



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

---

VISEU

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS  
MÉDICOS DENTISTAS NA PREVENÇÃO E  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO  
ORAL**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Maria Miguel Gomes Silva

Viseu, 2023





**CATOLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

UISEU

# **CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS MÉDICOS DENTISTAS NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO ORAL**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

**Orientador:**

Professora Doutora Patrícia Couto

**Coorientadores:**

Professor Doutor Tiago Marques

Professor Doutor Nélio Veiga

Por:

Maria Miguel Gomes Silva

Viseu, 2023



**“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível”**

Charles Chaplin



## **Dedicatória**

**Aos meus avós paternos,**

Que mesmo não estando fisicamente presentes me guiaram e sei que ficariam muito orgulhosos pela conclusão desta etapa.

**Aos meus pais,**

Por todo o esforço e apoio incondicional. Sem eles nada era possível.



## Agradecimentos

À minha orientadora, **Professora Doutora Patrícia Couto**, por todo o apoio e confiança que depositou em mim e por ter estado sempre presente para qualquer dificuldade.

Aos meus coorientadores, **Professor Doutor Tiago Marques e Professor Doutor Nélio Veiga**, por toda a disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho.

Ao meu **mano**, por ser a minha fonte de energias positivas, não há no mundo sentimento mais forte e bonito que o nosso!

À **minha família**, por serem o meu pilar e a coisa mais importante na minha vida. Por terem acreditado sempre em mim e me incentivarem e ensinarem a não me contentar com o mínimo.

À **minha cunhada**, por me ter apoiado durante estes 5 anos. Por ter sempre as palavras certas nos momentos certos e nunca me ter deixado desistir.

À **Jarlene**, por toda a paciência e conselhos, não só durante estes 5 anos mas durante os 13 anos que já nos conhecemos.

Às minhas amigas, **Fil, Jojo, Laura e Ana**, por festejarem as minhas conquistas como se fossem delas, me mostrarem que eu sou capaz e me motivarem sempre a fazer mais e melhor.

Aos meus amigos, **João, Diogo Rodrigues, Rei, China e Diogo Martins** por me ensinarem a relativizar os problemas e me motivarem a aproveitar mais a vida.

À **minha afilhada**, por ter o coração mais bonito e me ensinar a ver a vida com outros olhos.

À **Carolina**, por ter sido o meu braço direito ao longo destes 5 anos, por todo o companheirismo e por todos os desabafos.

À **Teresa e ao Samuel**, por toda a amizade, entreaajuda e sorrisos partilhados ao longo destes anos.

A todos os meus colegas com quem tive a sorte de me cruzar e que me ensinaram algo mesmo que inconscientemente.

O meu obrigada!



## Resumo

**Introdução:** O cancro oral define-se como um grupo de neoplasias malignas que engloba a região da cabeça e pescoço. Recentes estatísticas globais reportaram 377,713 novos casos e 177,757 mortes por cancro oral, em 2020, em todo o mundo. Os médicos dentistas devem estar atentos a todos os sinais e sintomas para fazer um correto diagnóstico e evitar que os pacientes sejam diagnosticados já numa fase avançada da doença. Para além de atuarem na deteção da doença, os médicos dentistas têm também um papel importante na reabilitação, aliviando os efeitos colaterais da terapia oncológica.

**Objetivos:** Determinar os conhecimentos dos médicos dentistas no que diz respeito ao diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e de cancro oral, bem como analisar as suas atitudes e práticas para a prevenção desta patologia.

**Materiais e métodos:** A amostra foi constituída pelos médicos dentistas que responderam a um questionário online divulgado através de email ou de outras plataformas digitais entre os meses de dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. O instrumento de recolha de dados, adaptado dos questionários de Dib (2003) e Horowitz (2000), foi dividido em 4 grupos: I- Caracterização pessoal do profissional de saúde oral; II- Cancro oral e lesões potencialmente malignas; III- Prática clínica de diagnóstico de cancro oral; IV- Opinião pessoal. Após a recolha dos dados, fez-se a codificação e inserção no SPSS, onde se realizou todo o tratamento estatístico descritivo e inferencial.

**Resultados:** Participaram no estudo 102 médicos dentistas. Apesar de a maioria dos profissionais de saúde reconhecer corretamente o género mais afetado pela patologia, bem como o tipo de cancro oral mais comum, apenas 22,5% sabe identificar os locais com maior potencial de malignização. A maioria dos médicos dentistas faz a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar no exame intra-oral. Contudo, destes, nem todos fazem a palpação dos gânglios linfáticos da região da cabeça e pescoço. Menos de metade dos clínicos realizaram uma biópsia durante a sua atividade profissional, por este motivo a maioria dos inquiridos não se sente confortável na realização desta tarefa. Apenas 4,9% dos médicos dentistas considera ter uma capacidade muito boa no diagnóstico de lesões com potencial de malignização ou cancro oral. Ainda não é unânime, entre os inquiridos, que esta profissão seja preponderante na prevenção e deteção do cancro oral.

**Conclusão:** Embora os resultados obtidos neste estudo não tenham sido totalmente decepcionantes, encontrámos algumas lacunas que podem ser melhoradas, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento dos clínicos sobre lesões com potencial maligno. Assim, é fundamental investir na educação e formação nesta área, de forma a consciencializar e travar a evolução desta patologia.

**Palavras-chave:** Cancro oral; lesões potencialmente malignas; fatores de risco; médicos dentistas; diagnóstico precoce.



## Abstract

**Introduction:** Oral cancer is defined as a group of malignant neoplasms that encompass the head and neck region. Recent global statistics reported 377,713 new cases and 177,757 deaths from oral cancer in 2020 worldwide. Dentists must be alert to all signs and symptoms in order to make a correct diagnosis and prevent patients from being diagnosed at an advanced stage of the disease. In addition to detecting the disease, dentists also play an important role in rehabilitation, alleviating the side effects of cancer therapy.

**Objectives:** To determine the knowledge of dentists regarding the early diagnosis of potentially malignant lesions and oral cancer, as well as to analyze their attitudes and practices for the prevention of this pathology.

**Materials and methods:** The sample consisted of dentists who answered an online questionnaire distributed by email or other digital platforms between December 2022 and February 2023. The data collection instrument, adapted from the questionnaires of Dib (2003) and Horowitz (2000), was divided into 4 groups: I- Personal characterization of the oral health professional; II- Oral cancer and potentially malignant lesions; III- Clinical practice of oral cancer diagnosis; IV- Personal opinion. After data collection, data were coded and entered into SPSS where all descriptive and inferential statistical treatment was performed.

**Results:** 102 dentists participated in the study. Although most health professionals correctly recognized the gender most affected by the pathology as well as the most common oral cancer, only 22.5% could identify the sites with greater potential for malignancy. Most dentists evaluate the mucous membranes, tongue, palate, mouth floor and retromolar region in the intraoral examination. However, of these, not all perform palpation of the lymph nodes of the head and neck region. Less than half of the clinicians have ever performed a biopsy during their professional activity, for this reason most of the respondents do not feel comfortable in performing this task. Only 4.9% of the dentists consider that they have very good skills in diagnosing lesions with malignant potential or oral cancer. It is still not unanimous that this profession is preponderant in the prevention and detection of oral cancer.

**Conclusion:** Although the results obtained in this study were not completely disappointing, we found some gaps that can be improved, particularly regarding the clinicians' knowledge about lesions with malignant potential. Thus, it is crucial to invest in education and training in this area in order to raise awareness and halt the evolution of this pathology.

**Keywords:** oral cancer; potentially malignant lesions; risk factors; dentists; early diagnosis.



# Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
1.1. <i>Cancro Oral</i>	3
1.2. <i>Epidemiologia</i>	3
1.3. <i>Etiologia e fatores de risco</i>	4
1.4. <i>Apresentação clínica/sinais e sintomas</i>	5
1.5. <i>Lesões e condições potencialmente malignas</i>	6
1.5.1. <i>Leucoplasia</i>	6
1.5.2. <i>Eritroplasia</i>	7
1.5.3. <i>Palato do fumador invertido</i>	7
1.5.4. <i>Fibrose submucosa</i>	7
1.5.5. <i>Queratose actínica</i>	8
1.5.6. <i>Líquen plano</i>	8
1.5.7. <i>Lúpus</i>	8
1.6. <i>Papel dos profissionais de saúde no diagnóstico e prognóstico</i>	9
1.7. <i>Objetivos</i>	10
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>13</b>
2.1. <i>Pesquisa bibliográfica</i>	13
2.2. <i>Tipo de estudo, população e seleção da amostra</i>	13
2.3. <i>Instrumentos de recolha de dados</i>	13
2.4. <i>Análise de dados</i>	14
2.5. <i>Questões éticas e deontológicas</i>	15
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>19</b>
3.1. <i>Caracterização pessoal do profissional de saúde oral</i>	19
3.2. <i>Cancro oral e lesões potencialmente malignas</i>	19
3.3. <i>Prática clínica de diagnóstico de cancro oral</i>	25
3.4. <i>Opinião pessoal</i>	26
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
4.1. <i>Caracterização pessoal do profissional de saúde oral</i>	31
4.2. <i>Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas</i>	32
4.3. <i>Prática clínica de diagnóstico de cancro oral</i>	33
4.4. <i>Opinião pessoal</i>	34
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>39</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>43</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>47</b>



## Índice de tabelas

Tabela 1 - Sinais e sintomas do cancro oral <sup>(15)</sup> .....	5
Tabela 2 - Classificação de lesões e condições potencialmente malignas <sup>(11)</sup> .....	6
Tabela 3 - Caracterização da amostra .....	19
Tabela 4 - Caraterização dos conhecimentos sobre género e idade dos indivíduos mais frequentemente afetados por cancro oral .....	20
Tabela 5 - Caraterização dos conhecimentos sobre o tipo de cancro oral mais comum.....	20
Tabela 6 - Caraterização dos conhecimentos sobre as caraterísticas associadas a maior potencial de malignização .....	21
Tabela 7 - Caraterização dos conhecimentos sobre os locais associados a maior potencial de malignização .....	22
Tabela 8 - Caraterização dos conhecimentos sobre as lesões potencialmente mais malignas.....	23
Tabela 9 - Caraterização dos conhecimentos sobre os fatores de risco mais relacionados com o cancro oral .....	24
Tabela 10 - Caraterização do número de respostas erradas, parcialmente e totalmente corretas dadas pelos médicos dentistas .....	25
Tabela 11 - Caraterização da prática e atitudes dos médicos dentistas.....	25
Tabela 12 - Caraterização do instrumento/técnica utilizado na realização de biópsias.....	26
Tabela 13 - Perceção da capacidade e importância da prevenção e deteção do cancro oral .....	27



## **Lista de abreviaturas**

HPV	Human Papillomavirus
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCP	Universidade Católica Portuguesa



## **Introdução**



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Cancro Oral

O cancro oral define-se como um grupo de neoplasias malignas<sup>(1)</sup>. Recentes estatísticas globais reportaram 377,713 novos casos e 177,757 mortes por cancro oral, em 2020, em todo o mundo<sup>(2)</sup>.

Histologicamente, 90% dos cancros da cavidade oral são provenientes das células escamosas, passando a denominar-se como carcinomas espinocelulares (ou carcinomas de células escamosas)<sup>(3)</sup>. Outros tumores da cavidade oral incluem melanomas, linfomas, sarcomas<sup>(4)</sup>.

Clinicamente, o cancro oral pode ser dividido em 3 categorias: cancro da cavidade oral e língua móvel, cancro da orofaringe e cancro das glândulas salivares<sup>(4)</sup>.

A cavidade oral define-se como o espaço anatómico que inclui os lábios, a mucosa oral, os dentes, as gengivas, os dois terços anteriores da língua e o palato duro<sup>(5)</sup>. A prevalência do cancro nesta região é maior no pavimento da boca, língua e gengiva apesar da distribuição variar com os fatores de risco prevalentes<sup>(6)</sup>.

A orofaringe é composta pela região amigdalina (amígdalas, fossa amigdalina e pilares), terço posterior da língua, palato mole e paredes faríngeas posterior e lateral, até ao nível do osso hioide<sup>(7)</sup>. Normalmente, o cancro ao nível da orofaringe é pouco diferenciado e encontra-se localmente avançado quando é identificado<sup>(6)</sup>. Surge maioritariamente nas amígdalas palatinas e na base da língua<sup>(6)</sup>.

O cancro das glândulas salivares é raro quando comparado com as outras localizações da cabeça e pescoço representando aproximadamente 3-6% de todos os cancros orais<sup>(8)</sup>. A raridade e heterogeneidade dos cancros das glândulas salivares cria vários desafios no que diz respeito ao seu diagnóstico histológico, tratamento e resultados<sup>(7)</sup>. As glândulas salivares dividem-se em 2 grupos: *Major*, onde se incluem a submandibular, sublingual e parótidas; e as *Minor* distribuídas por diversas localizações na cavidade oral. O carcinoma mucoepidermoide, aparecendo em 30% das ocasiões, e o carcinoma adenoide quístico, que ocorre em aproximadamente 20% dos casos, são das neoplasias mais comuns das glândulas salivares<sup>(9)</sup>.

### 1.2. Epidemiologia

O cancro oral é a 8ª neoplasia maligna mais comum em todo o mundo<sup>(1)</sup>. Globalmente são diagnosticados cerca de 400.000 novos casos por ano, sendo que 2/3 desses ocorrem em países asiáticos. Na Europa, mais de 100.000 pessoas são

diagnosticadas com cancro oral por ano sendo esta a 11<sup>o</sup> principal causa de mortalidade por cancro<sup>(2)</sup>.

A incidência aumenta com a idade sendo mais frequente entre os 50 e os 60 anos. Contudo, a ocorrência tem aumentado cada vez mais em indivíduos jovens devido, maioritariamente, à adoção de hábitos que potencializam o surgimento desta patologia como por exemplo, o tabaco e o álcool<sup>(10)</sup>.

Com uma relação homem/mulher de 2:1, o género masculino é o mais afetado pela patologia<sup>(4)</sup>. No entanto, tal como nos jovens, a incidência em mulheres está a aumentar também pela adoção dos hábitos tabágicos e alcoólicos<sup>(4)</sup>. É o 12<sup>o</sup> cancro mais comum em mulheres e o 6<sup>o</sup> em homens<sup>(11)</sup>.

### **1.3. Etiologia e fatores de risco**

É claro que as influências ambientais, como o estilo de vida, são fatores que podem potencializar o aparecimento da maioria dos cancros, não sendo o cancro oral uma exceção<sup>(12)</sup>. O cancro oral pode ser condicionado por diversos fatores, sendo de realçar: hábitos pessoais, local de habitação, estado da dentição, nutrição, atividade profissional, predisposição e suscetibilidade genética<sup>(7)</sup>.

O tabaco, em qualquer uma das suas formas de consumo, continua a ser o principal fator de risco do cancro oral<sup>(13)</sup>. Existe uma relação dose-dependente, que aumenta o risco, sendo que este se reduz com a cessação do hábito.

O consumo de álcool também pode ter influência no desenvolvimento de cancro tendo este uma ação sinérgica com o tabaco, resultando num risco aumentado<sup>(13)</sup>.

O HPV (human papillomavirus), em particular os tipos 16 e 18, têm mais relação com o cancro da orofaringe (90% dos casos)<sup>(1,8)</sup>.

A exposição solar é considerada um fator de risco associado ao cancro do lábio inferior<sup>(1)</sup>.

A saúde oral e a alimentação também têm um papel importante no desenvolvimento do cancro da cavidade oral<sup>(8,10)</sup>. Uma fraca saúde oral, apesar de não ser um fator de risco independente, está presente na maioria dos pacientes com cancro nesta região<sup>(14)</sup>. Uma alimentação equilibrada diminui o risco de cancro oral e de lesões potencialmente malignas<sup>(13)</sup>.

A história clínica e a medicação do doente constituem outro ponto importante a ser avaliado, tendo em conta que tem sido demonstrado um aumento de número de casos de cancro em doentes que tenham sido submetidos a transplantes com consequente terapia imunossupressora<sup>(3)</sup>.

#### **1.4. Apresentação clínica/sinais e sintomas**

Para que o médico dentista consiga fazer um diagnóstico precoce do cancro oral é essencial que ele conheça bem os sinais e sintomas da doença<sup>(15)</sup>.

Numa fase inicial, esta patologia apresenta-se, na maioria das vezes, como assintomática, embora um pequeno número de casos refira uma irritação da mucosa<sup>(15)</sup>.

Infelizmente, a maior parte dos pacientes são diagnosticados apenas numa fase bem mais avançada da doença através de sintomas característicos dessa fase.

Os sinais e sintomas desta patologia são divididos em precoces e tardios (Tabela 1).

**Tabela 1-** Sinais e sintomas do cancro oral <sup>(15)</sup>

<b>Precoces</b>	Manchas brancas ou avermelhadas na mucosa oral; Erosão ou úlcera que não cicatriza; Qualquer nódulo ou espessamento da mucosa; Desconforto ou dor persistente.
<b>Tardios</b>	Ulceração da mucosa oral; Edema em qualquer região da cavidade oral que possa causar má adaptação das próteses; Dificuldade em mover a língua ou mandíbula; Dificuldade em mastigar ou deglutir; Entorpecimento da língua ou de outra estrutura; Nódulo submandibular ou no pescoço.

Existem diversas características que podem levar o médico dentista a suspeitar da malignidade de uma lesão:

- Cor: lesões totalmente eritematosas ou com componente leuco e eritroplásico;
- Ulceração: lesões ulceradas ou erosivas que não cicatrizam;
- Duração: superior a 2 semanas;
- Crescimento: rápido;
- Hemorragia: facilmente hemorrágica;
- Endurecimento: duros à palpação;
- Fixação: aderidas às estruturas adjacentes.

### **1.5. Lesões e condições potencialmente malignas**

Alguns câncros desenvolvem-se a partir de lesões e/ou condições potencialmente malignas.

Existe uma lesão potencialmente maligna quando há um tecido morfológicamente alterado no qual é mais provável que exista cancro oral<sup>(11)</sup>. Já uma condição potencialmente maligna é um estado generalizado associado a um risco acrescido de desenvolver a patologia<sup>(11)</sup>. Na tabela 2 estão listadas as lesões e condições reportadas.

**Tabela 2-** Classificação de lesões e condições potencialmente malignas<sup>(11)</sup>

<b>Lesões</b>	Leucoplasia; Eritroplasia; Palato do fumador invertido.
<b>Condições</b>	Fibrose submucosa; Queratose actínica; Líquen plano; Lúpus eritematoso discoide.

Não é imperativo que todas as lesões/condições se transformem em cancro, no entanto, a presença de qualquer uma destas, aumenta significativamente o risco tendo em conta que a transformação maligna das lesões é maior que a de tecido saudável<sup>(16)</sup>.

#### **1.5.1. Leucoplasia**

A OMS definiu leucoplasia como uma mancha branca da cavidade oral que não pode ser removida nem classificada clínica ou patologicamente como qualquer outra lesão<sup>(4)</sup>. Esta é considerada um diagnóstico de exclusão pois, antes de uma mancha branca ser diagnosticada como leucoplasia, devem ser excluídos outros diagnósticos como lesões associadas a traumas locais, candidíase, líquen plano, entre outras<sup>(3)</sup>. Esta lesão aparece maioritariamente na mucosa alveolar seguida pela mucosa jugal, palato, língua e pavimento da boca<sup>(11, 17)</sup>. Apesar de ter causa idiopática, o tabagismo é identificado como um dos principais fatores de risco desta lesão<sup>(13)</sup>. Cerca de 19,9% das leucoplasias apresentam algum grau de displasia epitelial<sup>(3)</sup>. Destas, 4,6% já são diagnosticadas como displasia severa<sup>(3)</sup>. A localização da leucoplasia parece ter muita influência na sua taxa de malignidade, com o pavimento da boca a representar um dos locais mais malignizáveis, cerca de 42,9% dos casos<sup>(3)</sup>. A aparência da leucoplasia também nos pode indicar alguma

correlação com a presença de características displásicas<sup>(3)</sup>. Em geral, quanto mais espessa e/ou verrugosa a leucoplasia, maior a possibilidade de encontrar alterações displásicas. Lesões com componentes vermelhas também têm um elevado risco de malignização<sup>(3)</sup>.

### **1.5.2. Eritroplasia**

A eritroplasia, ainda que menos frequente, é apresentada como uma mancha avermelhada com uma textura aveludada apesar de em algumas situações se poder apresentar com áreas brancas concomitantes (eritroleucoplasia)<sup>(17)</sup>. Estas lesões são maioritariamente assintomáticas ainda que alguns pacientes relatem ardor na região afetada<sup>(13)</sup>. A localização mais comum é o palato mole seguido do ventre da língua e pavimento da boca<sup>(13)</sup>. Os fatores de risco são similares aos do cancro oral, consumo de tabaco e álcool<sup>(13)</sup>. Não se sabe ao certo a taxa de transformação maligna desta condição, no entanto, acredita-se que seja bastante superior à da leucoplasia, tendo em conta que 85% das eritroplasias mostram sinais de malignidade ao exame anatomopatológico<sup>(13)</sup>. Por este fator, vários autores referem que qualquer lesão deste tipo, com ou sem componente branca, deve ser biopsada<sup>(13)</sup>.

### **1.5.3. Palato do fumador invertido**

O palato do fumador invertido é específico para populações que fumam com a ponta contrária ao comum, resultando em queimaduras térmicas na mucosa que reveste o palato<sup>(14)</sup>. A causa deste tipo de patologia é fácil de determinar por ser uma consequência direta do calor produzido pela combustão do tabaco dentro da boca. Há formação de zonas onde se observa uma pigmentação preta/acinzentada difusa ou focal bem definida acompanhada de áreas pálidas na mucosa. Podem também ser observadas ulcerações resultantes do contacto direto do calor<sup>(18)</sup>.

### **1.5.4. Fibrose submucosa**

A fibrose submucosa oral é uma doença crónica caracterizada por fibrose da mucosa da cavidade oral, orofaringe e terço superior do esófago<sup>(16)</sup>. Com uma taxa de transformação maligna de 9%, esta condição é caracterizada pela perda da fibroelasticidade do tecido afetado, resultando em bandas fibrosas palpáveis que podem afetar a mobilidade da língua e limitar a abertura da boca<sup>(13)</sup>. É mais comum no género masculino e afeta a mucosa oral, língua, lábio, palato e gengiva<sup>(12)</sup>.

### **1.5.5. Queratose actínica**

A queratose actínica constitui um grupo de neoplasias epidérmicas bastante frequente, caracterizada por uma degenerescência tecidual acelerada do vermillion do lábio (com maior incidência do inferior). Os danos crónicos, provocados pela exposição solar, apresentam-se como pápulas eritematosas, hiperqueratóticas e escamosas<sup>(19)</sup>.

### **1.5.6. Líquen plano**

O líquen plano é definido como uma inflamação crónica mucocutânea de causa desconhecida em pacientes de meia-idade, particularmente entre os 30 e 60 anos<sup>(13)</sup>. Este pode manifestar-se de diferentes formas: reticular (mais comum), em placa, atrófico/eritematoso, erosivo, papular e bolhoso<sup>(13)</sup>. Não existem características clínicas que possam ajudar a prever possíveis transformações em lesões malignas. Por este facto, ainda está a ser estudada a possibilidade do líquen plano se poder transformar em cancro oral, com taxas de transformação variando entre 0 e 12,5%<sup>(13)</sup>. Contudo, a literatura parece cada vez mais consensual no que diz respeito ao maior risco de transformação maligna da forma erosiva do líquen plano<sup>(13)</sup>.

### **1.5.7. Lúpus**

O lúpus define-se como uma doença mucocutânea crónica autoimune que afeta diversos órgãos<sup>(20)</sup>. De etiologia desconhecida, esta patologia pode apresentar pequenas placas brancas queratinizadas de bordos elevados em 20% dos doentes<sup>(20)</sup>. A mucosa oral, o palato duro e o vermillion dos lábios são as zonas mais afetadas. Pode apresentar várias formas clínicas: discoide, eritematoso ou ulcerado. A taxa de transformação maligna desta lesão é bastante rara<sup>(21)</sup>.

O lúpus eritematoso discoide afeta maioritariamente áreas expostas ao sol. As lesões orais distribuem-se ao longo da mucosa oral, palato e lábios inferiores. Os portadores desta patologia apresentam rash cutâneo em forma de borboleta. Apresentam-se com zonas de ulceração, eritema e estrias brancas semelhantes ao líquen plano. A transformação maligna, embora descrita, é extremamente rara. Apesar de não existir cura, podem ser utilizadas várias estratégias para alívio dos sintomas como anti-inflamatórios, esteróides tópicos, corticóides para reduzir a resposta imune e antimaláricos para os problemas articulares.

### **1.6. Papel dos profissionais de saúde no diagnóstico e prognóstico**

Um dos meios mais eficazes de redução da mortalidade, morbidade e progressão da doença é a detecção da patologia ainda numa fase inicial, quando as lesões são ainda pequenas e localizadas<sup>(22)</sup>. Muitas vezes, o diagnóstico precoce não acontece devido à ausência de sintomatologia numa fase inicial da patologia, da falta de preparação dos clínicos para a sua detecção e também pela ansiedade e medo que a doença provoca<sup>(20)</sup>.

Em fases iniciais, o cancro oral e as lesões potencialmente malignas são, normalmente, subtis e assintomáticas, por isso é de extrema importância que o médico dentista esteja atento a sinais e sintomas, particularmente em pacientes fumadores ou que consumam álcool de forma exagerada<sup>(23)</sup>. O reconhecimento clínico e a avaliação das lesões da mucosa oral podem detetar até cerca de 99% dos cancros e das lesões potencialmente malignas<sup>(24)</sup>.

Um correto diagnóstico de cancro oral deve ser iniciado pela realização de uma adequada inspeção visual da cavidade oral e de uma detalhada avaliação extra-oral<sup>(17)</sup>. O médico dentista deve ter atenção a mudanças de cor, elasticidade e textura dos tecidos. É útil que o profissional de saúde vá tirando fotografias à lesão para facilitar o estabelecimento do diagnóstico, controlar a sua evolução e facilitar a tomada de decisões. A realização de uma análise histopatológica, após biópsia incisional ou excisional, é o ponto chave para a classificação e caracterização da doença.

O prognóstico é estabelecido através do estágio do cancro no momento do diagnóstico sendo este também um fator crucial na determinação do tratamento adequado<sup>(19)</sup>. O estadiamento inclui a avaliação das características do tumor primário (T), da invasão de nódulos linfáticos do pescoço (N) e da presença de metástases à distância (M) - sistema TNM<sup>(25)</sup>. Este sistema é definido antes de se dar início ao tratamento. Números ou letras a seguir ao T, N e M, dão-nos informação mais pormenorizada sobre cada fator<sup>(25)</sup>. Números mais elevados correspondem a um estágio mais avançado da doença<sup>(25)</sup>. A cada 5-7 anos, realiza-se a revisão da classificação do estadiamento, tempo útil para efetuar alterações na gestão da patologia e avaliar informações que sustentem alterações no estadiamento<sup>(25)</sup>.

Apesar de existir uma pequena melhoria na tendência de sobrevivência de pacientes com cancro oral, esta continua a ficar aquém daquilo que seria desejado. A maior parte das vezes, esta patologia é diagnosticada já numa fase muito avançada. Por esse motivo, a taxa de sobrevivência 5 anos após o seu diagnóstico ronda os 80% para os estádios I, diminuindo para aproximadamente 20% em

cancros de estágio IV<sup>(25)</sup>. Este tipo de condição tem um elevado risco de recorrência loco-regional e de conseqüente desenvolvimento de novos tumores primários<sup>(25)</sup>.

Para além de atuarem na deteção da doença, os médicos dentistas têm também um papel preponderante na reabilitação aliviando os efeitos colaterais da terapia oncológica. É comum que este tipo de tratamentos provoque grandes alterações na cavidade oral, tais como, xerostomia, cáries dentárias, alterações no paladar e mucosite, sendo nestes aspetos que o profissional deve atuar com o objetivo de aumentar a qualidade de vida durante o tratamento oncológico<sup>(7)</sup>.

### **1.7. Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo determinar os conhecimentos dos médicos dentistas no que diz respeito ao diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e de cancro oral, bem como analisar as suas atitudes e práticas para a prevenção desta patologia.

Para tal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos dos clínicos no que diz respeito ao cancro oral, particularmente o género mais afetado, a faixa etária mais comum, os principais fatores de risco, o tipo mais comum de cancro oral, bem como a localização mais frequente do mesmo;
- Determinar os conhecimentos dos clínicos no que diz respeito às várias formas, cores e texturas que uma lesão pode ter para se considerar com potencial de malignização;
- Aferir as atitudes e práticas clínicas de diagnóstico do médico dentista: tipologias e técnicas utilizadas;
- Perceber se os médicos dentistas demonstram interesse/necessidade em ações formativas de medicina oral.

## **Materiais e métodos**



## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1. Pesquisa bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica, feita com recurso à base de dados PubMed, teve início em outubro de 2022.

Primeiramente, fizemos uma pesquisa com o intuito de identificar alguns termos recorrentemente utilizados em artigos acerca da temática que podiam ser vantajosos ao nosso estudo. Dessa pesquisa resultaram as seguintes palavras-chave: “Oral Cancer”, “WHO Classification”, “Potentially Malignant Lesions” e “Epidemiology”.

Após isto, recorremos à plataforma MeSH Browser para confirmar se as palavras-chave que tínhamos designado eram termos MeSH tendo obtido os seguintes resultados: “Mouth Neoplasm”, “Epidemiology”, “Risk”, “Precancerous Conditions” e “World Health Organization”.

Para a pesquisa foram feitas combinações entre os termos previamente citados e os operadores booleanos “AND” e “OR”. Desta forma, conseguimos obter um resultado mais objetivo com artigos relacionados com o tema de pesquisa.

Foram pesquisados artigos referentes ao período temporal dos últimos 10 anos, em inglês, português e espanhol.

### **2.2. Tipo de estudo, população e seleção da amostra**

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, realizado através da aplicação de um questionário a médicos dentistas. A amostra foi constituída pelos profissionais que responderam ao questionário online divulgado através de email ou de outras plataformas digitais, tais como grupos em redes sociais com interesse na área, entre os meses de dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. A recolha foi realizada de forma anónima, voluntária e não remunerada.

### **2.3. Instrumentos de recolha de dados**

Inicialmente, foi realizado um pré-teste do instrumento de recolha de dados adaptado dos questionários originalmente desenvolvidos por Dib (2003) e Horowitz (2000) e posteriormente utilizados por Sara Rodrigues e Carolina Pinto<sup>(26-29)</sup>. Este foi aplicado a 20 pessoas. No final do preenchimento do questionário, todos os participantes foram questionados acerca de aspetos a melhorar, questões pertinentes que poderiam integrar o questionário final, bem como a clareza na forma como as perguntas estavam elaboradas. Como não houve sugestões de alteração, manteve-se a versão inicial e demos início à recolha de dados (anexo 1).

O questionário elaborado foi dividido em 4 grupos: I- Caracterização pessoal do profissional de saúde oral; II- Cancro oral e lesões potencialmente malignas; III- Prática clínica de diagnóstico de cancro oral; IV- Opinião pessoal.

As respostas ao questionário foram recolhidas na plataforma qualtrics.

Os dados recolhidos foram:

- a) Dados sociodemográficos do profissional como nacionalidade, género e idade;
- b) Anos de experiência clínica;
- c) Informações acerca da presença em formações dentro da área de medicina oral após a conclusão do curso;
- d) Questões sobre lesões potencialmente malignas incluindo local preferencial, aspeto e prevalência;
- e) Perguntas acerca do cancro oral: género e faixa etária mais afetados, subtipo, localização e fatores de risco;
- f) Prática clínica: técnicas de exame intra e extra-oral;
- g) Educação do doente para o auto rastreio do cancro oral;
- h) Atitude pessoal perante um doente com lesões com potencial de malignização;
- i) Questões sobre a realização de biópsia e da técnica/instrumental utilizado pelo clínico na prática da mesma;
- j) Opinião pessoal: capacidade de efetuar diagnóstico clínico de uma lesão com potencial maligno e capacidade de realização de biópsia;
- k) Importância do médico dentista na prevenção e deteção do cancro oral;
- l) Nível de formação para atuar na área de medicina oral, principalmente na deteção do cancro oral.

#### **2.4. Análise de dados**

Neste estudo, após a recolha dos dados fez-se a codificação e inserção em base de dados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico.

Para a análise descritiva recorreu-se às distribuições de frequências através de tabelas e às medidas estatísticas adequadas, assim como às representações gráficas.

Na análise inferencial recorreu-se ao cruzamento das variáveis e aplicação do teste de independência do qui-quadrado de forma a inferir sobre as potenciais associações entre os conhecimentos, as atitudes e práticas dos médicos dentistas,

e a prevenção do cancro oral. Este teste pressupunha que a amostra fosse de grande dimensão e que pelo menos 80% das frequências esperadas fossem no mínimo de cinco, quando não se verificou o pressuposto da frequência esperada recorreu-se ao teste exato de Fisher.

O valor de significância é de 5%.

### **2.5. Questões éticas e deontológicas**

O pedido de parecer para a realização do presente estudo foi enviado para a Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da UCP (Universidade Católica Portuguesa), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Mara de Sousa Freitas. O mesmo foi aceite dia 11 de novembro, via email (anexo 2).

De notar que os dados recolhidos foram utilizados para fins estatísticos e que em momento algum houve identificação dos participantes.



## **Resultados**



### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Caracterização pessoal do profissional de saúde oral

Participaram no estudo 102 médicos dentistas. Destes 64,7% (n=66) eram do género feminino. A maioria com idades compreendidas entre os 21 e 40 anos, 54,9% (n=56). No que diz respeito à nacionalidade observou-se que 62,7% (n=64) eram portugueses, seguidos de 35,3% (n=36) brasileiros. Em termos de experiência clínica observa-se que 29,4% (n=30) dos médicos dentistas inquiridos exercia há menos de 5 anos, mas a maioria 61,8% (n=63) exercia há mais de 10 anos. Dos médicos dentistas inquiridos, 13,7% (n=14) afirmou ter frequentado alguma formação sobre patologia oral após a conclusão do curso, conforme tabela 3.

Tabela 3- Caracterização da amostra

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	66	64,7%
Masculino	36	35,3%
<b>Total</b>	102	100%
<b>Idade</b>		
21-30 anos	32	31,4%
31-40 anos	24	23,5%
41-50 anos	31	30,4%
Mais de 50 anos	15	14,7%
<b>Total</b>	102	100%
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	64	62,7%
Brasileira	36	35,3%
Espanhola	1	1,0%
Italiana	1	1,0%
<b>Total</b>	102	100%
<b>Anos de experiência clínica</b>		
Menos de 5 anos	30	29,4%
De 5 a 10 anos	9	8,8%
De 11 a 20 anos	36	35,3%
Mais de 20 anos	27	26,5%
<b>Total</b>	102	100%
<b>Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral</b>		
Sim	14	13,7%
Não	88	86,3%
<b>Total</b>	102	100%

#### 3.2. Cancro oral e lesões potencialmente malignas

Aos médicos dentistas participantes no estudo foram colocadas algumas questões cujas respostas são determinantes no diagnóstico precoce de cancro e de lesões potencialmente malignas, nomeadamente: género e idade do indivíduo que mais frequentemente é afetado por tal doença; tipo de cancro mais frequente;

características das lesões com maior potencial de malignização; locais associados a maior malignização; lesões com potencial malignização e fatores de risco.

Relativamente ao género mais frequentemente afetado pelo cancro oral sabe-se que é o masculino, sendo que 69,6% (n=71) dos médicos dentistas responderam corretamente. Por outro lado, sabe-se que a faixa etária mais comum para o aparecimento do cancro oral é maior de 40 anos e 86,3% (n=88) dos inquiridos respondeu corretamente a esta questão.

**Tabela 4** – Caracterização dos conhecimentos sobre género e idade dos indivíduos mais frequentemente afetados por cancro oral

Variáveis		Frequência	
		n	%
Qual o género mais frequentemente afetado por cancro oral?	Feminino	17	16,7%
	Masculino	71	69,6%
	Ambos de igual forma	6	5,9%
	NS/NR	8	7,8%
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>
Qual a faixa etária mais comum para o aparecimento do cancro oral?	19-39 anos	8	7,8%
	≥40 anos	88	86,3%
	NS/NR	6	5,9%
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>

Relativamente ao cancro oral mais comum sabe-se que é o carcinoma, sendo que 73,5% (n=75) dos médicos dentistas responderam corretamente, conforme indicado na tabela 5.

**Tabela 5**– Caracterização dos conhecimentos sobre o tipo de cancro oral mais comum

Tipo de cancro	Frequência	
	n	%
Tumores ósseos	3	2,9%
Carcinoma	75	73,5%
Sarcoma	3	2,9%
Melanoma	8	7,8%
NS/NR	11	10,8%
Outro	2	2,0%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>

Na tabela 6 apresentam-se os resultados dos conhecimentos sobre as características associadas a maior potencial de malignização, sendo estas: cor da lesão eritroplásica e leucoeritroplásica; lesões ulceradas e hemorrágicas e tempo de evolução superior a 2 semanas sem resposta ao tratamento. Consequentemente, é desejado que os inquiridos respondam positivamente às características anteriormente referidas e negativamente às restantes.

Observa-se que responderam corretamente: 47,1% (n=48) à característica cor da lesão eritroplásica e leucoeritroplásica, 55,9% (n=57) à característica lesões ulceradas e hemorrágicas e 60,8% (n=62) ao tempo de evolução superior a 2 semanas sem resposta ao tratamento. Por outro lado, ao responderem negativamente às outras possíveis características os inquiridos também estão a responder corretamente. Portanto responderam corretamente às características: lesões moles e exofíticas 96,1% (n=98) e lesões de crescimento lento 88,2% (n=90).

Tais resultados permitiram obter em média 3,48 respostas corretas por inquirido com desvio padrão de 1,10 respostas corretas a partir do mínimo de uma e máximo de cinco. Resumidamente, 77,5% (n=79) dos médicos dentistas responderam parcialmente correto a esta questão sobre as características associadas a maior potencial de malignização e 22,5% (n=23) responderam totalmente correto.

**Tabela 6** – Caracterização dos conhecimentos sobre as características associadas a maior potencial de malignização

<b>Caraterísticas</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>
Cor da lesão: eritroplásicas e leucoeritroplásicas	48 (47,1%)	54 (52,9%)
Lesões ulceradas e hemorrágicas	57 (55,9%)	45 (44,1%)
Tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta de tratamento	62 (60,8%)	40 (39,2%)
Lesões moles e exofíticas	4 (3,9%)	98 (96,1%)
Lesões de crescimento lento	12 (11,8%)	90 (88,2%)
<b>Número de respostas corretas</b> mínimo =1; máximo=5; $\bar{X}$ =5; =3,48, s=1,10		
<b>Classificação das respostas corretas:</b> Parcialmente corretas – 77,5% (n=79); Totalmente corretas – 22,5% (n=23)		

Na tabela 7 apresentam-se os resultados dos conhecimentos sobre os locais associados a maior potencial de malignização relacionados com o cancro oral, sendo estes: língua, pavimento da boca e palato mole. Portanto, é desejado que os inquiridos respondam positivamente aos fatores anteriormente referidos e negativamente aos restantes.

Assim sendo, verifica-se que responderam corretamente: 71,6% (n=73) ao local língua, 48% (n=49) ao pavimento da boca e 18,6% (n=19) ao palato mole. Por outro lado, ao responderem negativamente aos outros possíveis locais os inquiridos também estão a responder corretamente. Portanto responderam corretamente nos locais: mucosa jugal 69,6% (n=71); rebordo alveolar 96,1% (n=98); gengiva 96,1% (n=98) e palato duro 92,2% (n=94).

Tais resultados permitiram obter em média 4,88 respostas corretas por inquirido com desvio padrão de 1,15 respostas corretas a partir do mínimo de duas e máximo de sete. Resumidamente 93,1% (n=95) dos inquiridos respondeu parcialmente correto a esta questão.

**Tabela 7** – Caracterização dos conhecimentos sobre os locais associados a maior potencial de malignização

<b>Locais</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>
Língua	73 (71,6%)	29 (28,4%)
Pavimento da boca	49 (48,0%)	53 (52,0%)
Mucosa jugal	31 (30,4%)	71 (69,6%)
Rebordo alveolar	8 (7,8%)	98 (96,1%)
Gengiva	4 (3,9%)	98 (96,1%)
Palato duro	8 (7,8%)	94 (92,2%)
Palato mole	19 (18,6%)	83 (81,4%)
NS/NR	8 (7,8%)	94 (92,2%)

**Número de respostas corretas** mínimo =2; máximo =7;  $\bar{X}$ =4,88, s=1,15

**Classificação das respostas corretas:** Parcialmente corretas – 93,1% (n=95); Totalmente corretas – 6,9% (n=7)

$\bar{X}$  – média; s – desvio padrão

Na tabela 8 apresentam-se os resultados dos conhecimentos sobre as lesões potencialmente malignas relacionadas com o cancro oral, sendo estas: leucoplasia, eritroplasia, líquen plano erosivo, lúpus, queilite actínica e palato do fumador invertido. Consequentemente, é desejado que os inquiridos respondam positivamente aos fatores anteriormente referidos e negativamente aos restantes.

Observa-se que responderam corretamente: 68,6% (n=70) à leucoplasia; 47,1% (n=48) à eritroplasia; 32,4% (n=33) à lesão líquen plano erosivo; 2,9% (n=3) ao lúpus; 16,7% (n=17) à lesão queilite actínica e 33,3% (n=34) à lesão palato do fumador invertido. Por outro lado, ao responderem negativamente aos outros possíveis fatores os inquiridos também estão a responder corretamente. Portanto responderam corretamente nos fatores: fibroma traumático 93,1% (n=95); lesões brancas traumáticas 81,4% (n=83) e candidíase crónica 94,1% (n=96).

Tais resultados permitiram obter em média 4,70 respostas corretas por inquirido com desvio padrão de 1,43 respostas corretas a partir do mínimo de duas e máximo

de oito. Resumidamente, 100% (n=102) dos médicos dentistas responderam parcialmente correto a esta questão sobre as lesões potencialmente malignas.

**Tabela 8 – Caracterização dos conhecimentos sobre as lesões potencialmente mais malignas**

<b>Lesões</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>
Fibroma traumático	7 (6,9%)	95 (93,1%)
Leucoplasia	70 (68,6%)	32 (31,4%)
Lesões brancas traumáticas	19 (18,6%)	83 (81,4%)
Eritroplasia	48 (47,1%)	54 (52,9%)
Líquen plano erosivo	33 (32,4%)	69 (67,6%)
Lúpus	3 (2,9%)	99 (97,1%)
Candidíase crónica	6 (5,9%)	96 (94,1%)
Queilite actínica	17 (16,7%)	85 (83,3%)
Palato do fumador invertido	34 (33,3%)	68 (66,7%)

**Número de respostas corretas** mínimo =2; máximo =8;  $\bar{X}$ =4,70, s=1,43

**Classificação das respostas corretas:** Parcialmente corretas – 100% (n=102); Totalmente corretas – 0,0% (n=0)

$\bar{X}$  – média; s – desvio padrão

Na tabela 9 apresentam-se os resultados dos conhecimentos sobre os fatores de risco mais relacionados com o cancro oral, sendo estes: tabaco, álcool, obesidade, vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18, lesões potencialmente malignas e exposição a radiação UV. Consequentemente, é desejado que os inquiridos respondam positivamente aos fatores anteriormente referidos e negativamente aos restantes.

Observa-se que responderam corretamente: 92,2% (n=94) ao fator tabaco; 64,7% (n=66) ao fator álcool; 5,9% (n=6) ao fator obesidade; 37,3% (n=38) ao fator vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18; 48,0% (n=49) no fator lesões potencialmente malignas e 34,3% (n=35) ao fator exposição a radiação UV. Por outro lado, ao responderem negativamente aos outros possíveis fatores os inquiridos também estão a responder corretamente. Portanto responderam corretamente nos fatores: vírus do papiloma humano subtipo 6 e 11 75,5% (n=77); hipertensão 99,0% (n=101); colesterol 99,0% (n=101) e vírus herpes simplex 93,1% (n=95).

Tais resultados permitiram obter em média 6,49 respostas corretas por inquirido com desvio padrão de 1,38 respostas corretas a partir do mínimo de três e máximo

de nove. Resumidamente a totalidade dos médicos dentistas inquiridos respondeu parcialmente correto a esta questão.

**Tabela 9** – Caracterização dos conhecimentos sobre os fatores de risco mais relacionados com o cancro oral

<b>Fatores de risco</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>
Tabaco	94 (92,2%)	8 (7,8%)
Álcool	66 (64,7%)	36 (35,3%)
Obesidade	6 (5,9%)	96 (94,1%)
Vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18	38 (37,3%)	64 (62,7%)
Vírus do papiloma humano subtipo 6 e 11	25 (24,5%)	77 (75,5%)
Lesões potencialmente malignas	49 (48,0%)	53 (52,0%)
Exposição a radiação UV	35 (34,3%)	67 (65,7%)
Hipertensão	1 (1,0%)	101 (99,0%)
Colesterol	1 (1,0%)	101 (99,0%)
Vírus herpes simplex	7 (6,9%)	95 (93,1%)
<b>Número de respostas corretas</b> mínimo =3; máximo =9; $\bar{X}$ =6,49, s=1,38		
<b>Classificação das respostas corretas:</b> Parcialmente corretas - 100% (n=102); Totalmente corretas – 0,0% (n=0)		
$\bar{X}$ – média; s – desvio padrão		

Determinou-se para cada médico dentista inquirido o número de respostas erradas, parcialmente e totalmente corretas que respondeu a um conjunto de sete questões sobre conhecimentos do diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e de cancro oral. Na tabela 10 apresentam-se os resultados. Observa-se que 49,0 % (n=50) dos médicos dentistas não tiveram qualquer resposta errada e 37,3% (n=38) tiveram uma resposta errada. Quanto às respostas parcialmente corretas 75,5% (n=77) dos inquiridos teve o registo de quatro. No que trata as respostas totalmente corretas em sete possíveis observa-se que 40,2% (n=41) obteve três e 28,4% (n=29) obteve duas.

Em termos médios tem-se que o número de respostas erradas por médico dentista participante no estudo foi de  $0,71 \pm 0,85$ , parcialmente corretas foi de  $3,71 \pm 0,56$  e totalmente corretas de  $2,59 \pm 1,11$ .

**Tabela 10** – Caracterização do número de respostas erradas, parcialmente e totalmente corretas dadas pelos médicos dentistas

Nº de respostas	Frequência dos inquiridos que deram respostas:		
	Erradas n (%)	Parcialmente corretas n (%)	Totalmente corretas n (%)
<b>Zero</b>	50 (49,0%)	---	6 (5,9%)
<b>Uma</b>	38 (37,3%)	---	8 (7,8%)
<b>Duas</b>	8 (7,8%)	5 (4,9%)	29 (28,4%)
<b>Três</b>	6 (5,9%)	20 (19,6%)	41 (40,2%)
<b>Quatro</b>	---	77 (75,5%)	15 (14,7%)
<b>Cinco</b>	---	---	3 (2,9%)
<b>Total</b>	102 (100%)	102 (100%)	102 (100%)
$\bar{X} \pm s$	0,71±0,85	3,71±0,56	2,59±1,11

$\bar{X}$  – média;  $s$  – desvio padrão

### 3.3. Prática clínica de diagnóstico de cancro oral

Na tabela 11 apresentam-se os resultados obtidos que permitem caracterizar a prática e atitudes dos médicos dentistas na prevenção do cancro oral.

A maioria dos médicos dentistas inquiridos, 95,1% (n=97) afirmou que no exame intra-oral inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar. Identicamente, 63,7% (n=65) dos médicos dentistas afirmaram que no exame extra-oral realizam a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço. Quanto à orientação do doente para o autoexame oral observa-se que 30,4% (n=31) o procura fazer com todos os seus doentes, 36,3% (n=37) fá-lo, mas apenas com os doentes de risco e os restantes inquiridos afirmou que não o fazia.

Perante um doente que apresenta uma lesão suspeita de malignidade/cancro oral a maioria dos inquiridos, 52,0% (n=53) encaminha o doente para um especialista em Cirurgia oral/ Medicina oral; 15,7% (n=16) encaminha o doente para um hospital de referência da área de residência; 14,7% (n=15) encaminha para IPO; 9,8% (n=10) afirmou que nessa situação realiza biópsia e 7,8% (n=8) faz biópsia e encaminha para o IPO.

Observa-se que 48,0% (n=49) já realizou biópsia nas suas consultas de medicina dentária.

**Tabela 11** – Caracterização da prática e atitudes dos médicos dentistas

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar?</b>	Sim	97 95,1%
	Não	5 4,9%
	<b>Total</b>	102 100%
	Sim	65 63,7%
	Não	37 36,3%

<b>No exame extra-oral, realiza a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?</b>	<b>Total</b>	102	100%
<b>Procura orientar o doente para o auto exame oral?</b>	Sim, todos os pacientes	31	30,4%
	Sim, mas apenas os pacientes de risco	37	36,3%
	Não	34	33,3%
	<b>Total</b>	102	100%
<b>Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão suspeita de malignidade/cancro oral?</b>	Encaminhamento para Cirurgia oral/ Medicina oral	53	52,0%
	Encaminhamento para um hospital de referência	16	15,7%
	Encaminhamento IPO	15	14,7%
	Faço biópsia	10	9,8%
	Faço biópsia e encaminhamento IPO	8	7,8%
<b>Total</b>	102	100%	
<b>Já realizou alguma biópsia na sua atividade clínica?</b>	Sim	49	48,0%
	Não	53	52,0%
	<b>Total</b>	102	100%

Os 49 médicos dentistas que já realizaram biópsia responderam a uma questão sobre os instrumentos/técnica utilizada. Os resultados apresentam-se na tabela 12. Observa-se que a maioria, 89,9% (n=44) usaram o bisturi tradicional, as restantes técnicas foram utilizadas por uma minoria dos médicos, nomeadamente a crioterapia que só teve um registo.

**Tabela 12 – Caracterização do instrumento/técnica utilizado na realização de biópsias**

<b>Instrumento/Técnica</b>	<b>Sim n (%)</b>	<b>Não n (%)</b>
Bisturi tradicional	44 (89,8%)	5 (10,2%)
Bisturi elétrico	6 (12,2%)	43 (87,8%)
Laser	6 (12,2%)	43 (87,8%)
Trefinas	3 (6,1%)	46 (93,9%)
Punch	7 (14,3%)	42 (85,7%)
Crioterapia	1 (2,0%)	48 (98,0%)

### **3.4. Opinião pessoal**

Na tabela 13 apresentam-se os resultados da percepção que os inquiridos têm sobre as suas capacidades na realização de um diagnóstico clínico de um potencial cancro oral, assim como de uma biópsia. Também se apresentam os resultados sobre a importância atribuída à prevenção e deteção do cancro oral. Observa-se que 36,3% (n=37), assumiu que a sua capacidade na realização de um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna era razoável, seguindo-se 26,5% (n=27) que assumiram que a sua capacidade era boa. De referir que 29,4% (n=30)

dos médicos dentistas inquiridos afirmaram não se sentirem confortáveis a realizar tal diagnóstico.

No que diz respeito à capacidade de realização de uma biópsia 24,5% (n=25) dos inquiridos afirmou que era razoável; 22,3% (n=23) assumiram que tinham boa capacidade e 45,1% (n=46) assumiram que não se sentiam confortáveis a realizar este exame.

Relativamente à importância de um médico dentista na prevenção e deteção do cancro oral, a maioria, 91,2% (n=93) defendeu que é muito importante.

Quanto à questão sobre se a formação obtida na universidade onde estudou para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral foi suficiente, 49,0% (n=50) afirmou que o era.

**Tabela 13 – Perceção da capacidade e importância da prevenção e deteção do cancro oral**

	Variáveis	Frequência	
		n	%
<b>Como avalia a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou cancro oral</b>	Não me sinto confortável	30	29,4%
	Razoável	37	36,3%
	Boa	27	26,5%
	Muito boa	5	4,9%
	Não respondeu	3	2,9%
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>
<b>Como avalia a sua capacidade de realizar uma biópsia</b>	Não me sinto confortável	46	45,1%
	Razoável	25	24,5%
	Boa	23	22,3%
	Muito boa	5	4,9%
	Não respondeu	3	2,9%
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>
<b>Na sua opinião, qual a importância de um médico dentista na prevenção e deteção do cancro oral?</b>	Irrelevante	2	2,0%
	Importante, mas não é o principal responsável	4	3,9%
	Muito importante	93	91,2%
	Não respondeu	3	2,9%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	
<b>Na sua opinião, obteve formação suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico precoce de cancro oral na Universidade onde estudou?</b>	Sim	50	49,0
	Não	45	44,1
	NS/NR	7	6,9%
	<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>



**Discussão**



#### 4. DISCUSSÃO

Em todo o mundo, a prevalência de cancro oral tem vindo a aumentar significativamente, estando associado a elevados níveis de morbilidade e mortalidade. A observação periódica da cavidade oral e o conhecimento das possíveis modificações, faz com que o diagnóstico da patologia seja facilitado. A forma mais eficaz de prevenir esta patologia, passa pela realização de um diagnóstico precoce bem como pela modificação de fatores de risco do doente.

Apesar dos resultados do presente estudo não serem desanimadores, consegue-se perceber que ainda existem algumas carências na área, evidenciando a necessidade de formação e educação acerca de conceitos de prevenção e diagnóstico assim como dos principais fatores de risco da patologia. Reforçando esta ideia, salientamos a tabela 10 dos resultados, onde mostramos que 49% dos médicos dentistas não tiveram qualquer resposta errada e 37,3% tiveram apenas uma resposta errada.

Com uma amostra de 102 participantes, este estudo apresenta uma dimensão amostral relativamente inferior a outros estudos existentes na literatura sobre o tema, como se pode verificar nos estudos de Monteiro *et al.*<sup>(30)</sup> (n=602) e Gajendra *et al.*<sup>(31)</sup> (n=499).

##### **4.1. Caracterização pessoal do profissional de saúde oral**

Tal como neste estudo, onde a amostra é maioritariamente composta por participantes do género feminino, também no estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup> se observa uma prevalência deste género (n=140 feminino versus n=38 masculino). No entanto, em oposição a estes resultados, o estudo de Vijay Kumar *et al.*<sup>(33)</sup> apresentou uma amostra superior do género masculino (55 indivíduos do género masculino versus 45 do género feminino).

Quanto aos anos de formação clínica, a maioria dos participantes tinha entre 11 a 20 anos de experiência. O oposto se verifica no estudo de Hertrampf K. *et al.*<sup>(34)</sup>, onde a maioria já apresentava mais de 20 anos de experiência clínica, e no estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, onde 40,4% dos médicos dentistas apresentavam <5 anos de experiência clínica.

No presente estudo, 86,3% dos participantes revelam não ter tido qualquer formação sobre cancro oral nos anos seguintes à universidade. Também no estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, a maioria (70,8%) revela não ter tido qualquer formação pós ensino universitário. No entanto, no estudo de Hertrampf K. *et al.*<sup>(34)</sup>, 81% dos médicos dentistas referem ter feito formação na área após a conclusão dos estudos. As

diferenças demográficas podem estar na origem desta diferença de resultados tendo em conta que tanto o nosso estudo como o de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, que obtiveram resultados similares, foram realizados em Portugal e o de Hertrampf K. *et al.*<sup>(34)</sup> foi realizado no norte da Alemanha.

#### **4.2. Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas**

Tal como no estudo de Decuseara *et al.*<sup>(35)</sup> (Irlanda, Dublin), também no presente estudo os participantes identificaram corretamente o género masculino como aquele mais afetado pela patologia (60% versus 69,6%, respetivamente).

Em concordância com os resultados obtidos nos estudos de Gajendra *et al.* e Vijay Kumar *et al.*<sup>(31, 33, 34)</sup> (80% e 59%, respetivamente), os médicos dentistas que participaram no nosso estudo, identificaram as idades superiores a 40 anos como aquelas com maior potencial de desenvolver a patologia (86,3%).

A maioria dos inquiridos (73,5%) identificou o carcinoma como o tipo de cancro oral mais comum. Também no estudo de Uti *et al.*<sup>(36)</sup> (Nigéria) o carcinoma foi maioritariamente identificado, apesar de termos uma percentagem menor (36.8%).

À semelhança de outros estudos<sup>(28, 32, 37)</sup>, também neste estudo os principais fatores de risco identificados foram o tabaco e o álcool (92,2% e 64,7% respetivamente). Enquanto noutras investigações, como na de Gajendra *et al.*<sup>(31)</sup> (Nova Iorque) a história familiar de cancro foi a opção mais selecionada. O consumo excessivo de álcool e o hábito de fumar não só aumentam a possibilidade do desenvolvimento de cancro oral, como também reduzem as hipóteses de recuperação da doença. Consciencializar os pacientes sobre esta relação é essencial para promover a prevenção e a adoção de um estilo de vida saudável, com o objetivo de melhorar a saúde oral e reduzir o impacto do cancro oral na sociedade.

No que diz respeito às lesões com maior potencial de malignização, uma percentagem elevada de participantes (68,6%) identificou a leucoplasia como a principal lesão com maior potencial de malignização. Em concordância com estes dados, também nos estudos de Vijay Kumar *et al.*<sup>(33)</sup> (Bangalore, Índia) e de Carter *et al.*<sup>(38)</sup> (Reino Unido), se observa uma elevada percentagem de inquiridos que selecionaram leucoplasia como uma das principais lesões potencialmente malignas (82% e 85%, respetivamente). Seguida à leucoplasia, neste estudo, temos a eritroplasia (47,1%) e o palato do fumador invertido (33,3%). Também o estudo de Hertrampf *et al.*<sup>(34)</sup> identifica a leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia como as lesões com maior potencial de malignização.

Quando questionados sobre os locais com maior potencial de malignizar, as localizações mais nomeadas foram a língua (71,6%) seguida do pavimento da boca, identificado por 48,0% dos médicos dentistas. Os estudos encontrados na literatura corroboram os resultados obtidos neste estudo, como por exemplo, no estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup> onde 51,12% selecionou a resposta “língua” e 30,34% a resposta “pavimento da boca”.

Para Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, uma úlcera que não cicatriza é o primeiro sinal de alerta para o diagnóstico da patologia (89,3%), o que vai de acordo aos resultados desta investigação onde 60,8% dos profissionais refere que uma lesão com mais de 2 semanas de evolução e sem resposta ao tratamento corresponde a uma das características com maior potencial de malignização. No estudo de Monteiro *et al.*<sup>(30)</sup>, 90% dos participantes concordam que uma úlcera que não cicatriza é uma das primeiras manifestações de cancro oral. Nomearam também uma massa com crescimento excessivo (89,9%) e dificuldades em engolir (64,8%) como manifestações primárias.

#### **4.3. Prática clínica de diagnóstico de cancro oral**

Segundo a presente investigação, a maioria dos participantes (95,1%) refere que, no exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar. No estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, apenas 40,2% dos profissionais fazem um exame completo com inspeção das áreas referidas anteriormente. Com uma percentagem ainda mais baixa, 37%, temos o estudo de Vijay Kumar *et al.*<sup>(33)</sup>. Tendo em conta que, os artigos com percentagens mais altas são portugueses, ao contrário daquele que tem percentagens mais baixas (Bangalore, Índia), podemos presumir que seja um exame mais comum no nosso país tendo em conta que, desde o ensino universitário, os estudantes são motivados a fazer um exame detalhado da cavidade oral.

Quanto à orientação para o autoexame oral, as diferentes opções de respostas tiveram percentagens bastante similares, o que pode levar a pensar que ainda é um procedimento desvalorizado pelos médicos dentistas. De facto, verificámos que 36,3% procura orientar apenas os doentes de risco para a realização do autoexame, enquanto 33,3% não faz sequer essa orientação. Com resultados similares aos que obtivemos temos o estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, onde 46,6% incentivam apenas os pacientes de risco para um autoexame. Tendo em conta os resultados desanimadores, importa implementar, ainda na prática clínica universitária, este hábito de educar os pacientes para o autoexame da cavidade oral.

A maioria dos participantes considera importante a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço, o que vai de encontro aos estudos de Gajendra *et al.*<sup>(31)</sup>, onde 90% considera este passo de extrema importância e dos estudos americanos de Silverman *et al.*<sup>(7)</sup> com 69,1% dos participantes a revelar a importância da palpação desta área.

No estudo de Pinto *et al.*<sup>(32)</sup>, 43% dos médicos dentistas revela encaminhar o paciente com suspeita de lesão maligna para um especialista em cirurgia oral/medicina oral. Neste estudo, obtivemos resultados idênticos, ainda que a percentagem tenha sido relativamente maior (52%). Tendo em conta que ambos os estudos são portugueses, podemos deduzir que seja um procedimento relativamente rotineiro no nosso país. No entanto, enquanto no estudo referido anteriormente 35,2% encaminha para o IPO, neste estudo apenas 14,7% dos médicos dentistas o fazem.

#### **4.4. Opinião pessoal**

Infelizmente, cerca de 36,3% dos médicos dentistas considera apenas como “razoável” a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral e 29,4% não se sente de todo confortável no diagnóstico. Ao contrário deste estudo, no estudo italiano de Colella *et al.*<sup>(39)</sup>, a maioria (64,8%) sente-se confortável para realizar um diagnóstico de lesões potencialmente malignas ou de cancro oral.

Ainda assim, dos médicos dentistas inquiridos no nosso estudo, 91,2% considera ter uma profissão com elevada importância na prevenção e deteção do cancro oral. No estudo mexicano de Vázquez-Mayoral *et al.*<sup>(40)</sup>, apesar de mais de metade dos inquiridos considerarem que o médico dentista tem uma profissão com extrema importância na deteção e prevenção do cancro oral, apresentam uma percentagem mais baixa que a do presente estudo (52%).

Apesar de a maioria dos inquiridos considerar ter tido formação suficiente sobre cancro oral na faculdade onde estudou, a percentagem de profissionais que consideram não ter tido essa formação é relativamente similar (49% versus 44,1% respetivamente). Com percentagens ligeiramente mais elevadas, encontramos o estudo de Vijay Kumar *et al.*<sup>(33)</sup>, onde 57% dos médicos dentistas considera ter conhecimentos atualizados sobre cancro oral.

Dado o aumento da prevalência do cancro oral torna-se fundamental expandir o conhecimento sobre as características epidemiológicas e clínicas desta patologia,

assim como perceber quais os principais fatores de risco associados à mesma para que possamos fazer uma deteção precoce da doença e evitar a evolução da mesma.

Só conhecendo a realidade é que se torna possível retirar dados e conclusões pertinentes para melhorar a saúde oral dos pacientes e combater esta patologia. Assim, este estudo torna-se uma mais-valia no sentido de apurar de que modo é possível fazer mais e melhor no diagnóstico precoce do cancro oral.



## **Conclusão**



## 5. CONCLUSÃO

Dado o aumento da prevalência do cancro oral, o reconhecimento da patologia por parte dos médicos dentistas, com o objetivo do seu diagnóstico precoce, é fundamental para reduzir as taxas de mortalidade e morbidade causadas pela doença.

Nesse sentido, estudos como este são úteis para retirar dados e conclusões pertinentes, para planejar estrategicamente ações de saúde pública e apurar de que modo é possível fazer mais e melhor no diagnóstico precoce desta patologia.

Com base nos resultados obtidos concluímos que:

- A maioria dos profissionais de saúde sabe reconhecer qual o género mais afetado pela patologia bem como a faixa etária mais predisponente;
- Cerca de 2/3 dos médicos dentistas sabe que o carcinoma é o tipo de cancro mais comum;
- Apenas 22,5% dos inquiridos sabe identificar as características associadas a maior potencial de malignização, tendo a maioria respondido apenas de forma parcialmente correta;
- Só uma minoria (6,9%) sabe identificar corretamente os três locais com maior potencial de malignização;
- Apesar de a maioria considerar que a leucoplasia é uma das lesões com maior potencial de malignização, nenhum dos inquiridos respondeu de forma totalmente correta à questão;
- O tabaco e o álcool são claramente os fatores de risco mais reconhecidos pelos médicos dentistas como potenciadores do desenvolvimento de cancro oral. No entanto, nenhum médico dentista sabe reconhecer os fatores de risco na totalidade;
- A maioria dos médicos dentistas faz a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar no exame intra-oral. Contudo, destes, nem todos fazem a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço;
- Apesar de a maioria incentivar os doentes de risco para um autoexame oral, uma parcela quase igual de profissionais de saúde não o faz;
- Perante uma lesão com suspeita de malignidade, cerca de metade dos inquiridos encaminha o doente para um especialista em cirurgia oral/medicina oral;
- Menos de metade dos médicos dentistas afirma ter realizado uma biópsia nas suas consultas. Dos que já realizaram, a maioria utilizou o bisturi

tradicional. As restantes técnicas foram utilizadas por uma minoria de médicos;

- Surpreendentemente, apenas uma minoria (4,9%) considera ter uma capacidade muito boa para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou cancro oral. Contrariamente, a maioria revela não se sentir confortável na realização dessa tarefa;
- A maioria dos médicos dentistas afirma não se sentir confortável na realização de uma biópsia;
- Apesar de quase a totalidade dos profissionais considerar ter um papel preponderante na prevenção e deteção do cancro oral, ainda existem profissionais que pensam não ser o principal responsável ou mesmo não ter qualquer tipo de responsabilidade;
- A maioria considera ter tido formação suficiente na faculdade onde estudou. Contudo, ainda existe um número bastante elevado de profissionais que pensam não ter tido formação suficiente.

Desta forma, de acordo com os resultados do estudo, torna-se crucial apostar na educação e formação na área para existir uma melhor consciencialização e conseguir travar a evolução e prevalência desta patologia.

## **Bibliografia**



## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Khalili J. Oral cancer: risk factors, prevention and diagnostic. *Exp Oncol.* 2008;30(4):259-64.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
3. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(9):11884-94.
4. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002;52(4):195-215.
5. Wong T, Wiesenfeld D. Oral Cancer. *Aust Dent J.* 2018;63 Suppl 1:91-99.
6. El-Naggar A.K. CJKC GJR, Takata T., Slootweg P.J. WHO Classification of Head and Neck Tumours Lyon. IARC.347.
7. Silverman S, Jr., Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ.* 2010;25(3):279-81.
8. Bansal AK, Bindal R, Kapoor C, Vaidya S, Singh HP. Current concepts in diagnosis of unusual salivary gland tumors. *Dent Res J (Isfahan).* 2012;9(Suppl 1):9-19.
9. Badam R, Kanth S, Raju S, Kotha S, Rao M, Chandra K. Current concepts of salivary gland tumors. *Journal of Orofacial Sciences.* 2015;7(2):76-9.
10. Ribeiro IP, Barroso L, Marques F, Melo JB, Carreira IM. Early detection and personalized treatment in oral cancer: the impact of omics approaches. *Mol Cytogenet.* 2016;9:85.
11. Mortazavi H, Baharvand M, Mehdipour M. Oral potentially malignant disorders: an overview of more than 20 entities. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2014;8(1):6-14.
12. Porter S, Gueiros LA, Leão JC, Fedele S. Risk factors and etiopathogenesis of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;125(6):603-11.
13. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *J Cancer Res Ther.* 2016;12(2):458-63.
14. Baykul T, Yilmaz HH, Aydin U, Aydin MA, Aksoy M, Yildirim D. Early diagnosis of oral cancer. *J Int Med Res.* 2010;38(3):737-49.
15. Lúcio Lara Santos LMT. *Oncologia oral 2011.*
16. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(10):575-80.
17. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(24):91-60.
18. Irani S. Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis. *Iran J Pathol.* 2016;11(4):303-22.
19. Hashim PW, Chen T, Rigel D, Bhatia N, Kircik LH. Actinic Keratosis: Current Therapies and Insights Into New Treatments. *J Drugs Dermatol.* 2019;18(5):s161-6.
20. Kim DY, Rha EY, Yoo G, Lim JS. Squamous cell carcinoma on the upper lip of a patient with discoid lupus erythematosus. *Arch Plast Surg.* 2013;40(2):155-7.
21. Uva L, Miguel D, Pinheiro C, Freitas JP, Marques Gomes M, Filipe P. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Autoimmune Dis.* 2012;2012:834291.
22. MacCarthy D, Flint SR, Healy C, Stassen LF. Oral and neck examination for early detection of oral cancer--a practical guide. *J Ir Dent Assoc.* 2011;57(4):195-9.
23. Sarode SC, Sarode GS, Karmarkar S. Early detection of oral cancer: detector lies within. *Oral Oncol.* 2012;48(3):193-4.
24. Nagao T, Chaturvedi P, Shaha A, Sankaranarayanan R. Prevention and early detection of head and neck squamous cell cancers. *J Oncol.* 2011;2011:318145.

25. Almagush A, Mäkitie AA, Triantafyllou A, de Bree R, Stojan P, Rinaldo A, et al. Staging and grading of oral squamous cell carcinoma: An update. *Oral Oncol.* 2020;107:104799.
26. LL. D. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta Oncol.* 2003;24:628-43.
27. Pinto C. Cancro oral: Avaliação dos conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Oraís em Portugal. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa. 2021.
28. Rodrigues S. Avaliação dos conhecimentos e práticas em medicina dentária na prevenção e deteção precoce do cancro oral. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. 2013.
29. Craveiro IS. Cancro Oral: Diagnóstico numa Clínica Universitária Portuguesa nos últimos 25 anos: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2019.
30. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. Oral cancer awareness and knowledge in the city of valongo, portugal. *Int J Dent.* 2012;2012:376838.
31. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *J Cancer Educ.* 2006;21(3):157-62.
32. Pinto CF, F. Francisco, H. Marques, J. Caramês, J. . Cancro oral: conhecimentos, práticas e atitudes dos médicos dentistas e dos higienistas orais em Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2022;63(4):221-8.
33. Vijay Kumar K, Suresan V. Knowledge, attitude and screening practices of general dentists concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian Journal of Cancer.* 2012;49(1):33-8.
34. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Grund S, Wiltfang J. The oral cancer knowledge of dentists in Northern Germany after educational intervention. *Eur J Cancer Prev.* 2011;20(5):431-7.
35. Decuseara G, MacCarthy D, Menezes G. Oral cancer: knowledge, practices and opinions of dentists in Ireland. *J Ir Dent Assoc.* 2011;57(4):209-14.
36. Uti OG, Fashina AA. Oral cancer education in dental schools: knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. *J Dent Educ.* 2006;70(6):676-80.
37. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo IF. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncol.* 2008;44(4):393-9.
38. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ.* 2007;7:44.
39. Khattab NMA, Elheeny AAH, Tony GA. Oral-cancer knowledge, practice, and attitude assessment of dentists in Upper Egypt: A cross-sectional study. *Clin Exp Dent Res.* 2019;5(2):121-7.
40. Vázquez-Mayoral E, Sanchez L, Olguín-Barreto Y, Acosta-Gío E. Mexican Dental School Deans' Opinions and Practices Regarding Oral Cancer, 2007. *Journal of dental education.* 2009;72:1481-7.

## **Anexos**



## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Questionário



QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE  
"Conhecimentos e atitudes dos Médicos Dentistas na  
prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral"

#### Caracterização pessoal do profissional de saúde oral

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Género:

1. Feminino;
2. Masculino.

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Idade:

1. 21-30;
2. 31-40;
3. 41-50;
4. Mais de 50.

Anos de experiência clínica:

1. Menos de 5;
2. 5-10;
3. 11-20;
4. Mais de 20.

Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?

1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2. Não.

#### Cancro oral e lesões potencialmente malignas

Na sua opinião, qual é o género mais frequentemente afetado pelo cancro oral?

1. Feminino;
2. Masculino;
3. Ambos de igual forma;
4. NS/NR.

Na sua opinião, qual a faixa etária mais comum para o aparecimento do cancro oral?

1. < 9 anos;
2. 10-18 anos;
3. 19-39 anos;
4. >40 anos;
5. NS/NR.

Qual considera o tipo de cancro oral mais comum?

1. Tumores ósseos;
2. Carcinoma;
3. Sarcoma;
4. Melanoma;
5. NS/NR;
6. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Qual(ais) da(s) seguinte(s) característica(s) podem ser associadas a um maior potencial de malignização?

1. Cor das lesões: eritroplásicas e leucoeritroplásicas;
2. Lesões ulceradas e hemorrágicas;
3. Tempo de evolução superior a 2 semanas sem resposta ao tratamento;
4. Lesões moles e exofíticas;
5. Lesões de crescimento lento.

Qual(ais) o(s) local(ais) associados a maior potencial de malignização?

1. Língua;
2. Pavimento da boca;
3. Mucosa jugal;
4. Rebordo alveolar;
5. Gengiva;
6. Palato duro;
7. Palato mole;
8. NS/NR.

Qual(ais) das seguintes lesões/condições considera ter(em) potencial de malignização?

1. Fibroma traumático;
2. Leucoplasia;
3. Lesões brancas traumáticas (queratose ficcional);
4. Eritroplasia;
5. Liquen plano erosivo;

6. Lúpus;
7. Candidíase crónica;
8. Queilite actínica;
9. Palato do fumador invertido.

Dos fatores de risco apresentados, quais considera estarem mais relacionados com o cancro oral?

1. Tabaco;
2. Álcool;
3. Obesidade;
4. Vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18;
5. Vírus do papiloma humano subtipo 6 e 11;
6. Lesões potencialmente malignas;
7. Exposição a radiação UV;
8. Hipertensão;
9. Colesterol;
10. Vírus herpes simplex.

### **Prática clínica de diagnóstico de cancro oral**

No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar?

1. Sim;
2. Não.

No exame extra-oral, realiza a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?

1. Sim;
2. Não.

Procura orientar o doente para o auto-exame oral?

1. Sim, a todos os pacientes;
2. Sim, mas apenas aos pacientes de risco;
3. Não.

Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral?

1. Encaminho para um colega especialista em Cirurgia oral/Medicina Oral;
2. Encaminho para um hospital de referência da área de residência;
3. Encaminho para o IPO- instituto português de oncologia;
4. Faço biópsia;
5. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Já realizou alguma biópsia na sua atividade clínica?

1. Sim;
2. Não.

Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique que tipo de instrumental/ técnica já utilizou para a realização de biópsias?

1. Bisturi tradicional (cabo+lâmina);
2. Bisturi elétrico;
3. Laser;
4. Trefinas;
5. Punch;
6. Crioterapia;
7. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### **Opinião pessoal**

Como avalia a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral?

1. Muito boa;
2. Boa;

3. Razoável;
4. Não me sinto confortável.

Como avalia a sua capacidade de realizar uma biópsia?

1. Muito boa;
2. Boa;
3. Razoável;
4. Não me sinto confortável.

Na sua opinião, qual a importância de um Médico Dentista na prevenção e deteção do cancro oral?

1. Muito importante;
2. Importante, mas não é o principal responsável;
3. Irrelevante.

Na sua opinião, obteve formação suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na Universidade onde estudou?

1. Sim;
2. Não;
3. NS/NR.

Sugestões de alteração:

Adaptado de:

- Pinto, C. Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Oraís em Portugal: dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Portugal: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa; 2021.
- Rodrigues, S. Avaliação dos conhecimentos e práticas em medicina dentária na prevenção e deteção precoce do cancro oral: dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Portugal: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2013.
- Dib LL. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. Acta Oncol; 2003. No prelo.

Obrigada,  
Maria Miguel Silva.

## Anexo 2: Parecer da comissão de ética



**Parecer sobre o projeto nº 227**  
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Mandato 2019/2023

<b>Projeto de Investigação</b> Na reunião do dia 13 de outubro de 2022, a CES-UCP esteve reunida por videoconferência e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador principal. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
<b>Título: "Conhecimentos e atitudes dos Médicos Dentistas e dos estudantes de Medicina Dentária na prevenção e diagnóstico precoce do Cancro oral"</b> Trata-se de um estudo integrado no Mestrado Integrado em Medicina Dentária.
<b>Investigadora Principal e Coordenadora do Projeto de Investigação: Patrícia Sofia Soares Couto,</b> Professora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica (Viseu). <b>Equipa de Investigação:</b> <b>Coordenadora e Orientadora das Dissertações de Mestrado: Professora Patrícia Couto, FMD - UCP, Viseu</b> <b>Co-Orientador: Professor Nélio Jorge Veiga, FMD – UCP, Viseu.</b> <b>Investigadora e Mestranda: Maria Miguel Gomes Silva</b> <b>Investigadora e Mestranda: Lucrezia Maria Vozzo</b> <b>Investigador: Tiago Miguel Santos Marques</b>
Estão presentes CVs datados e assinados dos investigadores. Estão presentes: <u>Aprovação pelo Conselho Científico da FMD da UCP</u> do projeto acima referido que permitirá a elaboração das duas Dissertações de Mestrado
<b>Fundamentação/Justificação do estudo:</b> Os cancros da cavidade oral e da orofaringe constituem 3,8% de todos os cancros e prevê-se que aumentem cerca de 60% até 2030. Na Europa, cerca de 75% dos cancros orais são atribuíveis ao consumo de tabaco, álcool e à infeção pelo HPV. Sendo que a maioria dos carcinomas orais invasivos surgem de lesões potencialmente malignas, uma das abordagens para controlar o cancro oral é a deteção precoce destas lesões e o controlo de fatores de risco. De facto, e apesar da taxa de sobrevivência para o cancro oral ser muito baixa, os profissionais de saúde, submergidos pelo cuidado com os procedimentos médico-dentários, deixam frequentemente para segundo plano a realização de uma observação cuidada e detalhada dos tecidos moles da cavidade oral. Nesse sentido, é fundamental que, desde cedo, os próprios alunos e futuros médicos dentistas estejam sensibilizados e conscientes do papel crucial que desempenham na prevenção e deteção precoce do cancro oral. Assim, face ao potencial de transformação maligna de algumas lesões da cavidade oral, torna-se essencial entender de forma mais aprofundada os conhecimentos e atitudes dos Médicos Dentistas e Estudantes de Medicina Dentária face à prevenção do cancro oral e ao diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas.
<b>Objetivo:</b> - Determinar os conhecimentos de Médicos Dentistas e Estudantes de Medicina Dentária no que diz respeito ao diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e de cancro oral; - Analisar as atitudes e práticas dos Médicos Dentistas e Estudantes de Medicina Dentária para a prevenção do cancro oral.
<b>Metodologia:</b> Estudo observacional descritivo transversal

**Locais onde decorre o estudo:**

Clinica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu e Consultórios Médico-Dentários privados.

**População:**

O questionário será aplicado a Médicos Dentistas e a Estudantes do 4º e 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária. Não se incluem grupos vulneráveis no estudo.

**Instrumentos de recolha de dados:**

Aplicação do questionário proposto por Dib em 2004 e adaptado por Rodrigues (2013). Constitui anexo 3 e nada há a apontar do ponto de vista ético.

**Procedimentos:**

O questionário será aplicado a Médicos Dentistas e Estudantes de Medicina Dentária.

Todos os dados recolhidos serão mantidos confidenciais, estando o anonimato garantido ao longo de todo o estudo. Todos os participantes assinarão um consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação.

**Serão analisadas as seguintes variáveis:**

- Caracterização geral da amostra (idade; género; nível de formação);
- Tipologia e técnicas de exame clínico utilizadas;
- Conhecimentos sobre: prevalência e incidência de cancro oral; fatores de risco; localizações anatómicas de maior suscetibilidade; género e idade mais afetados; sinais e sintomas mais comuns; alterações orais mais frequentemente associadas ao cancro oral e estadiamento;
- Considerações sobre: causas para atraso no diagnóstico; necessidade de ações formativas e educativas em patologia oral; interesse em ações de sensibilização; importância do Médico Dentista no diagnóstico.

Todos os dados serão alvo de análise estatística descritiva e inferencial através do software SPSS, utilizando para tal um limiar de significância estatística de  $p < 0,05$ .

**Potenciais riscos/incómodos para os participantes:** Não existem.

**Potenciais benefícios para os participantes:** Os participantes do estudo ficarão mais alertados para esta problemática e terão acesso aos resultados desta investigação, permitindo assim expandir o conhecimento sobre as características epidemiológicas e clínicas do cancro oral, assim como perceber quais os principais fatores de risco associados ao mesmo, para que possam fazer uma deteção precoce da doença e evitar a sua evolução.

**Modelo de Consentimento Informado:** Existente e de acordo com as normas desta CES.

**Confidencialidade dos dados recolhidos e conformidade com RGPD:** Os dados recolhidos neste projeto ficarão somente na posse da equipa de investigação e serão tratados de modo a garantir total confidencialidade e anonimato dos participantes. A cada participante será atribuído um número permitindo, desse modo, manter o anonimato ao longo do tratamento dos dados. Todos os dados serão destruídos no final do estudo.

**Cronograma** compatível com datas possíveis.

**Estão presentes todos os restantes documentos exigidos pela CES da UCP.**

**Estiveram presentes na reunião nº 43 da CES-UCP**

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora M<sup>a</sup> Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro Zaky

Doutora Marta Brites

Ouvido o Relator, o plenário da reunião de 13 de outubro de 2022, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, emitir **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas

13/10/2022