoalho de boca 90% exibem displasia ou carcinoma. Afeta mais pessoas acima dos 40 anos, e tem sido observado que essa lesão ocorre em média 5 anos antes do que o carcinoma de células escamosas (CCE), por isso é necessário um bom diagnóstico físico, e o exame histopatológico, as lesões podem se diferenciar conforme o tempo. Por exemplo, leucoplasia inicial, fina ou delgada, leucoplasia espessa ou homogênea, leucoplasia nodular ou granular, verrucosa proliferativa, e se tornar displasias como eritroleucoplasia (NEVILLE *et al.*, 2009).

De acordo com estudo realizado por (MAIA *et al.*, 2016), a leucoplasia é a lesão cancerizável mais frequente da cavidade bucal, no qual correspondeu a 70,7% dos casos.

3.2.2 Eritroplasia

A eritroplasia tem característica de mancha vermelha, os sítios mais comuns são assoalho bucal, língua, e palato mole. A prevalência por idade é acima dos 40 anos. A área afetada mostra uma mácula ou placa eritematosa bem delimitada, geralmente é assintomática e pode estar associada a uma leucoplasia (NEVILLE *et al.*, 2009) no estudo de (SANTOS, SÁ, LAMARCK, 2019) a eritroplasia é menos comum na cavidade oral, mas quando encontrada em assoalho bucal tem grande chance de se tornar um carcinoma.

3.2.3 Quelite actínica

A quelite actínica é uma alteração pré-maligna comum no vermelhão do lábio, a qual resulta de uma exposição solar excessiva. Acomete pessoas acima dos 45 anos e se desenvolve tão lentamente que os pacientes não estão cientes dessa condição (Neville *et al.*, 2009).

A quelite actínica é uma condição patológica que afeta o lábio inferior, que se apresenta com um aspecto atrófico, pálido e frequentemente com fissuração, afetando mais idosos (SANTOS, SÁ, LAMARCK, 2019).

3.2.4 Líquen plano

O líquen plano é considerado uma doença crônica autoimune mediada por linfócitos T que afeta o epitélio escamoso estratificado, suas características são reticular, erosiva, atrófica, tipo placa, pápula e bolhosa. E destacamos como lesão clássica estrias brancas bilaterais (CANTO *et al.*, 2002).

De acordo com vários estudos a OMS (2019), classifica que com o passar dos anos o líquen plano pode se tornar uma lesão potencialmente maligna, apresentada na fase erosiva 6% dos casos.

3.3 Condições potencialmente cancerizáveis

3.3.1 Xeroderma pigmentoso

Xeroderma pigmentoso (XP) é uma doença rara que se desenvolve através de mutações em genes específicos no reparo do DNA, se manifesta clinicamente após exposição solar, devido a pele ter sofrido defeitos na sua formação e apresentar sensibilidade. Pode causar sérios danos e ocasionar o aparecimento de neoplasias malignas na pele, mucosas dos olhos e cavidade bucal. Em alguns pacientes, pode causar também degeneração neurológica progressiva, apresenta padrão de herança autossômico recessivo, por isso qualquer casal com uma criança afetada, o risco de que uma segunda criança venha a apresentar XP é de 25% (NIEDERNHOFER *et al.*, 2011).

Os primeiros sinais clínicos são eritemas, descamação, hiperpigmentação difusa e lesões cutâneas que se assemelham a sardas (DIGIOVANNA, KRAEMER, 2012). Quando há uma evolução das lesões cutâneas pode levar ao aparecimento de ceratoses actínicas (lesões pré-malignas), seguidas de câncer de pele, mais comumente carcinomas (basocelular e espinocelular) e melanomas (TAMURA *et al.*, 2014)

3.3.2 Anemia fanconi

A anemia de fanconi (AF) é uma síndrome de instabilidade genômica rara, que se caracteriza clinicamente pela presença de malformações específicas ao nascimento por insuficiência progressiva da medula óssea que tem predisposição ao câncer, principalmente o carcinoma espinocelular (D'AGULHAM *et al.*, 2014).

As lesões orais que são visíveis em pacientes com AF, são muitas e crônicas. Com isso a biópsia oral com análise do gene de DNA é uma alternativa não invasiva que pode ser usada para detectar CEC oral (VELLEUER *et al.*, 2020).

3.4 Características, fatores de risco, diagnóstico e tratamento

3.4.1 Características clínicas e radiográficas

O carcinoma de células escamosas oral apresenta algumas características clínicas importantes para um diagnóstico inicial como lesões exofítica (que apresenta um aumento de volume, vegetante, papilar e verruciforme), endofítica (invasiva, escavada e ulcerada), leucoplásica (mancha branca), eritroplásica (mancha vermelha), e leucoeritroplásica (combinação de áreas vermelhas e brancas), já características radiográficas apresentam uma destruição do osso subjacente, podendo apresentar dor. Na imagem radiográfica aparecera uma radiolucidez com aspecto de “roído de traça” com margens mal definidas ou irregulares (NEVILLE *et al.*, 2009).

Destacam-se que alguns aspectos clínicos como ulcerações e manchas leucoeritroplásicas na mucosa oral, que não cicatrizam num período superior a 15 dias, e que são assintomáticas em sua maioria, são os achados mais comumente encontrados (MORO *et al.*, 2018).

3.4.2 Fatores de risco

De acordo com a OMS, 80% da prevenção efetiva do câncer de boca está relacionado com fatores ambientais. Por isso o conhecimento dos fatores de risco constitui a base para uma boa prevenção. Podemos destacar como alguns fatores de risco para o câncer oral a conduta e dieta do indivíduo, como a baixa ingestão de alimentos, entre eles proteínas, frutas e verduras. Além desses fatores destacamos os mais importantes como o tabaco, álcool, e a exposição solar excessiva sem proteção ao longo dos anos constitui-se como um fator de risco para o câncer de boca, especialmente o de lábio (ANDRADE, SANTOS, OLIVEIRA, 2015; SANTOS, SÁ, LAMARCK, 2019).

3.4.2.1 Câncer e dieta

O baixo consumo de frutas, vegetais e uma dieta rica em gorduras, tem maior predisposição para o aparecimento do câncer bucal devido ao fato que pode reduzir a imunidade, desencadear processos de ceratinização excessiva e aumentar os radicais livres contribuindo para a ativação de oncogenes (PINHEIRO, CARDOSO, PRADO, 2010).

3.4.2.2 Agentes fenólicos

O uso de muitos alimentos industrializados no qual tem grande quantidade de agentes fenólicos, apresentam oxidação lipídica e a proliferação de fungos (SOARES, 2002). Destacamos também trabalhadores de indústrias de produtos derivados da madeira no qual ficam expostos a agentes químicos, como os ácidos fenoxiacéticos, tem um risco aumentado para o desenvolvimento de câncer (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.2.3 Deficiência de ferro

A deficiência de ferro pode ser um dos possíveis fatores etiológicos do câncer bucal. O baixo consumo de proteínas, faz com que o organismo desenvolva anemia ferropriva, devido à dificuldade de absorção, pela dificuldade de poder adquirir alimentos ricos em ferro ou também à dificuldade de poder mastigar diminui a absorção do ferro. Síndrome de Plummer-Vinson é uma doença que se desenvolve devido à deficiência de ferro em fase grave ou crônica, que atinge a região superior do trato gástrico digestivo. O ferro é importante para o funcionamento das células epiteliais e se há deficiência na renovação dessas células a mucosa se torna atrófica ou imatura (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.2.4 Imunossupressão

Neville e seus colaboradores (2009), relatam que pessoas com acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), a qual estão sendo submetidos a tratamentos, apresentam risco elevado para o desenvolvimento de CCE, principalmente quando associados ao uso de álcool e tabaco.

3.4.2.5 Deficiência de vitamina A

Alguns pesquisadores apontam que a vitamina A pode ter um fator importante na prevenção do pré-câncer e do câncer oral. Acreditam que os níveis sanguíneos de retinol e a quantidade de betacaroteno ingeridos na dieta, ajudem a não desenvolver carcinomas. A terapia com ácidos retinóicos e betacaroteno tem regredido algumas lesões leucoplásticas em fases iniciais (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.2.6 Câncer e tabaco

Os constituintes do tabaco provocam oxidações nos tecidos, no qual produzem radicais livres que são capazes de agredir o DNA, o que causa alterações que levam ou surgimento do carcinoma escamoso, sendo que o risco de desenvolver esse tipo de câncer é 6 a 9 vezes maior

em tabagistas. Esse risco será proporcional ao tempo de exposição e à dose, têm mais riscos os fumantes crônicos quando comparados a não-fumantes (BITTENCOURT *et al.*, 2017).

O tabagismo, isoladamente está classificado como principal causa de câncer no mundo. O tabagismo constitui o fator primordial em 90% dos casos (SAKAGUTI, 2018; LAMIN, SILVA, SOUZA, 2011). De acordo com a OMS, a nicotina que está presente na fumaça do cigarro é considerada droga psicoativa que causa dependência. O hábito de fumar está associado a leucoplasias, mais de 80% dos pacientes examinados apresentam essa lesão, e a maioria que parar de fumar tem a regressão da mesma Neville *et al.* (2009).

3.4.2.6.1 Tabaco sem fumaça

O tabaco sem fumaça é dividido em três tipos, o de mascar, o rapé úmido, e o rapé seco, e ambos exercem uma série de efeitos adversos sobre os dentes e estruturas adjacentes. O hábito de fumar cigarro sem fumaça, produz um efeito diferente na mucosa oral, uma placa branca na qual é denominada ceratose da bolsa de tabaco, essa lesão aparece entre 1 a 5 anos. As pessoas que fazem uso dessa forma de tabaco apresentam grande chance de desenvolver lesões no mesmo lado que mastigam o tabaco (NEVILLE *et al.*, 2009).

Tabaco sem fumaça tem grande potencial de risco para o câncer oral, baseados em avaliações realizadas em casos-controles e de coorte. Além de experimentos realizados *in vitro* e *in vivo* (IARC, 2004).

3.4.2.6.2 Fibrose submucosa

Lesão crônica, progressiva de condição pré-cancerosa com alto risco na mucosa oral, apresenta rigidez variada na mucosa, provocada por hiperplasia fibroelástica e modificação do tecido conjuntivo. A queixa principal desta lesão é o trismo, acompanhada de dor na mucosa (NEVILLE *et al.*, 2009). Está relacionada ao uso crônico do sachê de Betel, o qual consiste a presença de cal hidratada e noz da palmeira de areca, pode ser associado junto ao tabaco ou adoçantes e condimentos embalados em folha de Betel, a qual se tem o costume de mascar essa folha por causar efeitos de bem-estar em seus usuários, e está sendo frequentemente usada população jovem do norte da Índia (GOYAL, BHAGAWATI, 2016).

3.4.2.7 Câncer e álcool

O uso de álcool é um dos fatores responsáveis pelo câncer de boca, pelo fato de que a substância alcoólica atinge diretamente a mucosa oral. Entretanto a quantidade ingerida e a frequência da mesma que será o fator desencadeador do tumor (CARRARD *et al.*, 2008).

Algumas pesquisas feitas *in vitro* demonstram que, a partir da aplicação tópica, o álcool já consegue mudar a permeabilidade da mucosa bucal, ele tem a capacidade de estimular a proliferação epitelial e também diminuir a reparação do DNA (YOKOI *et al.*, 2015).

3.4.2.8 Álcool e tabaco

O alto consumo de álcool, quando associado ao uso de tabaco, se tem um prognóstico de câncer bucal, devido ao fato de que quanto maior o seu consumo, maior será o risco de desenvolvimento. A associação dos dois facilita a infiltração dos carcinógenos presentes no tabaco (GOYAL, BHAGAWATI, 2016; SANTOS *et al.*, 2010).

O tabaco e álcool tem grandes fatores carcinogênicos, com isso o uso associado tem resultados tão agravantes para o desenvolvimento do câncer devido a modificação dos genes e alterando a molécula de DNA favorecendo a indução do câncer (ROCO *et al.*, 2018).

3.4.2.9 Câncer e exposição solar

A radiação emitida pelo sol está associada com o aparecimento do câncer de lábio inferior e as radiações ionizantes podem, além de causar anormalidades cromossômicas, reduzir a reatividade imunológica (PINHEIRO, CARDOSO, PRADO, 2010). Pessoas que moram em áreas mais quentes, expostas a muita luz solar, fazem parte do grupo de risco a desenvolver tumor (MAURICIO, MATOS, GUIMARÃES, 2009).

3.4.2.10 Câncer e HPV

O papilomavírus humano (HPV) é da família do papilomaviridae, possui o genoma de DNA com fita dupla circular, suas variantes tem modificação de até 10% do genoma viral original, faz parte de um grupo de mais de 100 tipos de vírus e a infecção por alguns tipos de HPV podem desenvolver câncer. A maioria das infecções de boca por HPV não apresentam sintomas (ASSIS *et al.*, 2020).

O papel do HPV é bem reconhecido em algumas lesões bucais benignas como por exemplo no condiloma acuminado, verruga vulgar, hiperplasia epitelial focal e no papiloma (MELO *et al.*, 2010). Os HPV são divididos em dois grupos de acordo com o potencial oncogênico, os de baixo risco que desenvolvem lesões de baixo grau. Já os de alto risco estão relacionadas a lesões na zona de transformação cervical e anal, bem como nas criptas da orofaringe são locais onde a expressão do gene viral é mal controlada. EGWA *et al.*, (2015).

Os subtipos mais relacionados com o CEC são o 16,18,31, e 33, por envolver duas proteínas codificadas pelo vírus que são a E6 e E7 que promovem a degradação do produto do gene P53 (NEVILLE *et al.*, 2009).

Apesar de existirem indícios da ação carcinogênica do HPV no desenvolvimento de neoplasias bucais, não se pode afirmar, por existir resultados inconclusivos e divergentes sobre seu real papel (FURTADO *et al.*, 2019).

3.4.2.11 Sífilis e câncer

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria espiroqueta *treponema pallidum*, subespécie *Pallid*. Seu contágio pode ser através de relações sexuais ou congênita, e está classificada em alguns estágios como primários, secundários, latente e terciário, podendo se manifestar em vários órgãos e tecidos (SANTOS, SÁ, LAMARCK, 2019).

No estágio inicial e secundário o que seu contágio é maior, por isso o cuidado com a transmissão deve ser redobrado. Nessa fase o diagnóstico tem que ser preciso para que não passe para fase latente, não apresente mais sinais clínicos, volte mesmo após anos a se manifestar na fase terciária, e causar sérios danos ao organismo. Na cavidade oral essa fase pode manifestar sinais e assemelhar-se a lesões potencialmente malignas ou grandes ulcerações por várias regiões da cavidade bucal levando até a morte (SOUZA *et al.*, 2017).

Acredita-se que a sífilis terciária tem grande associação ao desenvolvimento de CEC em região de dorso de língua, a terapia utilizada antigamente para tratar as lesões de sífilis com agentes arsênicos e metais pesados e apresentavam propriedades carcinogênicas intrínsecas e podem ter influenciado no aparecimento de câncer. Entretanto as malignidades associadas são raras devido ao fato de serem diagnosticadas e tratadas em fases iniciais (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.2.12 Infecção por cândida

A candidíase hiperplásica tem sido citada como uma condição pré-cancerosa oral, devido seu surgimento ser uma placa branca em que não se destaca conhecida como leucoplasia por cândida. Tanto clinicamente ou histologicamente é difícil diferenciar a candidíase hiperplásica de uma leucoplasia preexistente. Apesar de alguns tipos de cândida apresentar potencial para desenvolver câncer oral, não existe evidência até o momento (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.2.13 Radioterapia

A associação de radioterapia em pacientes imunodeprimidos, ou transplantados tem causado aparecimento de lesões potencialmente malignas, efeito dose-dependente. Essas lesões aparecem principalmente no vermelhão do lábio (NEVILLE *et al.*, 2009).

3.4.3 Diagnóstico

Um exame físico completo, analisando todas as áreas com precisão por isto é necessário para analisar possíveis traumas que podem haver por uso inadequado de próteses, por exemplo. As regiões devem ser sempre palpadas para poder sentir os limites acometidos, se há feridas que não cicatrizam por mais de 15 dias, manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato (céu da boca), mucosa jugal (bochecha) nódulos (caroços) no pescoço, rouquidão persistente, sempre que diagnosticar uma lesão de câncer é indispensável ver suas características e dimensões para detalhar se é necrosado, ulcerado, infiltrativo e se há indícios de invasão óssea ou da musculatura profunda. O diagnóstico só é confirmado através de um exame citopatológico ou biópsia, a qual será feita uma análise da lesão (OMS, 2018; PRADO, ANDRADE, 2016).

O exame de biópsia é indicado para complementar o exame físico, assim como outros exames complementares, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética que são indicadas em casos que no exame físico não se consiga ter um diagnóstico preciso (NEVILLE *et al.*, 2009). De acordo com o estudo de Freitas *et al.* (2016), citopatologia é um método novo de detectar alterações celulares em estágios iniciais, e os sítios anatômicos apresentam diferentes graus de maturação epitelial.

3.4.4 Tratamento

O tratamento do câncer de boca requer um atendimento multidisciplinar por ser um tratamento complexo que envolve a fala e a deglutição. Apesar do avanço tecnológico a mortalidade ainda é grande, mas a melhora da qualidade de vida aumentou, devido às técnicas de cirurgias reconstrutivas. Ainda se tem um grande desafio na detecção precoce da doença, o conhecimento entre os profissionais e as pessoas ainda é muito baixo (MILORO *et al.*, 2016).

O grau de evolução e a localização do tumor primário tumor-linfonodos-metástase (TNM), vai direcionar o índice de sobre vida do paciente, por isso o diagnóstico precoce das lesões vai direcionar os possíveis tratamentos de acordo com o estágio que se encontra a lesão, I, II, I, ou IV (NEVILLE *et al.*, 2009).

De acordo com a OMS (2019), a grande maioria dos casos de câncer da cavidade oral tem cura e o seu tratamento geralmente envolve cirurgias e radioterapia ou a associação desses dois tratamentos. Contudo a avaliação médica e o seu conhecimento são imprescindíveis para decidir qual será a melhor forma de tratamento.

Quando se encontra tumores já em estágios avançados os tratamentos tendem a ser mais radicais, que incluem cirurgias extensas, radioterapia com doses exaustivas e quimioterapia que são empregadas de formas isoladas ou concomitantes. Nesses casos a associação de laserterapia pode ser associada durante e depois do tratamento radioterápico com o objetivo de prevenir e tratar mucosite e xerostomia (SANTOS, DIB, SOUZA, 2020).

3.4.4.1 Efeitos adversos do tratamento

Os tratamentos para lesões de cabeça e pescoço causam alguns efeitos adversos, como por exemplo, a mucosite oral. É um dos efeitos ocasionados pela radioterapia e quimioterapia durante o tratamento, pode ocorrer na boca do paciente causando grande desconforto na fala, deglutição e na ingestão de alimentos (MARINHO *et al.*, 2013).

A mucosite apresenta-se como um dos principais efeitos colaterais no tratamento de câncer de cabeça e pescoço provocados pela radioterapia no DNA resultando a perda da capacidade de proliferação das células basais do epitélio (LOPES *et al.*, 2020).

A mucosite oral está relacionada com tratamentos de quimioterapia e radioterapia apresentam semelhança clinicamente, a diferença entre as duas será o local afetado. Na quimioterapia será na mucosa jugal, ventrolateral da língua, palato mole e soalho oral. Já na radioterapia o local afetado será onde a radiação atinge. Ambos tratamentos desaparecem de 2 a 3 semanas após o termino (NEVILLE *et al.*, 2009).

A xerostomia associada a radioterapia está relacionada ao fato das glândulas salivares são sensíveis a radiação. Apresentam mudança após uma semana de inicio do tratamento, mas só é possível perceber os efeitos a partir da sexta semana de tratamento, no qual há uma diminuição do fluxo salivar. Há uma secura na boca, que perde sua lubrificação e pode causar desconfortos no uso de próteses, na alimentação e aparecimento de lesões de cárie (NEVILLE *et al.*, 2009).

Candidíase associada a radioterapia tem sido relatada por várias pesquisas como um risco significativamente aumentado de infecção fúngica bucal. Se manifesta em quase 50% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, durante e após o tratamento. O diagnóstico baseia-se na apresentação clássica e resposta à terapia antifúngica ou pode exigir amostragem microbiológica de uma lesão em um cotonete simples (LOPES *et al.*, 2020).

Osteorradionecrose é a complicação mais seria de efeitos adversos da radioterapia, apresenta menor frequência certa de 5% atualmente. Apesar de ser baixa a ocorrência ela pode aumentar se ocorrer cirurgia local, em menos de 21 dias do começo do tratamento ou 12 meses após o término do tratamento radioterápico. A mandíbula é acometida com mais frequência e a dose da radiação é p principal fator de necrose óssea (NEVILLE *et al.*, 2009).

A radioterapia é o tratamento mais eficaz para o câncer de cabeça e pescoço, mas seu uso em grande quantidade traz um grande efeito colateral ao organismo, ao emitir a radiação ionizante nas células que apresentam mutação, atingem também as células saudáveis e com isso trazendo efeitos adversos ao DNA (LOPES *et al.*, 2020).

4 RESULTADOS

Após busca bibliográfica, foi criada uma tabela 1, na qual contém 12 estudos relacionados ao conhecimento do câncer bucal. Um estudo de caso-controle, envolvendo 254 participantes, que avaliou o conhecimento e o perfil sociodemográfico dos participantes. Dois estudos transversais avaliaram o conhecimento dos acadêmicos sobre o câncer bucal. Três estudos descritivos avaliando o conhecimento dos estudantes sobre os fatores de risco para o câncer oral. Três estudos descritivos e estatísticos compararam o nível de conhecimento dos acadêmicos que estão em fases iniciais, dos que já estão em fases finais. Um estudo exploratório e dois estudos de coorte-transversais.

Foram convidados a participar do presente estudo 250 acadêmicos do curso de odontologia, divididos entre alunos que estão cursando a clínica integrada e alunos que ainda não estão cursando (figura 1). Aceitaram participar do estudo 199 alunos das fases 5^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a atual e 10^a formada (figura 2) após assinaram o TCLE (Anexo A). Do total de participantes, 71,4% era do sexo feminino, 27,6% do sexo masculino e 1,0% não respondeu.

Dos 199 participantes, a média de idade entre foi 23,4 ($\pm 3,9$) anos, com uma idade mínima de 19 anos e máxima de 51 anos. Quando questionados sobre sentir confiança ao diagnosticar o câncer bucal, 69,8% relataram sentirem-se pouco confiantes. Em relação à frequência do exame dos tecidos moles, 56,8% o realizam. Quando perguntado se já se depararam com algum caso de câncer oral, 97% responderam que não. Ao serem questionados sobre quais fatores de risco estão relacionados com o câncer bucal, 37,2% responderam álcool, tabaco e exposição solar (figura 3). Podemos considerar satisfatório, visto que dificilmente atinge-se a totalidade de acertos numa questão.

Ao perguntar como ocorre o câncer, 94,5% responderam corretamente que é devido ao crescimento desordenado das células. Sobre o aspecto mais comum, 75,4% acertaram, respondendo lesão indolor e bordos rígidos. E o tipo mais comum que é o carcinoma espinocelular, 44,7% acertaram, porém houve grande dúvida nesta questão.

Ao serem interrogados sobre uma úlcera na língua que não cicatriza por um período acima de 15 dias, se ela pode representar risco de câncer bucal, 88,4% responderam que sim, e que é necessário procurar um cirurgião-dentista. Sobre o local mais afetado pelo câncer, 71,9% responderam ser lábio e língua.

De acordo com as respostas, a faixa etária mais acometida pelo câncer é acima de 40 anos, 81,9% responderam corretamente à questão, 79,9% responderam que o câncer de boca promove dor em estágios avançados. Já sobre o estágio de diagnóstico mais comum de câncer

bucal, 86,4% responderam avançado. Quando questionados se a comprovação definitiva de alteração maligna é fornecida pela citologia esfoliativa, 71,4% dos alunos responderam que sim, errando a questão.

Quando indagados sobre quais destas lesões são consideradas potencialmente malignas, 43,7% responderam ser a eritroplasia, havendo dúvida entre os acadêmicos nessa pergunta. Sobre as leucoplasias apresentarem potencial de malignização superior ao das eritroplasias, 70,4% responderam que sim. Para prevenir o câncer bucal, 98,5% responderam que não fumando, evitando ingerir bebidas alcólicas e utilizando protetor solar e 98% disseram que sua prevenção depende da contribuição das pessoas além de conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los.

Sobre a realização do autoexame para o câncer de boca, 60,8% responderam uma pessoa consegue avaliar a si mesma. 48,7% disseram que o tratamento do câncer oral está sob a responsabilidade do médico ou cirurgião-dentista, conforme apresentado na tabela 2.

Quando a amostra foi categorizada por clínica não integrada (62 alunos) e clínica integrada (135 alunos), conforme mostra na tabela 3, a clínica não integrada continha maior número de alunos do sexo feminino (82,3%), sendo também predominante o sexo feminino na clínica integrada (67,4%). A idade dos participantes da clínica não integrada era em média 22,8 ($\pm 3,7$) anos, e dos participantes da clínica integrada 23,7 ($\pm 3,9$) anos.

Ao se tratar sobre a frequência que fazem o exame dos tecidos moles, 53,2% da clínica não integrada respondeu que realiza o exame às vezes, e 65,7% dos participantes da clínica integrada responderam que sempre realizam o exame. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P < 0,05$ pelo teste de Qui-quadrado).

Sobre sentirem confiança ao diagnosticar o câncer bucal, o grupo da clínica não integrada respondeu sentir-se pouco confiante 75,5%, assim como a resposta dos alunos da clínica integrada (67,2%). Ao perguntar se já se deparam com algum caso de câncer bucal, ambos os grupos responderam que não, clínica não integrada 93,5% das respostas, e clínica integrada 98,5%. Sobre quais fatores de risco estão relacionados com o câncer bucal, o tabaco foi a maioria das respostas da clínica não integrada (37,1%), enquanto que álcool, tabaco, e exposição solar, foram as respostas de maior prevalência no grupo clínica integrada (38,0%). Quando questionados sobre qual o aspecto mais comum, ambos os grupos responderam lesão indolor e bordos rígidos, com um total de 74,2% das respostas da clínica não integrada e 75,9% da clínica integrada.

Ao serem questionados como ocorre o câncer, a clínica não integrada respondeu ser devido ao crescimento desordenado das células 98,4%, sendo também a prevalência de respostas da clínica integrada (92,7%).

Quando perguntado se uma úlcera na língua que não cicatriza por um período acima de 15 dias pode representar risco de câncer bucal, 88,7% dos acadêmicos da clínica não integrada responderam que sim, e que é necessário procurar um cirurgião-dentista. Para o grupo clínica integrada também prevaleceu esta resposta em 88,3%. Ambos os grupos responderam que a faixa etária mais acometida pelo câncer bucal é acima de 40 anos, clínica não integrada 80,6% e clínica integrada (83,1%).

Ao se tratar o local mais afetado, 61,3% dos alunos da clínica não integrada responderam ser a região de lábio e língua e os acadêmicos a clínica integrada apontaram a mesma resposta (76,6%). Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P= 0,007$, pelo teste de Qui-quadrado). Já sobre qual estágio de diagnóstico mais comum de câncer bucal, houve concordância nas respostas 75,8% dos alunos da clínica não integrada e 91,2% da clínica integrada relataram ser em estágio avançado. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P= 0,002$, pelo teste t).

O câncer de boca promove dor. O grupo de alunos da clínica não integrada respondeu que promove dor só em estágios avançados (80,6%), e os alunos da clínica integrada tiveram a prevalência de resultados semelhantes (79,6%). De acordo com as respostas, ambos os grupos apontaram a eritroplasia como a lesão com maior potencial de malignização, clínica não integrada (51,6%), e clínica integrada (40,1%). Quando questionados se a comprovação definitiva de alteração maligna é fornecida pela citologia esfoliativa, ambos os grupos responderam que sim, clínica não integrada (72,6%) e clínica integrada (71,3%).

Ao serem interrogados se as leucoplasias apresentam potencial de malignização superior ao das eritroplasias, ambos os grupos responderam que sim, clínica não integrada (64,5%) e clínica integrada (73,0%). Já sobre se é possível prevenir o câncer de boca, ambos os grupos (100,0% dos alunos da clínica não integrada e 97,8% clínica integrada) responderam igualmente, que é não fumando, evitando ingerir bebidas alcólicas e utilizando protetor solar.

Ao perguntar sobre a prevenção do câncer de boca, os dois grupos, clínica não integrada (100,0%) e clínica integrada (97,1%), responderam que todas as pessoas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los (figura 5). Quando questionados se é possível fazer autoexame para o câncer de boca, ambos os grupos concordaram que sim, que uma pessoa consegue avaliar a si mesma, totalizando 46,8% dos

acadêmicos da clínica não integrada e 67,2% da clínica integrada. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P= 0,023$, pelo teste de Qui-quadrado).

Tratando-se da responsabilidade do tratamento, 45,2% do grupo clínica não integrada e 50,4% do grupo clínica integrada responderam que o médico ou cirurgião-dentista são responsáveis.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever o nível de conhecimento de um grupo de acadêmicos de odontologia do Centro Universitário Unifacvest acerca do câncer bucal, ao avaliar a confiança dos acadêmicos frente ao diagnóstico do câncer de boca, ambos os participantes relatam se sentir pouco confiante. Tendo em vista que o conhecimento da teoria e da prática clínica, é essencial para um bom diagnóstico e primordiais para a detecção precoce desta displasia.

O câncer está entre a principal causa de morte no mundo, devido a vários novos fatores associados, como estilo de vida (hábitos, sedentarismo), e fatores de riscos. Na estimativa de câncer, no mundo em 2018, estima-se 17 milhões de novos casos de câncer, e 9,5 milhões de novas mortes (excluindo os cânceres de pele não melanoma). Sendo que, o câncer bucal está na quinta posição para homens, e na décima posição para mulheres (INCA, 2019).

O papel do cirurgião-dentista tem grande importância no diagnóstico precoce, com isso, o conhecimento dos acadêmicos sobre essa neoplasia é de grande relevância na trajetória acadêmica, como também para um bom exame clínico e físico. Em 69,8% das respostas os acadêmicos relataram estar pouco confiantes em diagnosticar o câncer bucal, dados que corroboram com os resultados do estudo de Angheben *et al.* (2013), no qual 55,7% dos participantes responderam ter baixa confiança. Ao analisar a frequência que os acadêmicos realizam o exame dos tecidos moles, 56,8% relataram fazer sempre, dados que diferem do estudo de Lopes *et al.* (2015), onde 55% dos acadêmicos não realizam o exame por falta de conhecimento.

Neste estudo houve uma predominância de alunos do sexo feminino (71,4%). Lamin e Souza (2011) também obtiveram resultados similares, onde 70,5% dos acadêmicos eram do sexo feminino. A idade média dos participantes desta pesquisa foi de 23,4 anos, assim como nos achados de Prado e Andrade (2016), onde a idade dos estudantes variou, em média, de 23,1 anos.

Quando questionados sobre fatores de risco, 37,2% dos acadêmicos relataram como fatores de risco para o câncer bucal o consumo de álcool, tabaco e exposição solar. Já no estudo de Santos *et al.* (2014), o tabagismo (92,5%) e etilismo (84,2%) são citados como fatores de risco.

Conforme estudos de Neville *et al.* (2009), o câncer ocorre devido ao crescimento desordenado das células. Em sua maioria, 94,5% dos acadêmicos responderam corretamente. Ao serem questionados como se manifesta o câncer bucal, 75,4% disseram ser por lesão indolor

de bordos rígidos; assim como achados no estudo de Pinheiro, Cardoso, Prado (2010), no qual 83,3% concordam com essas características da lesão.

Ao se tratar sobre o tipo mais comum, 44,7% responderam ser o carcinoma espinocelular. Prado e Andrade (2016), mostraram em suas pesquisas que 65,7% dos acadêmicos também responderam em sua maioria o CEC como tipo mais comum. Sobre se deparar com uma úlcera na língua que não cicatriza por mais de 15 dias, 88,4% dos acadêmicos aconselhariam a procurar um cirurgião-dentista. Neville *et al.* (2009), evidenciam que uma lesão que não cicatriza há mais de 15 dias, é recomendado procurar um profissional capacitado, para acompanhamento e análise desta.

No presente estudo, foram citados como locais mais acometidos pelo câncer oral, os lábios e a língua em 71,9%. Ao comparar com o estudo de Andrade, Santos, Oliveira, (2015), as regiões citadas por serem as mais acometidas pelo câncer oral, são língua (40,5%) e assoalho bucal (20,6%). Soares *et al.* (2014), apontaram que 53,3% consideram a língua a região mais afetada. A faixa etária mais acometida, segundo as respostas, é em maiores de 40 anos (81,9%), como também apontado por Prado, Andrade (2016) em 93,1% das respostas e de Souza *et al.* (2017) em 81,4%.

Ao questionar sobre a sintomatologia do câncer bucal, 79,9% dos acadêmicos responderam que não promove dor, mesmo em estágio avançado. Dados que diferem do estudo de Ni Riordan e McCreary (2009), que apontam em seu estudo que o câncer bucal em estágios avançados apresenta dor, edema e linfadenopatia. A eritroplasia é a mais citada neste estudo como uma lesão potencialmente maligna, com 43,7% das respostas, em segundo lugar a leucoplasia 12,6%. Já nos estudos de Prado e Andrade (2016), 90,2% relataram ser a leucoplasia e em segunda opção a eritroplasia com 72,5%.

Quanto ao potencial de malignização das leucoplasias, 70,4% dos participantes desta pesquisa consideram o potencial de transformação maior que a eritroplasia. Dados estes que discordam do estudo de Kuffer e Lombardi (2002), que apontam a eritroplasia com maior potencial de malignização. Ao questionar como é possível prevenir o câncer de boca, 98,5% dos alunos responderam que, não fumando, evitando ingerir bebidas alcoólicas, e utilizando protetor solar. Lopes *et al.* (2020) também apontam como fatores de prevenção, a remoção destes fatores de risco.

No presente estudo, 98% dos acadêmicos, a o serem questionados sobre a prevenção do câncer de boca, responderam que a prevenção depende de todas as pessoas, pois todas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, e assim poder evitar.

Dados que se assemelham ao estudo de PRADO e PASSARELLI, (2009), que relata que a prática do autoexame e cirurgião-dentista, estando apto a examinar, ajudam no diagnóstico precoce de qualquer alteração na mucosa.

A citologia esfoliativa é um exame complementar que ajuda na detecção precoce do câncer bucal. Neste estudo 71,7% relatam que é importante para confirmar a alteração de malignidade. Dados que concordam com o estudo de Freitas *et al.* (2016), onde cita que a citologia ajuda a identificar lesões em estágios iniciais, e é muito usada para pacientes com grande potencial de risco, por fazerem uso de cigarro e álcool. É importante considerar, no entanto, que a citologia esfoliativa não é rotina em serviços de diagnóstico de câncer bucal. O exame padrão-ouro para diagnóstico será sempre a biópsia, seguida de exame histopatológico da peça biopsiada.

Quanto ao auto-exame, 60,8% dos acadêmicos responderam que é possível sim uma pessoa realiza-lo. O cirurgião-dentista tem importante papel em ensinar o paciente a fazer o auto-exame em casa, principalmente os pacientes que são expostos aos fatores de risco e que não tem acesso rápido ao atendimento clínico (PRADO e PASSARELLI, 2009).

Neste estudo, 48,7% das respostas apontaram o médico ou o cirurgião-dentista como os responsáveis pelo tratamento do câncer bucal, dados que não concordam com o estudo de Silva *et al.* (2016) apontam como responsável pelo tratamento o cirurgião-dentista. Já no estudo de Cristina e Cangussu (2010), relatam o médico especialista em cabeça em pescoço como o principal responsável pelo tratamento. Santos, Dib, Souza (2020) abordam a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico inicial, e preventivo, mas é necessária uma equipe multidisciplinar para dar sequência ao tratamento. É importante que os acadêmicos tenham claro o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e na assistência do paciente ao longo do tratamento, mas que o responsável pelo tratamento oncológico será o médico oncologista.

Quando a amostra foi categorizada por clínica não integrada e clínica integrada, estatisticamente não houve diferença entre algumas perguntas. Esperávamos um maior conhecimento dos acadêmicos que cursam a clínica integrada, por estes estarem em atendimentos finais, e fazendo diagnósticos abrangendo todas as disciplinas, entretanto os acadêmicos das fases iniciais (clínica não integrada), também podem ter um conhecimento sobre o câncer bucal, devido ao fato de terem passado pela disciplina de patologia bucal mais recentemente. Portanto, a pergunta com resposta diferente estatisticamente entre os grupos foi sobre a frequência com que realizam o exame dos tecidos moles, sendo que acadêmicos da clínica integrada realizam mais com mais frequência 65,7% dos acadêmicos da clínica integrada

relataram examinar sempre, e 53,2% dos acadêmicos da clínica não integrada responderam fazê-lo as vezes. Acredita-se que essa diferença existe pelo fato de que nas fases iniciais os acadêmicos não ter tantos atendimentos. Foram encontrados resultados aproximados no estudo de Martins *et al.* (2008), no qual os acadêmicos que estão nas fases mais iniciais não realizam os exames, por relatar não saber realizá-lo, isso demonstra a importância da abordagem do câncer desde as fases iniciais.

Neste estudo, todas as fases responderam como lesão potencialmente maligna a eritroplasia. Já no estudo de Martins *et al.* (2008), foram apontadas como as lesões com maior potencial de malignização a queilite actínia e leucoplasia.

Quanto ao grau da lesão num diagnóstico, 91,2% dos acadêmicos da clínica integrada e 75,8% da clínica não integrada, concordam que os pacientes procuram atendimento em estágio avançado. Dados estes que concordam com o estudo de Martins *et al.* (2008), no qual os acadêmicos de anos iniciais e os de anos finais, relatam que os pacientes chegam para atendimento em estágio avançado da doença.

Verificou-se que os acadêmicos de todas as fases têm conhecimento dos fatores de risco para o câncer bucal. 38% das respostas da clínica integrada apontaram álcool, tabaco e exposição solar como os principais fatores. Resultados semelhantes ao estudo de Lamim *et al.* (2011), que apontam como fatores de risco o tabaco, o álcool, e exposição solar. Já na clínica não integrada, 37,1% responderam ser o tabaco. Ao comparar com o estudo de Silva *et al.* (2016), ambos os grupos responderam o tabagismo como principal fator.

Este estudo possui limitações. Foi utilizado um questionário de auto-preenchimento. isto pode ter o viés da interpretação das perguntas. Também aconteceram perdas de acadêmicos que não quiseram participar, e por perdas de resposta, muito provavelmente em função do auto-preenchimento. Portanto, na presente pesquisa pode-se perceber que os acadêmicos se sentem pouco confiantes para diagnosticar e fazer um bom exame físico no paciente. Isto pode estar relacionado ao fato de os mesmos não terem tido nenhuma ação prática na faculdade, na qual aborde e ensine a fazer o exame para avaliar lesões suspeitas de malignização.

6 CONCLUSÃO

Portanto, a partir dos resultados apresentados, conclui-se que o geral conhecimento dos acadêmicos é positivo. A maioria soube a definição de câncer bucal, responderam que uma úlcera que não cicatriza há mais de 15 dias deve ser investigada, que a faixa etária mais acometida é acima de 40 anos, que a língua é o local mais afetado, sabem dos fatores de risco, que a lesão mais frequente é o carcinoma espinocelular, e que o diagnóstico do câncer oral acontece em estágio avançado, por isso a importância da prevenção, pois quanto mais tarde mais difícil é a chance de sucesso no tratamento. Grande parte dos estudantes relataram ter pouca confiança, porém as respostas foram assertivas.

É de suma importância o conhecimento do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico do câncer bucal, sendo a disciplina de patologia bucal de grande valia como fonte de conhecimento tanto para diagnóstico precoce quanto para a prevenção deste. A trajetória acadêmica contribui diretamente na vida profissional, pois alia o conhecimento teórico com o prático. A soma dos aprendizados adquiridos contribui com que os acadêmicos tenham mais discernimento de lesões potencialmente malignas, chegando assim a um diagnóstico precoce, contribuindo com informações de autoexame e ajudando os pacientes a procurar o atendimento prévio.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. DE S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: Um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 894–905, 2015.
- ANGHEBEN, P. F.; SALUM, F.G; CHERUBINI, K.; FIGUEIREDO, M.A.Z. Perfil de Conhecimento Sobre Câncer Bucal dos Alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev Odontol Bras Central**, v. 21, n. 60, p. 33–40, 2013.
- ASSIS, R. C.; RIBEIRO, M. S; FERREIRA, L.P.; MARTINS, A.G.; BARRETO, L.R.; CERQUEIRA, J. D. M. Associação entre o câncer de boca e a presença do HPV- Revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 2, p. 344–353, 2020.
- BITTENCOURT, C. P.; ABREU, M.C.; SOUZA, T. DE F.; HOT, A.D.; PARTATA, A. K. Tabagismo e sua relação com o desenvolvimento de câncer. **Revista Científica Do ITPAC** 10.1 2017.
- CARRARD, V. C.; PIRES, A.S.; PAIVA, R.L.; CHAVES, A.C.M.; FILHO, M.S. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 49–56, 2008.
- CASTILLO, K.A.; PEREIRA, T.T.M.; PAES, G.B.; BARROS RMG. Levantamento epidemiológico do Câncer Bucal: casuística de 30 anos. **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 19-23, 2012.
- CANTO, M.T.; HOROWITZ, A.M.; DRURY, T.; GOODMAN, H.S. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practices about **oral cancer**. **Oral Oncol**.38(5): 416-24. 2002.
- D'AGULHAM, A. C. D.; CHAIBEN, C.L.; LIMA, A.A.S. Dos.; TORRES-PEREIRA, C.C.; MACHADO, M.A.N. Fanconi Anemia: main oral manifestations. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 62, n. 3, p. 281–288, 2014.
- EGAWA N, EGAWA K, Griffin H, DOORBAR J. Human papillomaviruses: Epithelial tropisms and the development of neoplasia. **Viruses**.16;7(7):3863-90.2015.
- FARAH, C.S.; JESSRI, M.; CURRIE, S.; ALNUAIMI, A.; YAP, T.; MCCULLOUGH, M.J. Aetiology of Oral Cavity Cancer. Em: Kuriakose M. (eds) **Contemporary Oral Oncology**. Springer, Champp 31-76.2016.
- FURTADO, L. S. F. A.; SALES, J.L.A.M.; FONTES, M.N.; Batista, M.I.H. DE.M.; CARVALHO, A.A.T.; PAULINO, M.R. 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, 2019.

FREITAS, R.M DE.; RODRIGUES, A.M.X.; JUNIOR, A. F DE. M.; OLIVEIRA, G. A. L. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **RBAC**. 48(1):13-8 2016.

GOYAL, G.; BHAGAWATI, B. T. Knowledge, Attitude and Practice of chewing gutka, areca nut, snuff and tobacco smoking among the young population in the Northern India Population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n. 11, p. 4813–4818, 2016.

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. **IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.**;83:1-1438. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA [INCA]. A situação do câncer no Brasil / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer**, Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA [INCA]. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KUFFER, R.; LOMBARDI, T. Premalignant lesions of the oral mucosa. A discussion about the place of oral intraepithelial neoplasia (OIN). **Oral Oncol.**;38(2):125-30. 2002.

KHALILI, J. Oral cancer: Risk factors, prevention and diagnostic. **Experimental Oncology**, v. 30, n. 4, p. 259–264, 2008.

LOPES, F.F.; OLIVEIRA, A.E.F. DE.; Cruz, M.C.F.N.; Miranda, M.R. Nível de conhecimento e atitudes preventivas entre Universitários do Curso de Odontologia da UFMA Em Relação Ao Câncer Bucal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, p. 2039–52, 2015.

LAMIN, C. D. DE A.; SILVA, M. A. M.; DE SOUZA, M. C. A. Conhecimento dos acadêmicos do Curso de Odontologia da USS Sobre os Fatores de Risco para o câncer bucal. **Revista ProuniverSUS**, v. 2, n. 2, p. 5–16, 2011.

LOPES, R.B.; FRANÇA, M.M.C.DE.; JÚNIOR, J.J.V.; SOUSA, G.A.DE.; SOUSA, E.A.R.DE.; MENDES, E.M. Principais Complicações Oraís Da Radioterapia De Cabeça E Pescoço: Revisão De Literatura. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 68–74, 2020.

MAIA, H. C. DE M.; PINTO, N.A.S.; PEREIRA, J. DOS. S.; MEDEIROS, A.M.C.DE.; SILVEIRA, E.J.D.DA.; MIGUEL, M.C.DA.C. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. **Einstein (São Paulo, Brasil)**, v. 14, n. 1, p. 35–40, 2016.

MAURICIO, H. DE A.; MATOS, F. C. M DE; GUIMARÃES, T. M. R. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre câncer de boca da comunidade atendida pelo PSF de São Sebastião do Umbuzeiro/PB. **Rev. bras. cir. Cabeça pescoço**, p. 10–14, 2009.

MARTINS, M. A. T.; MARQUES, F. G. DE. O. A.; PAVESI, V.C.S.; Romão, M.M.A.; ROMÃO, C. A.; MARTINS, M.D. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. **Rev. bras. cir. Cabeça pescoço**, p. 191–197, 2008.

- MOREIRA, M. B. R.; BUEXM, L. A.; OLIVEIRA, S. P. DE.; ALVES, A. T. N. N.; FARIA, P. A. S. DE.; DIAS, F. L.; LOURENÇO, S. DE. Q. C. Sarcoma pleomórfico indiferenciado oral: Relato de caso. **Revista fluminense de odontologia**,1413-2466,2316-1256. 2017.
- MELO, L DE. C; SILVA, M.C DA.; BERNARDO, J. M. DE P.; MARQUES, E.B.; LEITE, I.C.G. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO**.58(3):351-5.2010.
- MILORO, MICHAEL et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3. ed. São Paulo: **Santos Editora**, 1344 p. ISBN: 978-2016.
- NEVILLE, B.; DAMM, D.; ALLEN, C.; BOUQUOT, J. Patologia Oral e Maxilofacial. **3ª Ed analises**. Rio de Janeiro: **Elsevier**; 972p p.2009.
- MORO, J. DA S.; MARONEZE, M.C.; ARDENGHI, T.M.; L.M.; DANESI, C.C. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. **Einstein (São Paulo, Brasil)**, v. 16, n. 2, p. eAO4248, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Public Health**. WHO/OMS; 2020.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
- OLIVEIRA, J.M.B.DE.; PINTO, L.O.; LIMA, N.G.M.; ALMEIDA, G.C.M.DE. Enfermería en cuanto a los Factores de Riesgo y Procedimientos Diagnósticos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 211–218, 2013.
- PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, J. P.; PRADO, F. O. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 195–205, 2010.
- PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** v. 21, n. 1, p. 79–85, 2009.
- PRADO, F. O.; ANDRADE, D. L. S. Conhecimento e atitudes de acadêmicos de Odontologia sobre Câncer Bucal. **Archives of Health Investigation**, v. 5, n. 2, p. 90–97, 2016.
- ROCO, Á.; CERDA, B.; CAYÚN, J. P.; LAVANDEROS, A.; RUBILAR, J. C.; CERRO, R.; ACEVEDO, C.; CÁCERES, D.; Varela, N.; QUIÑONES, L. A. Pharmacogenetics, tobacco, alcohol and its effect on the risk development cancer Farmacogenética, tabaco, alcohol y su efecto sobre el riesgo de desarrollar cáncer. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 89, n. 4, p. 432–440, 2018.
- SAKAGUTI, S. A. K. Tipos de tabaco e bebidas alcoólicas e câncer de cabeça e pescoço. **Journal Article**, p. 141, 2018.
- SANTOS, E. S.; SÁ, J. DE O.; LAMARCK, R. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 8, p. 413–416, 2019.

SANTOS, A. L.; DIB, J.; SOUZA, L. A importância do diagnóstico precoce no Tratamento do câncer de orofaringe: Estudo de caso. **Amazônia Science and Health**, v. 8, n. 2, p. 100–109, 2020.

SANTOS, G. L.; Freitas, V. S.; ANDRADE, M. DA C.; OLIVEIRA, M. C. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 9, n. 2, p. 131–133, 2010.

SANTOS, L.C.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M.C.T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Braz J Otorhinolaryngol**.76(4):416-22 2010.

SILVA, S. R. DA.; JULIANO, Y.; NOVO, N.F. WEINFELD, I. Comparative study of knowledge about oral cancer among undergraduate dental students. **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 14, n. 3, p. 338–345, 2016.

SILVA, H. P DA.; ZAMBERLAN, C.; BIRK, N.; ILHA, S. Fatores que influenciam na alteração do estado nutricional de pacientes oncológicos S. v. 19, n. 2, p. 267–279, 2018.

SOARES, S. E. Phenolic acids as antioxidants. **Revista de Nutricao**, v. 15, n. 1, p. 71–81, 2002.

SOARES, T. R. C.; CARVALHO, M. E. DE A.; PINTO, L. S. S.; FALCÃO, C.A.; MATOS, F.T.C.; SANTOS, T. C. al. Oral cancer knowledge and awareness among dental students. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 13, n. 1, p. 28–33, mar. 2014.

SOUZA, G. T.; FONSECA, L.G.; ARAÚJO, A. M. B.; FREITAS, D. A.; SOUSA, A. A. D DE. Conhecimento de estudantes de Odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal TT - Knowledge of dental students regarding the risk factors for oral câncer. **Arq. odontol**, v. 53, p. 1–9, 2017.

TAMURA, D.; DIGIOVANNA, J. J.; KHAN, S. G.; KRAEMER, K. H. Living with xeroderma pigmentosum: Comprehensive photoprotection for highly photosensitive patients. **Photodermatology Photoimmunology and Photomedicine**, v. 30, n. 2–3, p. 146–152, 2014.

VELLEUER, E.; DIETRICH, R.; POMJANSKI, N.; ARAUJO, I. K. DE S. A.; ARAUJO, B. E. S. DE.; SROKA, I.; BIESTERFELD, S.; BÖCKING, A.; BÖCKING, A.M. Diagnostic accuracy of brush biopsy–based cytology for the early detection of oral cancer and precursors in Fanconi anemia. **Cancer Cytopathology**, v. 128, n. 6, p. 403–413, 2020.

YOKOI, A.; MARUYAMA, T.; YAMANAKA, R.; EKUNI, D.; TOMOFUJI, T.; KASHIWAZAKI, H.; YAMAZAKI, Y.; MORITA, M. Relationship between acetaldehyde concentration in mouth air and tongue coating volume. **Journal of Applied Oral Science**, v. 23, n. 1, p. 64–70, 2015.

8 APÊNDICES

8.1 Apêndice A – Questionário

Idade: **Sexo:** F () M () **Semestre:**

1- VOCÊ SE SENTE CONFIANTE PARA DIAGNOSTICAR CÂNCER BUCAL?

() Confiante () Pouco confiante () Não confiante

2- COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA O EXAME DOS TECIDOS MOLES?

() Sempre () Às vezes () Nunca

3- JÁ SE DEPAROU COM ALGUM CASO DE CÂNCER BUCAL?

() Sim () Não

4- QUAL (IS) FATOR (ES) DE RISCO ESTÁ RELACIONADO AO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER BUCAL?

() Álcool () Tabaco () Baixo consumo de Frutas e vegetais () Exposição solar

5- O CÂNCER OCORRE DEVIDO:

() Ao crescimento desordenado de células () À morte das células () À entrada de bactérias nas células

6- QUAL O ASPECTO MAIS COMUM?

() Lesão dolorida e Ulcerada () Lesão indolor e bordos rígidos () Lesões fétidas e purulentas

7- TIPO MAIS COMUM?

() Linfoma () Carcinoma Espinocelular () Ameloblastoma () Carcinoma Basocelular () Não sei

8- UMA ÚLCERA NA LÍNGUA QUE NÃO CICATRIZA POR UM PERÍODO ACIMA DE 15 DIAS PODE REPRESENTAR RISCO DE CÂNCER BUCAL?

() Não, porque o câncer não se apresenta como úlcera
() Sim, é necessário procurar um cirurgião-dentista
() É necessário aguardar um tempo maior, pois 15 dias é pouco tempo para representar uma lesão grave

9- QUAL O LOCAL MAIS AFETADO?

() Lábio e Língua () Assoalho de Boca e gengiva () Palato () Não sei

10- QUAL A FAIXA ETÁRIA MAIS AFETADA?

() De 15 a 20 anos () De 25 a 30 anos () Maior de 40 anos () Não sei

11-O CÂNCER DE BOCA:

- Não promove dor Promove dor em estágios avançados da doença
 Promove dor em qualquer estágio da doença.

12- QUAL O ESTÁGIO DE DIAGNÓSTICO MAIS COMUM DE CÂNCER BUCAL?

- Precoce Avançado Não sei

13- QUAIS DESTAS SÃO CONSIDERADAS LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS?

- Afta Candidose Eritroplasia Leucoplasia Ceratose do fumante

14- A COMPROVAÇÃO DEFINITIVA DE ALTERAÇÃO MALIGNA É FORNECIDA PELA CITOLOGIA ESFOLIATIVA?

- Sim Não

15- LEUCOPLASIAS APRESENTAM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO SUPERIOR AO DAS ERITROPLASIAS?

- Sim Não

16- COMO É POSSÍVEL PREVENIR O CÂNCER DE BOCA?

- Tomando medicamentos específicos para prevenção
 Não fumando, evitando ingerir bebidas alcóolicas e utilizando protetor solar
 Não é possível prevenir esse câncer, pois é hereditário

17-A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA DEPENDE?

- Somente dos profissionais da área da saúde, pois eles são preparados para isso.
 Todas as pessoas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los.
 Não tem como prevenir esse câncer, pois as pessoas são predeterminadas a tê-lo e não tem como mudar isso.

18- É POSSÍVEL FAZER AUTOEXAME PARA O CÂNCER DE BOCA?

- Não, somente o cirurgião-dentista é capacitado para o exame
 Depende, é necessário ter alguém para ajudar.
 Sim, uma pessoa consegue avaliar a si mesma.

19- O TRATAMENTO ESTÁ SOB A RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL?

- Médico
 Cirurgião-dentista Médico ou cirurgião-dentista Sem profissional específico

8.2 Apêndice B – Tabela 1

Tabela 1 – Relação de estudos encontrados sobre o conhecimento de acadêmicos de odontologia sobre o câncer bucal, após busca bibliográfica (n= 12 estudos).

Autor / ano / local	Número de participantes do estudo e desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Conclusões
Martins <i>et al.</i> , 2008; Brasil	148 alunos, estudo estatístico e descritivo.	Avaliar o nível de conhecimento de uma população de universitários de Odontologia sobre o câncer de boca.	Quanto ao conhecimento sobre o câncer bucal, notou-se maior nível de acerto nos alunos de 3º e 4º ano. Os alunos demonstram alto índice de acertos quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco do câncer bucal.	Para melhorar o nível do conhecimento dos alunos sobre o câncer bucal, faz-se necessário um programa universitário de prevenção de câncer bucal envolvendo os alunos de todos os anos do curso.
Michelle <i>et al.</i> , 2010; Brasil	240 cirurgiões-dentistas. Estudo exploratório.	Verificar o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao câncer bucal em Feira de	o Dos profissionais entrevistados, 21,1% relataram não investigar a presença de lesões bucais na primeira consulta, sendo que 69,5% dos profissionais	Os cirurgiões-dentistas de Feira de Santana, Bahia, não apresentaram o conhecimento mínimo necessário em relação a doença.

		Santana, Bahia, no ano de 2006	consideraram baixo seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal.	
Lamin <i>et al.</i> , 2011; Brasil	105 participantes. Estudo transversal	O objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento dos acadêmicos do Curso de Odontologia da USS, em Vassouras/RJ, sobre os fatores de risco para o câncer bucal.	Dos 105 participantes, 46,7% classificou a abordagem pedagógica do curso sobre o tema como boa e 36,7% julgaram-na insuficiente. Os fatores de risco mais apontados pelos estudantes foram o tabaco 98,1% seguido por história familiar de câncer 81,9%, próteses mal adaptadas 76,2% e consumo de álcool 68,6%.	Concluiu-se que 51,4% dos discentes demonstraram possuir um conhecimento satisfatório sobre Câncer bucal e seus fatores de risco
Rehman, Khan 2012; Brasil	100 alunos, estudo descritivo.	O objetivo deste estudo foi determinar o nível de conhecimento de estudantes de graduação em medicina	e o estudo mostrou que os principais fatores de risco para o câncer bucal eram o tabaco e o álcool e, quando questionados sobre os sinais do câncer bucal, os estudantes de medicina sabiam mais do que os de	O presente estudo mostra um melhor conhecimento e consciência do câncer bucal entre os alunos BDS do último ano, em comparação com os alunos MBBS do último ano. Um baixo nível de consciência na próxima geração de médicos gerais destaca, portanto, a necessidade de melhorar a educação de

<p>Paula <i>et al.</i>, 289 acadêmicos. 2013; Brasil Estudo descritivo.</p>	<p>odontologia em odontologia ao citarem leucoplasia relação ao câncer e eritroplasia. Em relação ao bucal, avaliando seu tratamento, 96% dos conhecimento sobre odontológicos e 56% dos a etiologia, os fatores medicamentos responderam, de risco e os sinais do cirurgia, radioterapia e câncer bucal. quimioterapia.</p> <p>Estabelecer e 100% identificaram o carcinoma comparar o como a neoplasia maligna bucal conhecimento dos mais prevalente. Independente do acadêmicos de ano em curso, demonstraram Odontologia da adequado conhecimento sobre PUCRS sobre fatores câncer bucal e alto índice de acerto de risco e condutas na identificação dos fatores de vinculadas ao câncer risco.</p> <p>bucal e verificar o grau de interesse na educação continuada sobre o tema.</p>	<p>graduação em medicina e odontologia alunos em relação ao câncer oral.</p> <p>A maioria dos acadêmicos não participou de cursos temáticos de educação continuada, entretanto identificaram a importância do CD na prevenção e diagnóstico do câncer bucal.</p>
---	---	--

Lopes <i>et al.</i> , 2015; Brasil	90 acadêmicos. Estudo estatístico e descritivo.	Avaliar o nível de conhecimento e as atitudes preventivas dos universitários do curso de Odontologia da UFMA, de diferentes períodos, em relação ao câncer bucal.	Observou-se que os universitários do terceiro e do quinto ano apresentaram melhor desempenho que os alunos do primeiro ano; no entanto, quanto às atitudes preventivas, a maioria dos universitários não realiza o exame de câncer bucal na primeira consulta principalmente os do primeiro e do quinto ano.	Sendo ainda necessário o maior interesse dos concludentes em Odontologia frente à prevenção do câncer bucal.
Andrade <i>et al.</i> , 2015; Brasil	127 pessoas, e o grupo controle foi composto por 254 indivíduos, estudo caso-controle.	Esta pesquisa objetivou conhecer a associação entre fatores como: idade, sexo, cor da pele, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal, local de residência, tabagismo, etilismo e o câncer de boca em	O consumo de mais de 20 cigarros por dia, a alta ingestão de bebida alcoólica e o consumo sinérgico de tabaco e álcool são os fatores de risco mais importantes para o câncer bucal.	Concluiu-se que tabagismo e etilismo são os fatores mais importantes para o desenvolvimento do câncer bucal.

indivíduos de uma cidade do Nordeste do Brasil entre 2002 e 2012.

Gomes *et al.*, 2015; Brasil

150 alunos. Estudo estatístico e descritivo

Avaliar o nível de conhecimento sobre o câncer oral em uma população de estudantes odontologia

60,61% consideraram seu nível de conhecimento sobre câncer oral bom ou regular, enquanto 37,93% avaliaram seu conhecimento como insuficiente. O carcinoma espinocelular foi considerado o câncer mais comum por apenas 38,25% do total de estudantes, sendo o percentual maior de acerto para os grupos 2 55,56% e 3 67,39%. O nível de conhecimento sobre os fatores de risco aumentou ao longo dos semestres, entretanto, 77,85% consideram baixo o seu nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico.

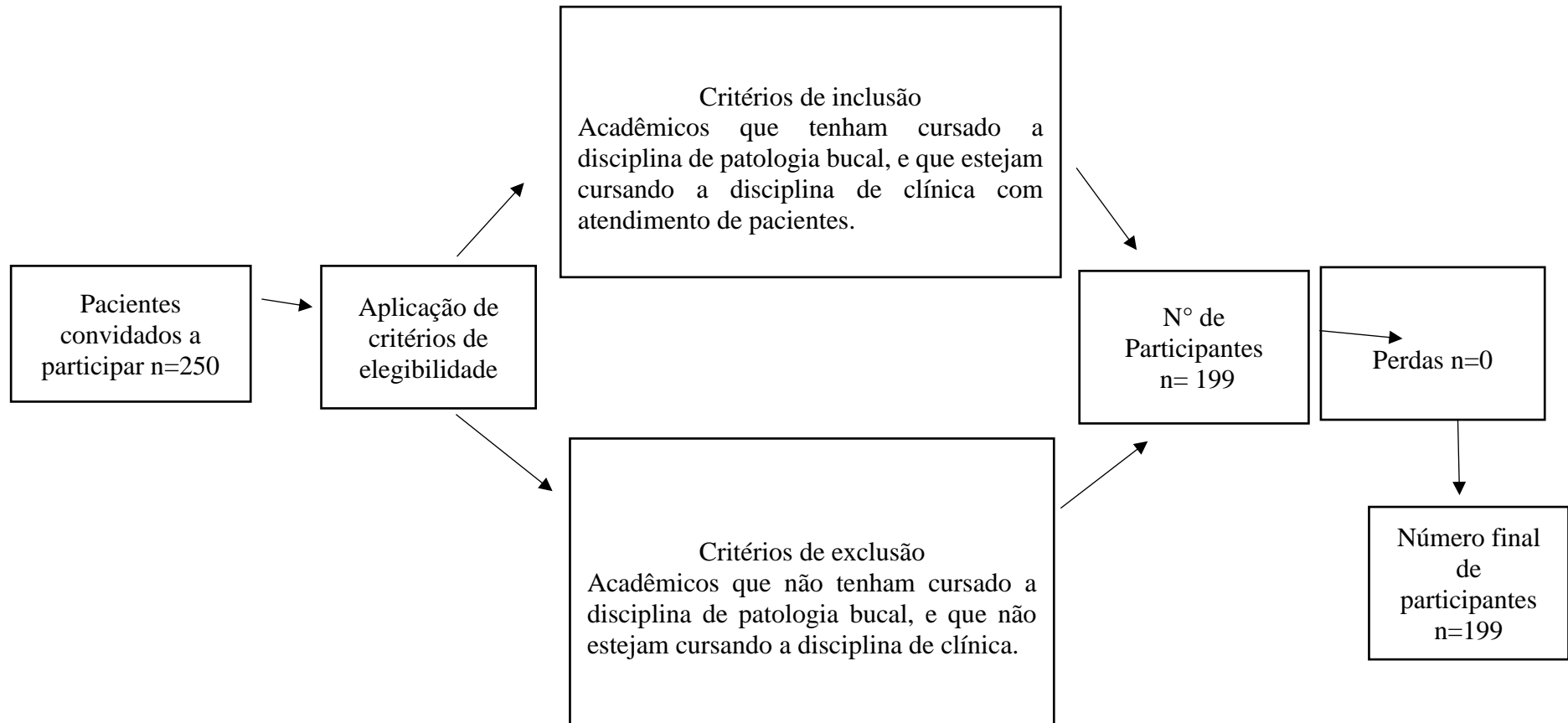
O nível de conhecimento sobre câncer oral foi considerado bom ou regular entre os estudantes de odontologia entrevistados; apesar de demonstrarem um bom nível de conhecimento em relação aos fatores de risco e a questões específicas da doença, ficou clara a necessidade de implementar medidas educativas continuadas ao longo do curso de forma a consolidar o ensino sobre essa patologia.

Silva <i>et al.</i> , 2016; Brasil	50 graduandos. estudo transversal.	Avaliar e comparar o conhecimento de acadêmicos de odontologia sobre câncer bucal.	8,0% do Grupo A e 56,0% do Grupo B julgaram o sexo masculino como aquele frequentemente acometido pela lesão. Em relação à faixa etária, 84,0% do Grupo B e 44,0% do Grupo A estimaram que a maioria dos casos era diagnosticada acima dos 40 anos. O tabagismo foi apontado como principal fator de risco por 64,0% e 91,6% dos alunos dos Grupos A e B.	42,15% se sentem confiantes em reconhecer lesões pré-malignas e/ou malignas; somente 6,85% dos universitários instruem a todos os pacientes sobre o autoexame bucal; 83,35% afirmaram que sempre fazem o exame dos tecidos moles da cavidade bucal, nas consultas iniciais e 89,20% asseguraram que orientam aos pacientes fumantes e/ou etilistas sobre os malefícios causados pelo tabagismo e etilismo
Andrade, Prado, 2016; Brasil	112 acadêmicos. Estudo corte transversal.	Avaliar o conhecimento e atitudes de universitários da Odontologia UESB em relação ao câncer de boca.	o 42,15% se sentem confiantes em reconhecer lesões pré-malignas e/ou malignas; somente 6,85% dos universitários instruem a todos os pacientes sobre o autoexame bucal; 83,35% afirmaram que sempre fazem o exame dos tecidos moles da cavidade bucal, nas consultas iniciais e 89,20%	Concluiu-se que os estudantes referiram reunir bom nível de conhecimento sobre fatores de risco e diagnóstico das lesões orais pré-malignas e/ ou malignas, entretanto não relataram segurança para diagnosticar a mesma.

			asseguraram que orientam aos pacientes fumantes e/ou etilistas sobre os malefícios causados pelo tabagismo e etilismo	
Souza <i>et al.</i> , 2017; Brasil	102 estudantes. pesquisa descritiva, quantitativa e transversal.	Avaliar o conhecimento acadêmicos e odontologia do câncer bucal e seus fatores de risco, bem como a presença destes fatores nos próprios estudantes.	o Entre os estudantes avaliados, 50% consideram seu conhecimento de respeito do câncer bucal como “Bom”, 33,3% consideram “Regular” e 3,9% relatam seu conhecimento “Insuficiente”.	Esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem mais efetiva do tema durante o período de formação acadêmica e do incentivo a educação continuada.
Juan <i>et al.</i> , 2019; Cuba	93 alunos, estudo descritivo correlacional transversal.	Descrever o nível de conhecimento sobre o cancro da boca que os alunos dos 3.º, 4.º e 5.º anos da carreira de Estomatologia da Faculdade de Ciências Médicas Dr.	A dimensão do conhecimento com melhores resultados relacionou-se às características clínicas e ao tratamento, a de menor pontuação foi aquela relacionada à prevenção. Encontrou-se relação significativa do ponto de vista estatístico entre o nível de	O conhecimento dos alunos sobre o câncer bucal é deficiente, por isso é importante a realização de futuras intervenções para uma melhor abordagem do assunto.

Raúl Dorticós conhecimento, o estágio e o ano
Torrado, de letivo que estudam.
Cienfuegos.

8.3 Apêndice C – Figura 1 – Fluxograma



8.4 Apêndice D – Tabela 2

Tabela 2. Características sociodemográficas e descritivas de estudantes do centro universitário Unifacvest, curso de odontologia (n= 199)

Variável	
Idade média (dp)	23,40 (\pm 3,93)
Sexo n (%)	
Masculino	55 (27,6)
Feminino	142 (71,4)
Não informado	2 (1,0)
Você se sente confiante para diagnosticar câncer bucal - n (%)	
Confiante	26 (13,1)
Pouco confiante	139 (69,8)
Não confiante	34 (17,1)
Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles - n (%)	
Sempre	113 (56,8)
Às vezes	80 (40,2)
Nunca	6 (3,0)
Já se deparou com algum caso de câncer bucal - n (%)	
Sim	6 (3,0)
Não	193 (97,0)
O câncer ocorre devido - n (%)	
Crescimento desordenado das células	188 (94,5)
Morte das células	8 (4,0)
Entrada de bactérias nas células	2 (1,0)
Não respondeu	1 (0,5)
Qual o aspecto mais comum – n (%)	
Lesão dolorida e ulcerada	48 (24,1)
Lesão indolor e bordos rígidos	150 (75,4)
Lesões fétidas e purulentas	1 (0,5)
Qual o tipo mais comum – n (%)	
Linfoma	22 (11,1)

Carcinoma espinocelular	89 (44,7)
Ameloblastoma	48 (24,1)
Carcinoma basocelular	6 (3,0)
Não sei	34 (17,1)
Uma úlcera na língua que não cicatriza por um período acima de 15 dias pode representar risco de câncer bucal - n (%)	
Não, porque o câncer não se apresenta como úlcera	6 (3,0)
Sim, é necessário procurar um cirurgião-dentista	176 (88,4)
É necessário aguardar um tempo maior, pois 15 dias é pouco tempo para representar uma lesão grave	17 (8,5)
Qual o local mais afetado – n (%)	
Lábio e língua	143 (71,9)
Assoalho de boca e gengiva	42 (21,1)
Palato	7 (3,5)
Não sei	7 (3,5)
Qual faixa etária mais afetada – n (%)	
De 15 a 20 anos	1 (0,5)
De 25 a 30 anos	19 (9,5)
Maior de 40 anos	163 (81,9)
Não sei	15 (7,5)
Não respondeu	1 (0,5)
O câncer de boca – n (%)	
Não promove dor	24 (12,1)
Promove dor em estágios avançados	159 (79,9)
Promove dor em qualquer estágio da doença	16 (8,0)
Qual estágio de diagnóstico mais comum de câncer bucal – n (%)	
Precoce	14 (7,0)
Avançado	172 (86,4)
Não sei	13 (6,5)
A comprovação definitiva de alteração maligna é fornecida pela citologia esfoliativa – n (%)	
Sim	142 (71,4)
Não	56 (28,1)

Não responderam	1 (0,5)
As leucoplasias apresentam potencial de malignização superior ao das eritroplasias – n (%)	
Sim	140 (70,4)
Não	59 (29,6)
Como é possível prevenir o câncer de boca – n (%)	
Não fumando, evitando ingerir bebidas alcóolicas e utilizando protetor solar	196 (98,5)
Não é possível prevenir esse câncer, pois é hereditário	3 (1,5)
A prevenção do câncer de boca depende – n (%)	
Somente dos profissionais da área da saúde, pois eles são preparados para isso.	2 (1,0)
Todas as pessoas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los.	195 (98,0)
Não tem como prevenir esse câncer, pois as pessoas são predeterminadas a tê-lo e não tem como mudar isso.	2 (1,0)
É possível fazer autoexame para o câncer de boca – n (%)	
Não, somente o cirurgião-dentista é capacitado para o exame	48 (24,1)
Depende, é necessário ter alguém para ajudar	30 (15,1)
Sim, uma pessoa consegue avaliar a si mesma	121 (60,8)
O tratamento está sob a responsabilidade do profissional – n (%)	
Médico	57 (28,6)
Cirurgião-dentista	41 (20,6)
Médico ou Cirurgião-dentista	97 (48,7)
Sem profissional específico	4 (2,0)

8.5 Apêndice E – Tabela 3

Tabela 3. Amostra de estudantes do curso de odontologia do centro universitário Unifacvest (n=199) caracterização por clinica integrada.

Variável	Clinica não integrada	Clinica integrada	P
Idade	22,8(±3,7))	23,7(±3,9)	0,15**
Sexo n (%)			
Masculino	11 (17,7)	44 (32,6)	0,40*
Feminino	51 (82,3)	91 (67,4)	
Você se sente confiante para diagnosticar câncer bucal – n (%)			
Confiante	4 (6,5)	22 (16,1)	0,17*
Pouco confiante	47 (75,5)	92 (67,2)	
Não confiante	11 (17,7)	23 (16,8)	
Com que frequência você realiza o exame dos tecidos moles – n (%)			
Sempre	23 (37,1)	90 (65,7)	0,0*
Às vezes	33 (53,2)	47 (34,3)	
Nunca	6 (9,7)	0 (0,0)	
Já se deparou com algum caso de câncer bucal – n (%)			
Sim	4 (6,5)	2 (1,5)	0,07*
Não	58 (93,5)	135 (98,5)	
O câncer ocorre devido – n (%)			
Crescimento desordenado das células.	61 (98,4)	127 (92,7)	
Morte das células	1 (1,6)	7 (5,1)	0,42*
Entrada de bactérias nas células.	0 (0,0)	2 (1,5)	
Qual o aspecto mais comum – n (%)			
Lesão dolorida e ulcerada	15 (24,2)	33 (24,1)	
Lesão indolor e bordos rígidos	46 (74,2)	104 (75,9)	0,32*

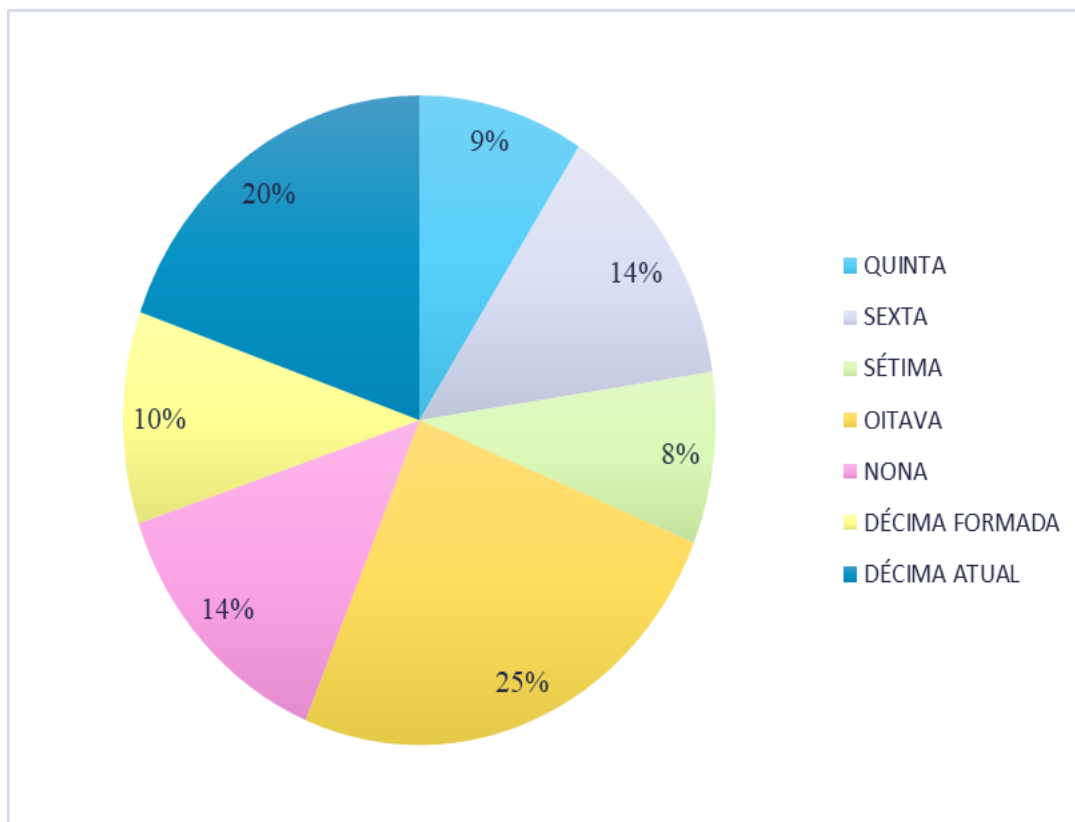
Lesões fétidas e purulentas	1 (1,6)	0 (0,0%)	
Qual o tipo mais comum – n (%)			
Linfoma	13 (21,0)	9 (6,6)	
Carcinoma espinocelular	17 (27,4)	72 (52,6)	
Ameloblastoma	21 (33,9)	27 (19,7)	0,01*
Carcinoma basocelular	1 (1,6)	5 (3,6)	
Não sei	10 (16,1)	24 (17,5)	
Uma úlcera na língua que não cicatriza por um período acima de 15 dias pode representar risco de câncer bucal – n (%)			
Não, porque o câncer não se apresenta como úlcera.	3 (4,8)	3 (2,2)	
Sim, é necessário procurar um cirurgião-dentista.	55 (88,7)	121 (88,3)	0,48*
É necessário aguardar um tempo maior, pois 15 dias é pouco tempo para representar uma lesão grave.	4 (6,5)	13 (9,5)	
Qual o local mais afetado – n (%)			
Lábio e língua	38 (61,3)	105 (76,6)	
Assoalho de boca e gengiva	16 (25,8)	26 (19,0)	
Palato	6 (9,7)	1 (0,7)	<0,05*
Não sei	2 (3,2)	5 (3,6)	
Qual estágio de diagnóstico mais comum de câncer bucal – n (%)			
Precoce	10 (16,1)	4 (2,9)	
Avançado	47 (75,8)	125 (91,2)	<0,05*
Não sei	5 (8,1)	8 (5,8)	
Qual faixa etária mais afetada – n (%)			
De 15 a 20 anos	0 (0,0)	1 (0,7)	
De 25 a 30 anos	10 (16,1)	9 (6,6)	0,80*
Maior de 40 anos	50 (80,6)	113 (83,1)	
Não sei	2 (3,2)	13 (9,6)	

O câncer de boca – n (%)	6 (9,7)	18 (13,1)	
Não promove dor.	50 (80,6)	109 (79,6)	0,69*
Promove dor em estágios avançados.	6 (9,7)	10 (7,3)	
Promove dor em qualquer estágio da doença			
A comprovação definitiva de alteração maligna é fornecida pela citologia esfoliativa – n (%)			
Sim	45 (72,6)	97 (71,3)	1,0*
Não	17 (27,4)	39 (28,7)	
As leucoplasias apresentam potencial de malignização superior ao das eritroplasias – n (%)			
Sim	40 (64,5)	100 (73,0)	
Não	22 (35,5)	37 (27,0)	0,24*
Como é possível prevenir o câncer de boca – n (%)			
Não fumando, evitando ingerir bebidas alcóolicas e utilizando protetor solar.	62 (100,0)	134 (97,8)	0,55*
Não é possível prevenir esse câncer, pois é hereditário.	0 (0,0)	3 (2,2)	
A prevenção do câncer de boca depende – n (%)			
Somente dos profissionais da área da saúde, pois eles são preparados para isso.	0 (0,0)	2 (1,5)	
Todas as pessoas podem contribuir. É necessário conscientizar a população dos fatores de risco, para poder evitá-los.	62 (100,0)	133 (97,1)	0,39*
Não tem como prevenir esse câncer, pois as pessoas são predeterminadas a tê-lo e não tem como mudar isso.	0 (0,0)	2 (1,5)	
É possível fazer autoexame para o câncer de boca – n (%)			
Não, somente o cirurgião-dentista é capacitado para o exame	21 (33,9)	27 (19,7)	
Depende, é necessário ter alguém para ajudar.	12 (19,4)	18 (13,1)	0,02*
Sim, uma pessoa consegue avaliar a si mesma.	29 (46,8)	92 (67,2)	

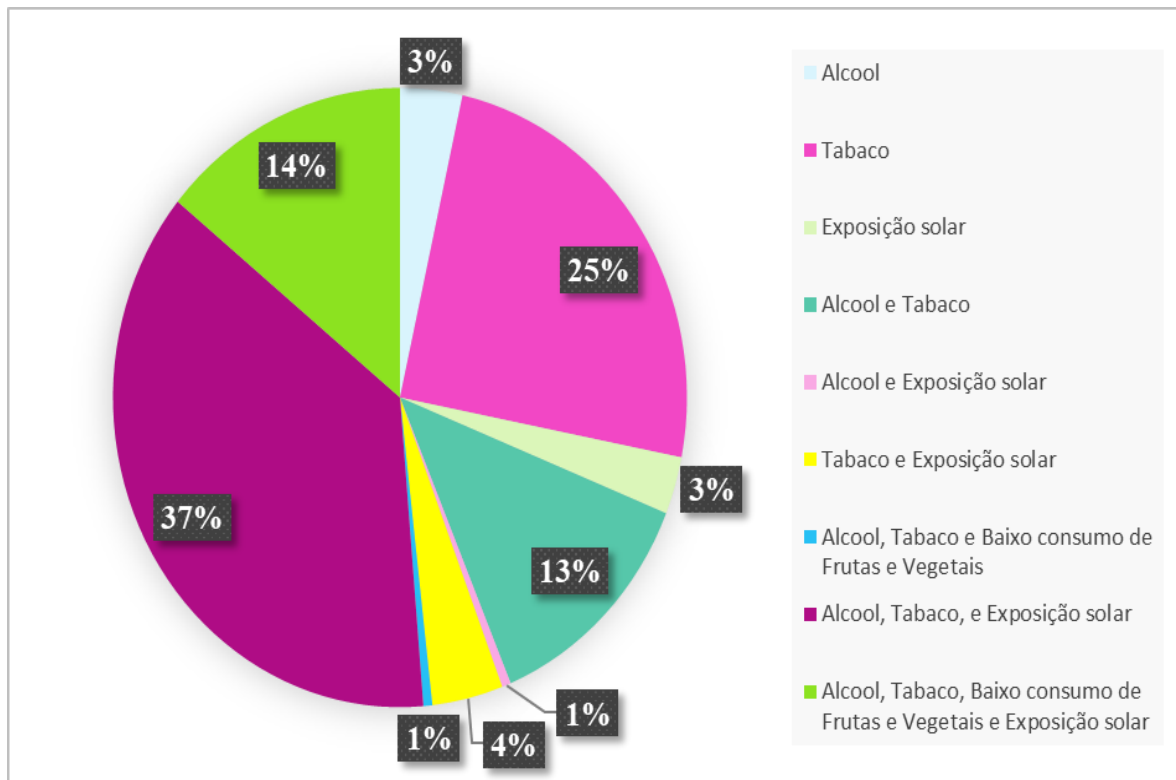
O tratamento está sob a responsabilidade do	15 (24,2)	42 (30,7)	
profissional – n (%)	17 (27,4)	24 (17,5)	
Médico	28 (45,2)	69 (50,4)	0,31*
Cirurgião-dentista	2 (3,2)	2 (1,5)	
Médico ou Cirurgião-dentista			
Sem profissional específico			

*Teste de Qui-quadrado; ** teste t para amostras independentes.

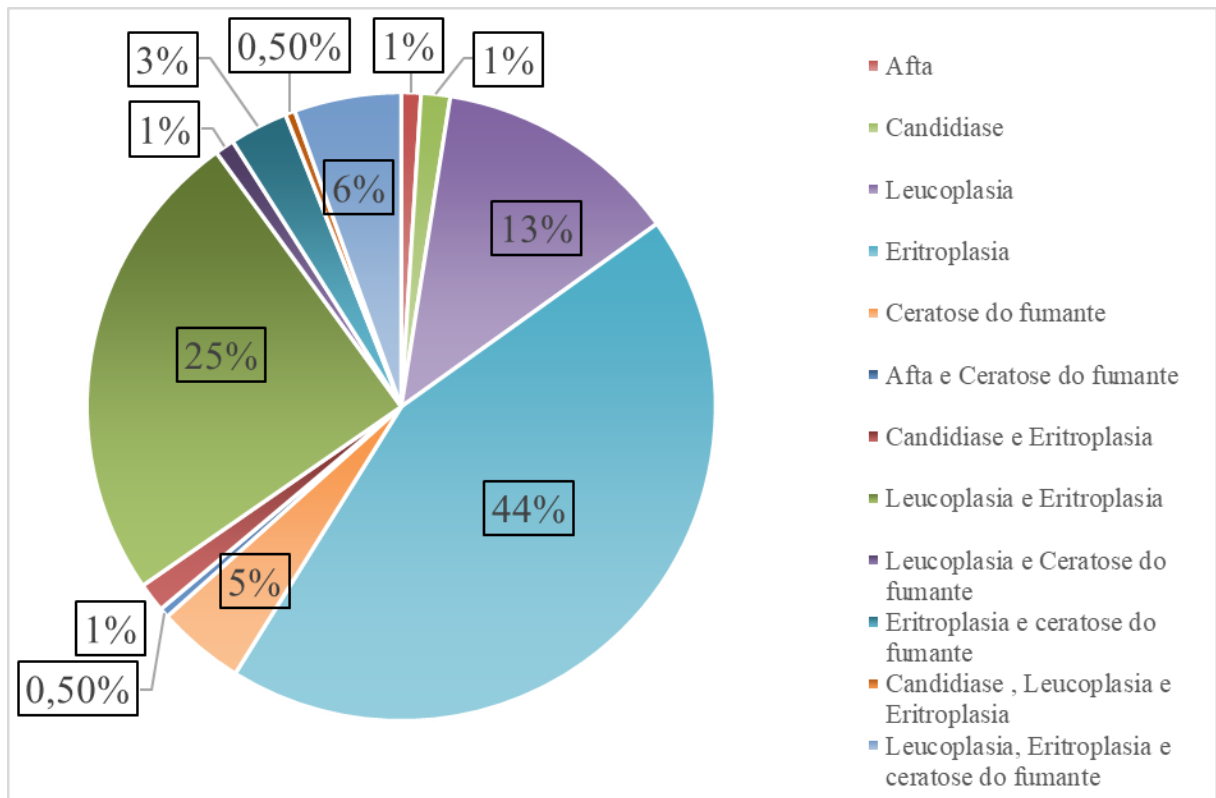
8.6 Apêndice F – Figura 2 – Alunos participantes por fase



8.7 Apêndice G – Figura 3 – Fatores de risco que estão relacionados com câncer bucal



8.8 Apêndice H – Figura 4 – Lesões potencialmente malignas



9 ANEXOS

9.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de trabalho de conclusão de curso intitulada em avaliação do conhecimento dos acadêmicos de odontologia sobre o câncer bucal, um estudo transversal, tendo como objetivo Avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de odontologia regularmente matriculados do centro universitário Unifacvest no ano 2020. Serão previamente marcados a data e horário para aplicação do questionário contendo 19 perguntas. Estas medidas serão realizadas no Centro universitário Unifacvest na rua Av. Mal. Floriano, 947 - Centro - CEP 88503-190 - Lages / SC.

Não é obrigatório participar do estudo e responder o questionário. Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver aspectos étnicos. A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão possibilitar ao curso a identificação e possíveis falhas no processo ensino-aprendizagem referente ao tema câncer bucal. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores estudante de graduação Camila Martins Morales, a professora responsável Carla Cioato Piardi. O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Camila Martins Morales

NÚMERO DO TELEFONE: 49 998091265

ENDEREÇO: AV Marechal Floriano 551, Apto 20

ASSINATURA DO PESQUISADOR _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP-FACVEST

Av. Marechal Floriano, 947

Lages - SC

88.501-103

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____

Local: _____ Data: ____/____/____

9.2 Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST SOBRE CÂNCER BUCAL

Pesquisador: Carla Cioato Piardi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26370819.0.0000.5616

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO N.S. AUXILIADORA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.324.482

Apresentação do Projeto:

Segundo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Estima-se para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano desconsiderando o câncer de pele não melanoma. Sendo os homens 11.200 novos casos 5,2% ocupando o quinto lugar na cavidade bucal e mulheres o decimo segundo lugar. Os indivíduos do sexo masculino acima de 40 anos são os mais acometidos

pela doença. Os jovens que fazem o uso de tabaco e álcool também podem desenvolver a doença. Todas as formas de tabaco (cigarros, cachimbos e charutos) são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal. Afirma ainda que o uso de álcool é

o segundo maior fator de risco, e a incidência do câncer bucal também está relacionada a outros fumos e também fatores, como papilomavírus humano (HPV). O câncer é o nome dado a mais de 100 tipos de doenças que acometem os tecidos e órgãos, devido ao crescimento desordenado das células. Onde ocorre uma divisão agressiva e incontrolável e causa tumores, há diferentes tipos que são classificados de acordo com os tipos de células do corpo. É uma doença comum, que acomete a população brasileira, o câncer bucal acomete a região de cabeça e pescoço. E os que o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. O carcinoma espinocelular (CEC) é responsável por cerca de 90% das neoplasias malignas orais e está entre os tipos de câncer mais frequentes nos seres humanos. Para um bom diagnostico é necessário que o

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947

Bairro: CENTRO

CEP: 88.501-103

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3225-4114

Fax: (49)3222-3433

E-mail: cep.facvest@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.324.482

cirurgião-dentista ou médico tenham amplo conhecimento sobre o câncer oral, e que saiba fazer um exame físico completo, analisando todas as áreas com precisão e removendo todos os tipos de próteses que o paciente possuir para verificar possíveis traumas que podem haver por uso inadequado as regiões devem ser sempre palpadas para poder sentir os limites acometidos, se há feridas que não cicatrizam por mais de 15 dias, manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato, mucosa jugal, nódulos no pescoço, rouquidão persistente, sempre que diagnosticar um câncer é necessário ver suas características e dimensões para detalhar se é necrosado, ulcerado, infiltrativo e se há indícios de invasão óssea e ou da musculatura profunda. O exame de biopsia

incisional é indicado para complementar o exame físico, outros exames de imagem como a tomografia computadorizada, e a ressonância magnética são indicadas para complementar o diagnóstico em casos que no exame físico não se consiga ter um diagnóstico preciso. Quando o câncer é diagnosticado no começo, há grande chance de cura. O tratamento vai depender da região em que se encontra o tumor e as alterações funcionais que podem ter e o médico irá decidir a melhor forma de tratamento podendo ser a cirurgia oncológica ou radioterapia isolada, ou associada com os dois tipos. Os dois tratamentos tem bons resultados quando feitos no início da lesão. As regiões mais acometidas são lábios, gengivas, bochechas, céu da boca (palato), língua, assoalho da boca. (Ministério da saúde, acesso em 2019). Para que se obtenha um bom

diagnóstico, os cursos de graduação devem preparar os estudantes e habilitá-los para identificar quaisquer agravos do sistema estomatognático. Assim, a avaliação do conhecimento acadêmico, em diferentes estágios da formação, é um meio de mensurar a capacitação desses futuros profissionais, diante das diferentes alterações orais, especialmente do câncer bucal. Sua prevenção depende de ter hábitos saudáveis, como ingerir alimentos ricos em vitaminas, proteínas, fruta, legumes, evitar o consumo bebida alcoólica e fumo, não ficar exposto ao sol sem proteção, ter uma boa higiene oral, e do acompanhamento de um dentista, ou profissional da saúde, entretanto a odontologia tem um importante papel na prevenção e diagnóstico da doença, por estudar e tratar a cavidade bucal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de odontologia regularmente matriculados nas disciplinas de clínica inicial e final do centro universitário Unifacvest no ano de 2019 a 2020 sobre câncer bucal.

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO CEP: 88.501-103
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (49)3225-4114 Fax: (49)3222-3433 E-mail: cep.facvest@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.324.482

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos deste estudo aos participantes são mínimos. Os participantes do estudo estarão expostos a riscos inerentes as questões presentes no questionário sobre dados sociodemográficos e conhecimentos específicos sobre câncer bucal.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes do estudo são indiretos. Ao participarem do estudo, os acadêmicos terão a oportunidade de contribuir com a instituição de ensino no sentido de determinar o nível de aprendizado obtido sobre câncer bucal durante a graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A redação do projeto está satisfatória, contextualizando adequadamente o tema da pesquisa e justifica os objetivos propostos. A metodologia empregada possibilita a resolução dos objetivos da pesquisa. A utilização de seres humanos na pesquisa não gera riscos aos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados integralmente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado com os princípios éticos relacionados à pesquisa científica que envolve seres humanos na sua metodologia investigativa.

Este colegiado está de acordo com o parecer do relator.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_161450_1_E1.pdf	29/09/2020 19:09:09		Aceito
Folha de Rosto	pdf.pdf	28/11/2019 19:17:53	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	28/11/2019 17:13:44	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	28/11/2019 17:06:55	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito
Outros	questionario.docx	28/11/2019 17:03:41	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947
Bairro: CENTRO CEP: 88.501-103
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (49)3225-4114 Fax: (49)3222-3433 E-mail: cep.facvest@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.324.482

Orçamento	orcamento.docx	28/11/2019 17:00:58	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/11/2019 16:58:22	CAMILA MARTINS MORALES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 07 de Outubro de 2020

Assinado por:
RENATO RODRIGUES
 (Coordenador(a))

Endereço: MARECHAL FLORIANO 947		CEP: 88.501-103
Bairro: CENTRO		
UF: SC	Município: LAGES	
Telefone: (49)3225-4114	Fax: (49)3222-3433	E-mail: cep.facvest@gmail.com