

## Comparação de Casos Diagnosticados com o Grau de Conhecimento dos Estudantes de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina sobre o Câncer Bucal

*Comparison of Diagnosed Cases with the Degree of Knowledge of Dentistry students at the University Center of Adamantina about Oral Cancer*

*Comparación de Casos Diagnosticados con el Grado de Conocimiento de Estudiantes de Odontología del Centro Universitario Adamantina sobre Câncer Oral*

Giovana Basso **DELVECCHIO**

*Graduanda e contemplada pelo projeto PIBIC- Programa Institucional de bolsa de Iniciação Científica - UNIFAI (Edital nº 09/2020) em Odontologia pelo Centro Universitário de Adamantina- UNIFAI- 17800-000, Adamantina-SP, Brasil*  
<https://orcid.org/0000-0002-1818-8772>

Marceli Moço **SILVA**

*Professora Doutora do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina (UNIFAI) 17800-000 Adamantina-SP, Brasil*  
<https://orcid.org/0000-0002-6223-4342>

Guilherme Batista do **NASCIMENTO**

*Professor Doutor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina (UNIFAI) 17800-000 Adamantina-SP, Brasil*  
<https://orcid.org/0000-0003-2370-322X>

### Resumo

O câncer bucal permanece, apesar dos avanços, como um problema de Saúde Pública mundial. Para que o prognóstico seja favorável, a lesão deve ser identificada em estágio inicial, levando em consideração suas características clínicas. O presente trabalho objetivou analisar casos clínicos de pacientes acometidos pelo Carcinoma Espinocelular e comparar o grau de conhecimento dos graduandos de Odontologia frente a um diagnóstico de câncer oral. Foi investigada história clínica de prontuários de pacientes com este diagnóstico, respeitando a sua identidade, e realizado um questionário com estudantes para comparar o grau de conhecimento com as características inerentes da nossa região em relação ao câncer bucal. Os resultados obtidos vão de acordo com os artigos estudados, levando em consideração que o Câncer atinge, geralmente, homens entre 40 a 80 anos, que possuem o hábito de beber e fumar. A área mais acometida foi língua, com lesões ulceradas e irregulares em fumantes. O conhecimento dos estudantes de Odontologia foi satisfatório, de acordo com as características clínicas encontradas nos casos estudados. Conclui-se que diagnosticar o câncer oral em estágio precoce é o meio mais efetivo de reduzir a morbidade, dificuldade e extensão do tratamento. Desse modo, o estudo visou relatar o quanto importante é o Cirurgião Dentista no conhecimento clínico da lesão, já que esse pode ser o primeiro profissional a se deparar com essa doença. Ações de saúde pública também são indispensáveis para alertar a população sobre os fatores de risco que acarretam o aparecimento da doença.

**Descritores:** Câncer Bucal; Estudantes de Odontologia; Neoplasias Bucais; Atitudes e Prática em Saúde.

### Abstract

Oral cancer remains, despite advances, a public health problem worldwide. For the prognosis to be favorable, the lesion must be identified at an early stage, taking into account its clinical characteristics. This study aimed to analyze clinical cases of patients affected by Squamous Cell Carcinoma and compare the level of knowledge of undergraduate dentistry students facing a diagnosis of oral cancer. The clinical history of the medical records of patients with this diagnosis was investigated, respecting their identity, and a questionnaire was carried out with students to compare the level of knowledge with the inherent characteristics of our region in relation to oral cancer. The results obtained are in accordance with the articles studied, taking into account that Cancer generally affects men between 40 and 80 years old, who have the habit of drinking and smoking. The most affected area was the tongue, with ulcerated and irregular lesions in smokers. The knowledge of dentistry students was satisfactory, according to the clinical characteristics found in the cases studied. It is concluded that diagnosing oral cancer at an early stage is the most effective way to reduce morbidity, difficulty and treatment extension. Thus, the study aimed to report how important the Dental Surgeon is in the clinical knowledge of the lesion, as this may be the first professional to come across this disease. Public health actions are also essential to alert the population about the risk factors that lead to the onset of the disease.

**Descriptors:** Oral Cancer; Dental Students; Oral Neoplasms; Attitudes and Health Practice.

### Resumen

El cáncer oral sigue siendo, a pesar de los avances, un problema de salud pública en todo el mundo. Para que el pronóstico sea favorable, la lesión debe identificarse en una etapa temprana, teniendo en cuenta sus características clínicas. Este estudio tuvo como objetivo analizar casos clínicos de pacientes afectados por carcinoma de células escamosas y comparar el nivel de conocimientos de estudiantes de pregrado en odontología ante un diagnóstico de cáncer oral. Se investigó la historia clínica de las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico, respetando su identidad, y se realizó un cuestionario con los estudiantes para comparar el nivel de conocimiento con las características inherentes a nuestra región en relación al cáncer bucal. Los resultados obtenidos están en consonancia con los artículos estudiados, teniendo en cuenta que el cáncer afecta generalmente a hombres entre 40 y 80 años, que tienen el hábito de beber y fumar. La zona más afectada fue la lengua, con lesiones ulceradas e irregulares en los fumadores. El conocimiento de los estudiantes de Odontología fue satisfactorio, de acuerdo con las características clínicas encontradas en los casos estudiados. Se concluye que diagnosticar el cáncer oral en una etapa temprana es la forma más efectiva de reducir la morbilidad, la dificultad y la extensión del tratamiento. Así, el estudio tuvo como objetivo informar de la importancia que tiene el Cirujano Dentista en el conocimiento clínico de la lesión, ya que este puede ser el primer profesional en toparse con esta enfermedad. Las acciones de salud pública también son fundamentales para alertar a la población sobre los factores de riesgo que conducen a la aparición de la enfermedad.

**Descriptores:** Câncer Bucal; Estudiantes de Odontología; Neoplasias Bucales; Actitudes y Práctica de la Salud.

### INTRODUÇÃO

O câncer de boca e da orofaringe é uma neoplasia multifatorial que ocorre através do processo de oncogênese, com crescimento celular desordenado, desenfreado e sem a presença de estímulo. Essa e as demais

neoplasias malignas se diferem das benignas, devido ao grau de diferenciação celular, a capacidade de invadir e destruir o local e sua capacidade metastática. Cumpre mencionar que os fatores de risco da doença incluem na maioria das vezes agentes extrínsecos

ambientais com características genéticas, bem como seu prognóstico dependerá da fase em que o câncer é detectado.

Segundo Ferlay et al.<sup>1</sup> o câncer é considerado o segundo maior causador de morbidade e mortalidade no mundo, estando na 5ª posição entre as neoplasias malignas, com ocorrência de aproximadamente 780.000 novos casos por ano no mundo segundo Ramos et al.<sup>2</sup>, com uma incidência maior no subcontinente indiano, em Taiwan, Hungria, França, Brasil e partes da África Austral. Carcinoma Espinocelular (CEC) ou Epidermóide de boca, que se origina no epitélio de revestimento, é a lesão mais comum na região oral, responsável por 90% das neoplasias malignas. A ocorrência global parece estar diminuindo, em decorrência da diminuição de carcinogênicos químicos presentes principalmente no tabaco e da redução de pessoas que a utilizam. Resultado este também relacionado às mudanças no hábito de vida da população, na educação preventiva e acesso ao tratamento oncológico que melhoram o prognóstico da doença. Porém há uma incidência no aumento da ocorrência em indivíduos com idade inferior a 45 anos, de acordo com Volkweis et al.<sup>3</sup>, que apresentam maior índice de tumor na orofaringe. Segundo o Oncoguia<sup>4</sup>, estima-se que de 2020 a 2022 sejam diagnosticados no Brasil 15.190 novos casos de câncer na cavidade bucal e orofaringe, sendo 11.180 em homens e 4.010 em mulheres.

O tabagismo sempre esteve associado ao risco de câncer na cavidade oral e quando há sinergismo entre fumo e álcool, o risco aumenta 20 vezes. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>5,6</sup> o hábito de fumar tabaco alcançou seu maior índice no Brasil em 1989, quando pelo menos 34,8% da população utilizava dessa substância, no entanto, teve uma expressiva queda a partir de 2003 em função das campanhas desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco e a partir desse período vem diminuindo consideravelmente seu consumo. Estudos recentes sobre os fatores de risco do câncer oral apontaram que o vírus HPV (subtipo 16), vírus sexualmente transmissível, o responsável pelo câncer de boca, e parte oral da faringe em pessoas mais jovens, atinge tanto homens quanto mulheres.

Os casos de câncer oral causado pelo vírus HPV (Papilomavírus humano) aumentou em mais de uma década, visto que acentuou os hábitos da prática de sexo oral com número alto de parceiros. Antes via-se tumores de cabeça e pescoço causados pelo vírus em pacientes homens, acima de 50 anos de idade. Após 1990 observou-se que a idade começou a baixar e

viu-se casos de tumores em pacientes de ambos os sexos com idade entre 30 a 45 anos. O vírus infecta células epiteliais e provoca diversos tipos de lesões na pele ou mucosas, facilitando assim, seu contágio. As lesões clínicas se mostram como verrugas, com aspecto de couve-flor e tamanho variável. Segundo Simonato et al.<sup>7</sup> na cavidade oral é mais comum afetar a língua, palato, gengiva, lábios, úvula e assoalho da boca.

Já o câncer de lábio, que mostra uma etiologia relacionada à exposição à radiação solar por longo período de tempo, é um fator de extrema importância para o câncer na face e seu risco varia com a intensidade, tempo de exposição e quantidade de pigmentação presente na pele do paciente<sup>8</sup>. A Queilite Actínica, assim denominada, é uma condição potencialmente maligna do vermelhão do lábio inferior, que tem predileção entre pessoas de meia idade a idosos de pele clara<sup>9</sup>. A referida lesão se desenvolve lentamente e por isso é de difícil percepção para os acometidos. Segundo Tenorio et al.<sup>10</sup> os achados clínicos incluem atrofia (áreas lisas, manchadas e pálidas), ressecamento e fissuras da vermelhidão do lábio e com a progressão da lesão, podem surgir úlceras por longos períodos, podendo avançar para um Carcinoma Epidermóide.

Segundo artigo publicado por Santos et al.<sup>11</sup> os principais desafios na obtenção do diagnóstico precoce do câncer oral é a falta de informação, procura tardia por ajuda por parte da população brasileira e de prática dos Cirurgiões-Dentistas, e outros profissionais da saúde a respeito da doença, que muitas vezes se sentem limitados por não conseguirem visualizar pequenas alterações na mucosa oral, levando a um diagnóstico tardio. Portanto, a formação acadêmica deste profissional deve ser voltada, de forma criteriosa, à constatação e diagnóstico prematuro do câncer oral baseado no conhecimento que o estudante obteve durante sua graduação, bem como ser um transmissor de informação para a comunidade onde reside.

É de extrema importância para um bom prognóstico, que o diagnóstico seja realizado em fase inicial da neoplasia, através de exames clínicos (anamnese e exame físico) e complementares. O papel do Cirurgião Dentista é identificar as lesões malignas no estágio inicial, levando em consideração as áreas anatômicas de maior prevalência e as características clínicas da doença. Para o diagnóstico definitivo o exame preconizado é a biópsia, e sendo o resultado positivo para Carcinoma Espinocelular, os tratamentos

podem envolver cirurgia e o uso da radiação, como radioterapia ou quimioterapia com equipe oncológica. O tratamento dependerá das condições físicas do paciente, da localização e grau histológico do tumor.

O objetivo deste estudo é reconhecer o nível de saber dos estudantes de Odontologia sobre o câncer de boca e orofaringe, levando em consideração sua etiologia, os fatores de risco da doença, prevenção e tratamento, através de uma pesquisa envolvendo graduandos de Odontologia por meio de um questionário com perguntas fechadas, bem como observar essas características em prontuários de pacientes da nossa região com diagnóstico de Carcinoma, e comparar essas informações.

**MATERIAL E MÉTODO**

A presente pesquisa, registrada na plataforma Brasil (CAAE 39234620.8.0000.5496), qualifica-se como um estudo epidemiológico descritivo e exploratório, analisou prontuários contendo informações elusivas ao paciente com Carcinoma Espinocelular como idade, sexo, estado civil, vícios de tabaco e álcool e em relação à doença, lesão fundamental, localização, tamanho, formato e prováveis fatores de risco. Não houve identificação dos indivíduos. Os pacientes foram atendidos na Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina UNIFAI e em consultório particular na cidade de Adamantina.

Aplicou-se formulário (Quadro 1) aos estudantes de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina - UNIFAI, com perguntas fechadas relativas aos conhecimentos sobre o câncer de boca e orofaringe, averiguando o conhecimento do estudante frente a uma lesão com malignidade, comparando-o com as variáveis clínicas encontradas nos prontuários.

1. Qual ano está cursando? ( ) Terceiro ano ( ) Quarto ano ( ) Quinto ano
2. Neste momento, você se considera apto para realizar diagnóstico ou o rastreio de câncer de boca? ( ) Sim ( ) Não
3. Em qual(quais) disciplina(s) clínica(s) você recebeu orientação para detectar lesões malignas durante o atendimento ao seu paciente: ( ) Dentística ( ) Endodontia ( ) Diagnóstico bucal ( ) Radiologia ( ) Periodontia ( ) Patologia Bucal ( ) Clínica Integrada ( ) Cirurgia Outra:
4. Em todo atendimento, você realiza exame físico investigando lesão bucal? ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes
5. O que você considera uma lesão com suspeita de malignidade? ( ) Lesões dolorosas e traumáticas ( ) Lesões indolores, ulceradas ou eritroleuplásticas de borda endurecidas ( ) Lesões purulentas
6. Qual a conduta clínica frente a uma lesão suspeita de malignidade? ( ) Eu mesmo realizo os procedimentos rotineiros, como biópsias ( ) Encaminho para a disciplina especializada ou especialista em Estomatologia ( ) Encaminho para o hospital ou para o médico
7. Qual o tipo de câncer mais comum na boca? ( ) Carcinoma Espinocelular ( ) Fibroma ( ) Ameloblastoma ( ) Sarcoma ( ) Hiperplasia Fibrosa ( ) Não sei
8. Entre as regiões abaixo, quais os locais mais frequentes de câncer de boca? ( ) Língua ( ) Vermelho de lábio ( ) Assoalho Bucal ( ) Palato ( ) Mucosa Jugal ( ) Parte visível da orofaringe ( ) Mucosa labial ( ) Intraósseo ( ) Gengiva
9. Qual a faixa etária mais comum ao aparecimento de lesão cancerizável? ( ) Inferior a 18 anos ( ) Entre 18 a 39 anos ( ) Acima de 40 anos ( ) Não sei
10. Quais os fatores de risco para o Câncer bucal? ( ) Trauma ( ) Vírus ( ) Má higiene bucal ( ) Álcool ( ) Hereditariedade ( ) Tabaco ( ) Contágio direto ( ) Exposição Solar

Quadro 1: Formulário aplicado aos estudantes.

Além disso, foram analisados artigos científicos, dissertações e livros referentes aos efeitos que o câncer causa sobre a mucosa oral, seus sinais e sintomas.

A análise descritiva das variáveis avaliadas foi apresentada por meio da frequência absoluta e relativa. O efeito do fator ano que o aluno está cursando e fatores associados aos pacientes foram avaliados por meio do teste de qui-quadrado de independência. Todas as análises foram realizadas no Software R (R Core Team, 2020), sendo adotado nível de significância igual a 5%.

**RESULTADOS**

o Prontuários estudados dos pacientes com diagnóstico de Carcinoma Espinocelular

Através de prontuários, foram estudados 11 casos de carcinoma espinocelular, 7 pertencem ao sexo masculino (63,63%) e 4 pertencem ao sexo feminino (36,36%). Em relação à idade, 36,36% possuem entre 70 a 80 anos. Quanto ao estado civil, dos 11 pacientes pesquisados, 4 são casados (36,36%), 5 são solteiros/divorciados (45,45%) e 2 são viúvos (18,18%). (Tabela 1)

Tabela 1. Variáveis dos casos clínicos (Sexo, Idade e Estado Civil)

Variáveis	Frequência	%
<b>Sexo</b>		n=11
Masculino	7	63,63
Feminino	4	36,36
<b>Idade</b>		n=11
40 a 50	3	27,27
51 a 60	3	27,27
61 a 70	1	9,09
70 a 80	4	36,36
<b>Estado civil</b>		n=11
Casado	4	36,36
Solteiro/Divorciado	5	45,45
Viúvo	2	18,18

n= número de pacientes avaliados

Em relação ao vício do cigarro, 7 (63,64%) dos 11 pacientes eram tabagistas e 4 (36,36) não. Quanto à ingestão de álcool, dos 11 pacientes 3 (27,27%) são etilistas e 8 (72,73%) não ingerem álcool (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis dos casos clínicos (Fumantes e Etilistas)

Variáveis	Frequência	%
<b>Fumante</b>		n=11
Sim	7	63,64
Não	4	36,36
<b>Etilista</b>		n=11
Sim	3	27,27
Não	8	72,73

n= número de pacientes avaliados

A lesão fundamental Úlcera (90,91%) ocorreu com maior prevalência, seguida de Mancha Branca (9,09%). O formato prevalecido entre os prontuários estudado foi Irregular (90,91%) e Ovóide (9,09) em menor prevalência (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis dos casos clínicos (Localização e Lesão Fundamental)

Variáveis	Frequência	%
<b>Lesão Fundamental</b>		n=9
Mancha Branca	1	9,09
Úlcera	10	90,91
<b>Formato</b>		n=11
Irregular	10	90,91
Ovóide	1	9,09

n= número de pacientes avaliados

Outro dado importante extraído do trabalho foi a localização da lesão. Entre os prontuários estudados as áreas de maior incidência foram Língua (50%), palato duro/mole (20%), mucosa jugal e Lábio (30%).

Em relação ao tamanho das lesões, 3 pacientes (27,3%) eram menores que dois centímetros, 5 casos (45,5%) tinham entre dois e quatro centímetros e 3 casos (27,3%) tinham mais de 4 centímetros.

o *Respostas dos graduandos de Odontologia*

Dos 50 alunos questionados, 20 são do terceiro ano, 13 alunos do quarto ano e 17 estudantes do quinto ano do curso. Foi perguntado a eles se estariam aptos a realizar o diagnóstico do câncer de boca e dos 50 alunos, 88% disseram que sim e 12% responderam que não estão aptos a realizar o diagnóstico. Questionou-se também se esses mesmos alunos realizam exame físico de inspeção para lesão bucal e dos 50 alunos, 78% responderam que sim e 22% responderam que às vezes (Tabela 4).

**Tabela 4.** Variáveis relacionadas aos alunos - período do curso, apto para realizar diagnóstico e realização de exame físico de lesão bucal.

Variáveis	Frequência	%
<b>Período do curso</b> n=50		
Terceiro ano	20	40
Quarto ano	13	26
Quinto ano	17	34
<b>Apto para realizar diagnóstico</b> n=50		
Sim	44	88
Não	6	12
<b>Realiza exame físico para lesão bucal</b> n=50		
Sim	39	78
Às vezes	11	22
Não	0	0

n= número de pacientes avaliados

No questionário aplicado aos alunos foi perguntada a faixa etária do aparecimento de lesão maligna, dos 50 alunos participantes 86% responderam ser acima de 40 anos, 10% responderam entre 18 e 39 anos e 4% responderam não saber.

Questionou-se também sobre o câncer de boca mais comum, dos 50 alunos 94% responderam que é o Carcinoma Espinocelular, 2% responderam ser o Ameloblastoma, 2% disseram que é Hiperplasia fibrosa, 0% responderam sarcomas e 2% não souberam responder.

Os estudantes de Odontologia também foram questionados sobre a conduta frente a uma lesão, dos 50 alunos participantes, 84% responderam que encaminha para a disciplina especializada ou para um especialista em Estomatologia, 14% responderam que realizam os procedimentos rotineiros, como biópsia e 2% disseram que encaminham para o hospital ou para o médico (Tabela 5).

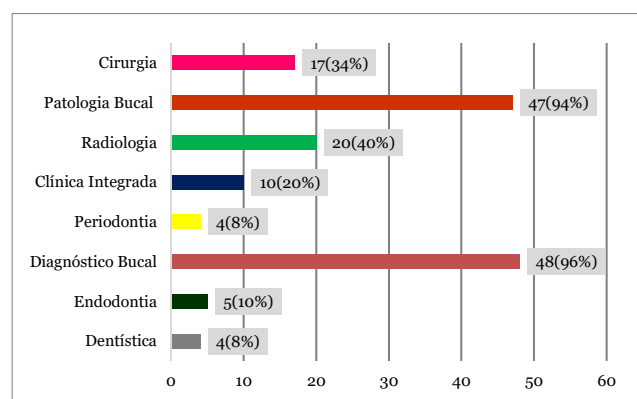
No questionário aplicado aos alunos de odontologia da Unifai, foi pedido para que respondessem quais disciplinas receberam

informações sobre lesões malignas. As disciplinas com maiores porcentagens foram Diagnóstico Bucal com 96% e Patologia Bucal com 94%, seguido de Radiologia (40%), Cirurgia (34%), Clínica Integrada (20%), Endodontia (10%) e Dentística e Periodontia, ambas com 8% (Figura 1).

**Tabela 5.** Variáveis relacionadas aos alunos - Faixa etária do aparecimento de lesão maligna, Câncer de boca mais comum, Conduta clínica frente a uma lesão

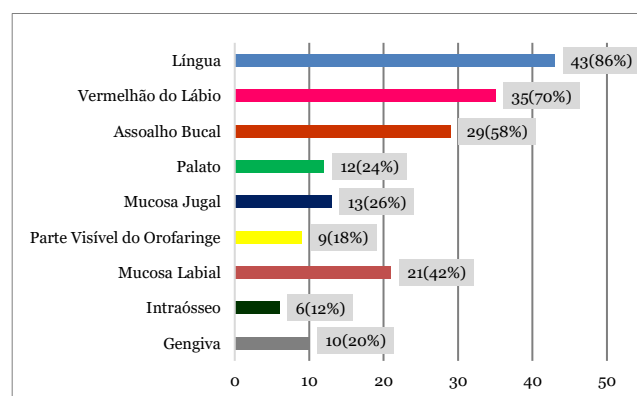
Variáveis	Frequência	%
<b>Faixa etária do aparecimento de lesão maligna</b> n=50		
Inferior a 18 anos	0	0
Entre 18 a 39 anos	5	10
Acima de 40 anos	43	86
Não sei	2	4
<b>Câncer de boca mais comum</b> n=50		
Carcinoma Espinocelular	47	94
Fibroma	0	0
Ameloblastoma	1	2
Sarcoma	0	0
Hiperplasia fibrosa	1	2
Não sei	1	2
<b>Conduta clínica frente a uma lesão</b> n=50		
Eu mesmo realizo os procedimentos rotineiros, como biópsias	7	14
Encaminho para a disciplina especializada ou especialista em Estomatologia	42	84
Encaminho para hospital ou médico	1	2

n= número de pacientes avaliados



**Figura 1:** Disciplinas que receberam informações sobre lesões malignas.

Os alunos foram questionados quais locais mais frequentes de câncer de boca. O local mais acometido, segundo eles, é a Língua (86%), seguida do Vermelhão de Lábio (70%), Assoalho bucal (58%), Mucosa Labial (42%), Mucosa Jugal (26%), Palato (24%), Gengiva (20%), Parte Visível da Orofaringe (18%) e Intraósseo (12%) (Figura 2).



**Figura 2:** Locais mais frequentes de câncer de boca relatados pelos alunos.

Em relação aos fatores de risco para o Câncer Bucal. Segundo eles, o maior fator de risco para a neoplasia maligna é o tabaco (98%), seguido do álcool (96%), Exposição Solar (92%), Hereditariedade (54%), Trauma (32%), Má Higiene bucal (30%), Vírus (24%) e Contágio direto (6%) (Figura 3).

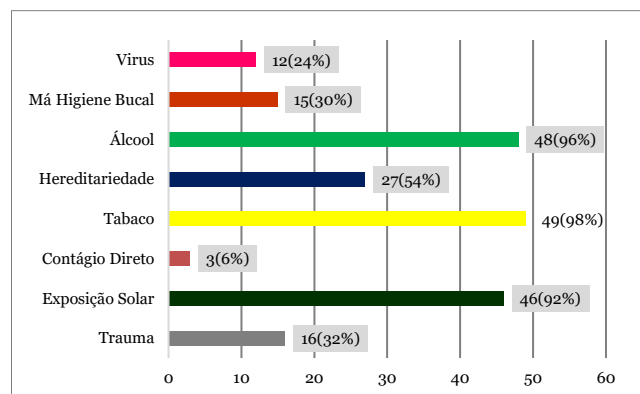


Figura 3. Fatores de risco para o Câncer Bucal.

## DISCUSSÃO

O câncer na cavidade oral é o 6º tipo de neoplasia mais comum no mundo, segundo Humphris<sup>12</sup> e de acordo com o Ministério da Saúde<sup>13</sup>, no Brasil é o 3º mais comum em homens e o 6º mais comum em mulheres, entrando em consentimento com o presente estudo, em que pacientes dos prontuários estudados acometidos pelo Câncer bucal, 63,63% são homens e 36,36% são mulheres. Segundo dados do Hospital do Câncer sobre essa neoplasia, a hipótese de que o câncer bucal entre homens é maior é devido ao maior consumo de fumo e álcool por pessoas do sexo masculino. Outro dado importante é o estado civil dos acometidos. Na presente pesquisa, 4 (36,36%) dos 11 pacientes são casados, 5 são solteiros/divorciados (45,45%) e 2 são viúvos (18,18%), segundo Scott<sup>14</sup>, em seus estudos, pacientes casados são diagnosticados mais precocemente, enquanto os que moram sozinhos possuem mais risco de apresentarem tumores em fase mais avançados.

O câncer de boca mais comum é por unanimidade o Carcinoma Espinocelular que foi reconhecido também pelos alunos no questionário de avaliação. Em relação aos sarcomas pela sua raridade na nossa rotina clínica precisa ser inserido em ambiente teórico, como já realizado, no intuito de conhecimento também desta neoplasia maligna, já que muitas vezes as suas características clínicas diferem das neoplasias epiteliais.

O câncer de boca afeta, na sua maior parte, pessoas com mais idade. Sua incidência aumenta a partir dos 40 anos, mas o maior índice de ocorrência dessa neoplasia ocorre no grupo de 65 a 80 anos de idade<sup>3</sup>. Os

prontuários estudados colaboram com a literatura mostrando que em 45,45% dos casos ocorrem nesta faixa etária, bem como os alunos conhecem esta informação.

Caso não seja detectado precocemente, os acometidos pelo câncer da cavidade oral podem necessitar de tratamentos como cirurgia, para a sua remoção, radioterapia ou quimioterapia. O que gera um prognóstico tão negativo é o fato de que os primeiros sintomas não são reconhecidos logo, portanto o diagnóstico passa a ser tardio. De acordo com Kowalski<sup>15</sup> essa neoplasia tem uma taxa de 50% de sobrevida em 5 anos, ou menos, porém esse número pode variar se as lesões forem diagnosticadas em estádios menos avançados. Nos casos clínicos avaliados 27,3% estavam em estadiamento clínico inicial, mostrando que ainda é necessário os Cirurgiões Dentistas serem transmissores de informações a população, pois se neste caso, os alunos se mostraram aptos a realizar o diagnóstico, provavelmente falhamos nessas informações a população para realizar o diagnóstico precoce, sendo também necessária futuras pesquisas avaliando o grau de conhecimento dos profissionais da saúde.

Dentre os prontuários estudados pôde-se observar a presença do hábito de fumar e em 27,27% a associação entre fumo e álcool. Conforme pesquisa realizada por Galbiatti<sup>16</sup> o tabaco é um dos principais fatores de risco independente para o surgimento do câncer oral e seu risco aumenta 40 vezes quando associado ao álcool, visto que essas substâncias atuam sinergicamente, aumentando significativamente o risco para desenvolvimento do câncer bucal, isto porque o álcool aumenta a permeabilidade da mucosa que pode ocasionar um aumento da penetração dos carcinógenos presentes no tabaco.

No questionário proposto aos alunos, 98% e 96% dos acadêmicos possuem conhecimento que o tabaco e o álcool são de grande relevância para o aparecimento do Câncer bucal, o que se assemelha aos dados do Galbiatti<sup>16</sup>, que aponta um sinergismo estabelecido pelo hábito de fumar e beber, aumentando a chance de desenvolver essa neoplasia.

Outro dado importante extraído do questionário foi o surgimento do câncer por conta da radiação solar, visto que 92% dos alunos afirmaram que a exposição excessiva à radiação ultravioleta, seja por motivo profissional ou estilo de vida, torna a área bucal mais propícia ao aparecimento desta doença, comumente no lábio inferior. Segundo estudos,

esse tipo de neoplasia possui uma lenta evolução e é facilmente detectável quando se faz uma minuciosa consulta, facilitando a cura com pouca ou nenhuma sequela. Vale salientar que em um dos prontuários estudados o paciente foi acometido pelo Carcinoma espinocelular na região do lábio inferior, o mesmo era tabagista há 46 anos, possuía o hábito de beber e foi exposto à radiação solar com frequência devido a sua profissão.

Quanto às características da lesão de câncer oral, a mais comum se apresenta como uma úlcera endofítica ou exofítica com assoalho necrótico, margens assimétricas e endurecimento bastante característico. O que entra em acordo com a pesquisa realizada com os alunos de Odontologia, visto que dos 50 alunos, 100% responderam que a lesão de câncer é ulcerada, indolor, leucoplásica ou eritroleoplásica e de borda endurecida. Em relação ao tamanho, as lesões se classificam em estágios. Segundo Cicco<sup>17</sup>, o estágio I refere-se a um tumor de tamanho menor ou igual a 2 cm de diâmetro e não apresenta nenhum grau de metástase; o estágio II faz referência ao tumor que possui entre 2 e 4 cm e que também não apresenta metástase; No estágio III o tamanho do tumor é de 4 cm ou mais e pode apresentar linfonodos com metástase no pescoço; e no estágio IV o tumor é considerado grande, invadindo estruturas próximas, podendo apresentar metástases para linfonodos do pescoço, ou até metástase para outros órgãos. Conforme relatado nos casos apresentados mais de 70% deles se encontravam em estágios avançados no momento diagnóstico.

Em relação a localização da lesão de câncer oral, 86% dos alunos responderam que a língua é o local mais acometido, seguido de vermelhão do lábio (70%) e assoalho bucal (58%), o que entra em acordo com estudos, visto que, de acordo com Neville<sup>18</sup>, o local mais comum para o surgimento de câncer intraoral é a língua (geralmente a lateral posterior e superfícies ventrais) e assoalho bucal, seguido da gengiva, mucosa jugal, mucosa labial e palato duro. No estudo do prontuário dos pacientes, o local mais acometido foi a língua, seguido da área do palato (duro e mole) e o lábio, mais especificamente a parte inferior.

O estudo também objetificou o conhecimento dos estudantes de Odontologia do Centro Universitário de Adamantina. A identificação precoce do Câncer bucal pode auxiliar em um bom prognóstico clínico da doença, portanto é fundamental que o dentista conheça sobre a epidemiologia e os fatores que

aumentam o risco para o aparecimento desta neoplasia. De acordo com o questionário proposto, 88% dos alunos se julgaram aptos para realizar o diagnóstico da doença, porém 22% só realizam exame físico de lesão bucal às vezes. O câncer bucal é indolor e pode se apresentar clinicamente como uma lesão ulcerada, leucoplásica ou eritroplásica, podendo ser confundido com outras lesões muitas vezes não cancerizáveis, portanto para o diagnóstico correto é imprescindível o exame físico oral, mesmo o paciente não relatando dor ou incômodo.

No presente trabalho, verificou-se que 24% dos alunos sustentaram a ideia de que o vírus é um fator relevante para o surgimento do câncer bucal. Estudos relacionaram o Papiloma Vírus (HPV) a casos de câncer de orofaringe pelo fato dos acometidos serem pacientes jovens e não fumantes. Ainda não é claro o motivo da associação desta neoplasia ao HPV, mas acredita-se que seja por modificações nas práticas sexuais nos últimos anos, mais precisamente ao aumento do sexo oral. Fatores hereditariedade (54%), contágio direto (6%) e trauma (32%) expostos como fator de risco para o câncer bucal foram equivocadamente descritos, visto que esses agentes não possuem um potencial carcinogênico para câncer de boca.

Para combater os fatores de risco relacionados ao câncer oral é necessário um esforço coletivo, não devendo tratar a doença de forma isolada, visto que, os agentes carcinogênicos que auxiliam no aparecimento desta neoplasia, estão fortemente presentes na vida e na rotina populacional.

#### **CONCLUSÃO**

Com base no trabalho realizado conclui-se que os indivíduos mais acometidos pelo câncer oral possuem idade superior a 40 anos, com lesões ulceradas e irregulares em fumantes. O local de maior incidência é a língua.

Foi possível verificar que os futuros odontólogos estão aptos ao diagnóstico de câncer de boca, e conhecem a situação regional da lesão. Diagnosticar o câncer oral em estágio precoce é o meio mais efetivo de reduzir a morbidade, dificuldade e extensão do tratamento. Desse modo, o estudo visa relatar quão importante é o conhecimento clínico da lesão pelo Cirurgião Dentista, já que este pode ser o primeiro profissional a se deparar com essa doença. Ações de saúde pública também são indispensáveis para alertar a população sobre os fatores de risco que acarretam o aparecimento da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86
2. De Carvalho Freitas Ramos T, Araújo Almeida L, Daltro Borges Alves L, Souza Freitas V, Mendes Daltro Borges T, Dourado Martins J. Perfil clínico-demográfico de los carcinomas de células escamosas bucales en una población del nordeste de Brasil. *Rev Asoc Odontol Argent* 2019;107:5-9.
3. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zambonzi R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.*2014;14(2):63-70.
4. Oncoguia. Estatística para câncer de boca e orofaringe. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-de-boca-e-orofaringe/7427/278/>. (20 de Setembro de 2021). Acesso em 20 de Outubro de 2021.
5. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Dados e números da prevalência do tabagismo. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em 17 de Novembro de 2021
6. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Incidência de câncer no Brasil.(2010). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>. Acesso em 17 de Novembro de 2021.
7. Simonato, LE, Miyahara GI. O Papel do Papilomavírus Humano na Carcinogênese Bucal. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(4):471-6.
8. Cremonesi AL, Quispe RA, Garcia AS, SantosP SS. Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2017;62(1):7-11.
9. Cintra, JS. Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia - SP. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;1(6):105-10.
10. Tenorio EP, Santos JAP, Ferreira SMS, Peixoto FB, Ribeiro CMB. Queilite actínica: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*.2018;28(e-1970):1-6.
11. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol*.2010;76(4):416-422.
12. Humphris GM, Freeman R, Clarke HMM. Risk Perception of Oral Cancer in Smokers Attending Primary Care: a Randomized Controlled Trial. *Oral Oncol*. 2004;40:916-24.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.
14. Scott SE, Grunfeld EA, MCGURK M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol*. 2005;41(4):396-403.
15. Kowalski LP, Carvalho AL, Martins Priante AV, Magrin J. Predictive factors for distant metastasis from oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol*. 2005;41(5):534-41.
16. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CD, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(2):239-47.
17. Cicco R. Conheça os 4 estágios do câncer de boca. Cirurgia e Oncologia de Cabeça e Pescoço. Dr Rafael de Cicco. Disponível em: <https://rafaeladecicco.com.br/estagios-do-cancer-de-boca/>. Acesso em 16 de Julho de 2021.
18. Neville BW, Damm DD. Patologia Oral e Maxilofacial, 4.ed. Elsevier Editora Ltda, 2016.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

**Giovana Basso Delvecchio**

Centro Universitário de Adamantina (UNIFAI)

17800-000 Adamantina-SP, Brasil

Email: gi.delvecchio@hotmail.com

**Submetido em 17/01/2022**

**Aceito em 18/03/2022**