



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2023-2024

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ESTUDANTES DE
FACULDADES DE MEDICINA DENTÁRIA
PORTUGUESAS NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO
PRECOCE DO CANCRO ORAL**

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

Por: António Carlos da Costa Andrade

Viseu, 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2023-2024

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ESTUDANTES DE
FACULDADES DE MEDICINA DENTÁRIA
PORTUGUESAS NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO
PRECOCE DO CANCRO ORAL**

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

Por:

António Carlos da Costa Andrade

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Couto

Co-Orientadores: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga
Professor Doutor Tiago Marques

Viseu, 2024

**“Pelo trabalho imenso que se chama
Caminho da virtude alto e fragoso
Mas no fim doce, alegre e deleitoso”**

Luís Vaz de Camões, Canto IX, Estância 16 Os *Lusíadas*

Dedicatória

Ao meu avô, António Júlio Brandão da Costa,
Que sempre me ensinou a importância da família.

Aos meus pais,
Por todo o sacrifício, apoio e força que me deram, nunca sendo fácil. Sem vocês
não estaria onde estou, nem poderia alcançar os meus sonhos.

Agradecimentos

À minha orientadora, **Professora Doutora Patrícia Couto**, pelo apoio incondicional, desde a primeira aula de Medicina Oral, sabendo bem que este projeto não seria possível sem todas as horas que foram despendidas, num período muito especial.

Aos meus coorientadores, **Professor Doutor Tiago Marques** e **Professor Doutor Nélio Veiga**, por estarem sempre disponíveis para ajudar na realização deste estudo.

Ao meu **pai** e à minha **mãe**, vocês são o fundamento que me permite continuar a lutar, sempre a elevarem-me e mostrarem-me que quem é persistente sempre alcança.

Aos meus grandes amigos **André**, **Dylan** e **Jorge**, por terem feito este percurso académico comigo, ajudaram-me a levar esta experiência de forma leve.

A todos aqueles que de alguma forma, contribuíram para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

Resumo

Introdução: O cancro oral, como o conhecemos, é uma doença que, apesar de ter diferentes modalidades de tratamento, apresenta uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. É definido pela Classificação Internacional de Doenças como o “conjunto de tumores malignos que afeta qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe”. Em Portugal, registam-se cerca de 1200 novos casos e 420 óbitos anualmente.

Objetivos: Aferir os conhecimentos e atitudes relativos a lesões potencialmente malignas e ao cancro oral nos estudantes de Medicina Dentária do 4º e 5º ano das Universidades portuguesas, identificando as lacunas existentes.

Materiais e métodos: Estudo observacional descritivo transversal, aplicado a estudantes de Medicina Dentária do 4º e 5º ano em Portugal. Como instrumento de recolha de dados foi aplicado um questionário em formato online, inserido na plataforma Qualtrics, desenvolvido originalmente por Horowitz (2000) e Dib (2003) e adaptado por Rodrigues (2013), Pinto (2021), Vozzo e Silva (2023), e dividido pelos seguintes grupos: Grupo I – Caracterização sociodemográfica; Grupo II – Opinião Pessoal; Grupo III – Conhecimentos teóricos e Grupo IV – Prática Clínica. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao *software* SPSS versão 26.0, utilizando para tal os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e um valor de significância de 5%.

Resultados: Participaram 105 estudantes, dos quais 43,8% (n=46) frequentavam o “4º ano” e 56,2% (n=59) o “5º ano”. 96,2% (n=101) dos estudantes identificaram apenas parcialmente os fatores de risco, assim como os locais com maior potencial de malignização. 95,2% identificaram parcialmente as lesões potencialmente malignas e 67,6% as características com maior potencial de malignização. 73,3% (n=77), reportaram o carcinoma como o tipo de cancro oral mais comum. 85,7% (n=90) dos inquiridos apontaram “acima dos 40 anos” como a faixa etária mais prevalente. 51,4% (n=54) identificaram o sexo masculino como o género mais afetado. 82,9% incluem a palpação dos nódulos linfáticos e

93,3% a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento a boca e região retromolar no seu exame clínico.

Conclusão: É fundamental fazer face às lacunas identificadas neste estudo, reforçando os conhecimentos e práticas dos estudantes, para que consigam diagnosticar e atuar perante o cancro oral.

Palavras-chave: Cancro oral; Conhecimento; Estudantes de Medicina Dentária; Atitudes

Abstract

Introduction: Oral cancer as we know it, is a disease that presents a high rate of morbidity and mortality. It's defined by the Internacional Classification of Diseases as the "malignant tumors that affect any location in the oral cavity, from the lips to the throat (including the tonsils and pharynx). In Portugal, 1200 new cases and 420 deaths arise annually.

Objectives: Determine the knowledge and attitudes of dental students from the 4th and 5th year of Portuguese universities and identify the gaps in knowledge and practice.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive observational study with dental students from the 4th and 5th year studying in Portugal. The instrument of data collection was applied online in the form of a questionnaire and arose from the questionnaires developed originally by Horowitz (200) and Dib (2003), and adapted by Rodrigues (2013), Pinto (2021), Vozzo and Silva (2023), divided into groups: Group I – Sample characterization; Group II – Opinion; Group III – Knowledge; Group IV – Clinical practice. The statistical analysis was conducted using the SPSS software version 26.0 using the non-parametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, regarding the significance value of 5%.

Results: 105 students participated, 43,8% (n=46) identified themselves as 4th years and 56,2% (n=59) in the 5th years. 96,2% (n=101) of the students identified partially the risk factors. Similarly, 96,2% students identified partially the locations, 95,2%% the lesions and 67,6% the characteristics known to have higher risk of malignancy. 73,3% (n=77) have identified carcinoma as the most common type of cancer. 85,7% (n=90) identified "over 40 years" as the common age to develop oral cancer and 51,4% (n=54) identified the male gender as the most affected gender. 82,9% include the lymph nodes and 93,3% the mucous membrane, tongue, floor of the mouth and retromolar region in their intra-oral exam.

Conclusions: There is a fundamental need to improve upon the identified gaps in knowledge, so that dental medicine students can, effectively, act when oral cancer is identified, both in the early diagnostic, or during the late stages of the cancer.

Keywords: Oral Cancer; Knowledge; Dental students; Attitudes

Índice

1.	Introdução	3
1.1.	Cancro oral.....	3
1.2.	Epidemiologia.....	4
1.3.	Etiologia e fatores de risco	5
1.4.	Alterações Orais Potencialmente Malignas (OPMDs).....	6
1.4.1.	Leucoplasia	6
1.4.1.1.	Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP).....	7
1.4.2.	Eritroplasia	8
1.4.3.	Fibrose submucosa oral (FSO)	8
1.4.4.	Líquen plano oral (LPO).....	9
1.4.5.	Queratose actínica (QA).....	9
1.4.6.	Lesões do palato no “Tabagismo Reverso”	10
1.4.7.	Lúpus eritematoso discoide (LED)	10
1.5.	Objetivos	11
2.	Materiais e métodos	15
2.1.	Tipo de estudo, população e seleção da amostra	15
2.2.	Instrumentos de recolha de dados	15
2.3.	Análise de dados.....	16
2.4.	Questões éticas e deontológicas	16
3.	Resultados	21
3.1.	Caracterização sociodemográfica do estudante de Medicina Dentária.....	21
3.2.	Opinião pessoal	22
3.3.	Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas	23
3.4.	Prática clínica de diagnóstico de cancro oral	29
4.	Discussão.....	37
4.1.	Caracterização sociodemográfica do estudante de Medicina Dentária.....	37
4.2.	Opinião pessoal	39
4.3.	Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas	40
4.4.	Prática clínica de diagnóstico de cancro oral	42
4.5.	Limitações do estudo	45
5.	Conclusão	49
6.	Referências Bibliográficas.....	53
7.	Anexos	59
7.1.	Anexo I - Questionário aplicado aos estudantes de Medicina dentária em Portugal	61

7.2. Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.....	71
7.3. Anexo III – Membros do Júri das Provas Públicas	75

Índice de tabelas

Tabela 1 – Identificação descritiva da amostra	22
Tabela 2 – Avaliação da capacidade na prevenção e deteção do cancro oral	23
Tabela 3 – Identificação dos fatores de risco relacionados com o cancro oral	24
Tabela 4 – Identificação dos locais associados a maior potencial de malignização	25
Tabela 5 – Identificação das lesões com maior potencial de malignização	26
Tabela 6 – Identificação das características associadas a maior potencial de malignização	27
Tabela 7 – Identificação dos conhecimentos sobre o tipo de cancro oral mais comumente diagnosticado	28
Tabela 8 – Identificação dos conhecimentos relativos ao género e idade dos inquiridos	28
Tabela 9 – Identificação do número de respostas totalmente e parcialmente corretas e de respostas erradas	29
Tabela 10 – Identificação da prática e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária	30
Tabela 11 – Identificação do número de respostas totalmente e parcialmente corretas e respostas erradas fornecidas pelos estudantes relativamente a algumas variáveis independentes	32

Lista de abreviaturas

ANEMD	Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária
DEcH	Doenças do enxerto contra o hospedeiro oral
FSO	Fibrose submucosa oral
HPV	Human Papillomavirus
LED	Lúpus eritematoso discoide
LLO	Lesões liquenoides orais
LPO	Líquen plano oral
LVP	Leucoplasia Verrucosa Proliferativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPMDs	Alterações orais potencialmente malignas
QA	Queratose actínica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCP	Universidade Católica Portuguesa

Introdução

1. Introdução

1.1. Cancro oral

O cancro, como o conhecemos, é uma doença, que, apesar de ter diferentes modalidades de tratamento, apresenta uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. Em Portugal, são registados cerca de 1200 novos casos de cancro oral e 420 óbitos anualmente, correspondendo respetivamente a 1,9% e 1,3% do número total de novos casos de cancro no nosso país, 69.567.

(1) O cancro oral apresenta uma taxa de sobrevivência a 5 anos de cerca de 45%, tendo os indivíduos do sexo feminino uma taxa de sobrevivência superior ao género masculino. (2)

Poucas vezes considerado pelo paciente quando vai a um consultório de Medicina Dentária e pelo Médico Dentista nas suas observações diárias, o cancro oral é, efetivamente, um cancro comum, que requer a atenção de ambos, pois quando diagnosticado tardiamente, tem um mau prognóstico.

O carcinoma da cabeça e pescoço é o 6º cancro mais comum em todo o mundo, correspondendo a cerca de 2,8% de todos os cancros. Este é conhecido pela sua agressividade quando detetado numa fase tardia. (3)

É definido pela Classificação Internacional de Doenças como sendo o “conjunto de tumores malignos que afeta qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe”. (3)

Maioritariamente, as neoplasias orais originam-se das células escamosas. (4) Outros tumores malignos podem também originar-se do epitélio, tecido conjuntivo, glândulas salivares menores, tecido linfático, melanócitos ou até mesmo de metástases de um tumor distante (3,5–8). Sendo a maioria dos carcinomas da cabeça e pescoço provenientes do epitélio da mucosa oral, faringe e laringe, a sua forma de apresentação mais comum é o carcinoma espinocelular. (6)

Segundo *Neville*, o cancro oral é dividido em 3 grandes grupos: o cancro da cavidade oral e língua na sua porção móvel, o cancro da orofaringe e por fim o cancro do lábio. (8)

O cancro da orofaringe é aquele que mais frequentemente é detetado em estadios mais avançados. (9,10)

As manifestações clínicas do cancro oral e os efeitos do seu tratamento podem ter um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e também da sua família, tanto na fase do diagnóstico como durante o tratamento, podendo afetar fisiologicamente a pessoa, em particular provocando alterações na fala e na capacidade de deglutição. Podem também afetar a sua aparência, tendo consequências no seu bem-estar psicológico. (11)

1.2. Epidemiologia

Segundo um estudo realizado pela Agência Internacional para a Investigação de Cancro (2020), em particular, pelo Observatório de Cancro Mundial, existe uma incidência estimada globalmente de 377.713 novos casos de cancro oral e 177.757 de mortes a ele associadas. Esta incidência aumenta com a idade, afetando particularmente a faixa etária dos 50 aos 60 anos. (1,12,13) Na Europa Ocidental estima-se que cerca de 17.770 novos casos surjam anualmente, dos quais 11.127 ocorrem no sexo masculino e 6.643 no sexo feminino. Relativamente a óbitos, foram registados 5.133, sendo 3419 no sexo masculino e 1.714 no sexo feminino. (1,13) Estes dados constituem uma preocupação de interesse público pois cada vez mais pessoas são alvo deste tipo de cancro, em ambos os géneros e em várias faixas etárias. (1)

É de notar que, com o aumento dos comportamentos de risco por parte dos jovens, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos tabágicos e ao consumo de álcool, se verifica um aumento da incidência de cancro oral nas populações mais jovens. (8)

O género masculino é mais afetado por esta patologia do que o género feminino, numa relação homem/mulher de 2 para 1. (8)

De acordo com vários estudos, a sobrevivência de cancro oral está dependente do estágio e extensão da doença no momento do diagnóstico. Nesse sentido as atitudes e conhecimentos sobre lesões e condições potencialmente malignas constituem-se como fatores determinantes para um diagnóstico atempado. (9,14) É importante ter em conta que também a deteção precoce de cancro oral constitui o fator *major* para o aumento da taxa de sobrevivência e probabilidade de cura. (12,13)

Várias investigações realizadas em múltiplos países como a Arábia Saudita, Austrália, Brasil, Egito, Espanha, Jordânia, Índia, Palestina, Malásia, Romênia, Sudão e Kuwait, têm estudado o conhecimento e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária sobre as lesões potencialmente malignas e cancro oral. Estes estudos demonstraram que existem significativas lacunas no conhecimento, no diagnóstico e na prevenção de cancro oral. (15–25)

1.3. Etiologia e fatores de risco

O tabaco é o fator de risco mais comumente identificado, seguido dos hábitos alcoólicos, sendo o seu consumo conjunto o principal fator de risco para o cancro oral. Estatisticamente, 8 em cada 10 pessoas diagnosticadas com cancro oral, consomem ou já consumiram tabaco. (1,4) O seu consumo potencializa um aumento do risco para o desenvolvimento do cancro oral em cerca de 5 a 7 vezes quando comparado com não fumadores, estimando-se que 6 em cada 10 pacientes faleçam nos 5 anos após o diagnóstico. (3,26)

Outros tipos de fatores como os ambientais ou determinados hábitos quotidianos, podem potenciar o aparecimento ou até agravar as apresentações dos diversos tipos de cancro. (27)

A dieta, o Vírus do Papiloma Humano (HPV em especial os subtipos 16 e 18) e a radiação ultravioleta são exemplos de outros fatores de risco que condicionam o potencial de malignização e o desenvolvimento de cancro oral. (4,26)

Também nos casos de pacientes submetidos a transplantes e que necessitam de terapia imunossupressora, é verificado um aumento do número de casos de cancro. (6)

A saúde oral e a dieta têm um papel importante no desenvolvimento do cancro oral. Uma pobre higiene, apesar de por si só não causar cancro oral, é frequentemente encontrada em pacientes com esta patologia. O mesmo acontece com uma dieta pobre em vegetais e fruta. (1)

1.4. Alterações Orais Potencialmente Malignas (OPMDs)

As alterações orais potencialmente malignas (OPMDs), segundo atualização da OMS num Workshop do Collaborating Centre Consensus (2020) são definidas como sendo “qualquer anomalia da mucosa oral que está associada com um risco estatisticamente elevado de desenvolvimento de cancro oral”. (28)

As lesões potencialmente malignas podem ser identificadas como: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), eritroplasia, fibrose submucosa oral (FSO), líquen plano oral (LPO), queratose actínica (QA), lesões do palato no “tabagismo reverso”, lúpus eritematoso discoide, disqueratose congénita, lesões liquenoides orais (LLO) e doenças do enxerto contra o hospedeiro oral (DEcH). (28)

Estas têm sido associadas por vários autores ao desenvolvimento do carcinoma de células escamosas e as mais comumente descritas nos diversos estudos são a leucoplasia, eritroplasia, líquen plano oral, fibrose submucosa oral, lesões do palato no “tabagismo reverso”, lúpus eritematoso discoide e queratose actínica, pelo que, de seguida, falaremos em mais detalhe. (5,8,16,29–31)

1.4.1. Leucoplasia

A leucoplasia é definida pela OMS como uma lesão branca, não destacável, que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como sendo qualquer outra doença. (8)

Pode ser identificada sobretudo em indivíduos do sexo feminino, localizando-se maioritariamente na mucosa alveolar, mucosa jugal, palato, língua e pavimento da boca (27,32). A sua localização parece estar correlacionada com o potencial de malignização, sendo este superior no bordo lateral da língua, pavimento da boca e palato mole. (33)

Outros fatores de risco associados a malignização incluem a presença de displasia, a aparência não homogénea, o género feminino e um longo período de evolução.

Apesar de apresentar uma etiologia desconhecida, o consumo de tabaco e álcool constituem-se como fatores que potenciam o seu aparecimento (5,33,34).

Existem inúmeras lesões e patologias que podem ser confundidas com leucoplasia, tornando extremamente importante a exclusão de lesões provenientes de traumas, candidíase, líquen plano, entre outras que apresentem características semelhantes, antes da realização do diagnóstico de leucoplasia (3).

Clinicamente a leucoplasia pode assumir várias formas de apresentação, de acordo com a sua superfície e características morfológicas. É caracterizada como homogénea quando apresenta uma aparência suave, cor branca e superfície lisa com bordas bem delimitadas, e não homogénea, quando enquadrada numa das seguintes categorias clínicas: a leucoplasia ulcerosa, a leucoplasia verrucosa e a leucoplasia nodular. (33)

Das categorias de leucoplasia não homogénea, a leucoplasia verrucosa proliferativa é a forma mais agressiva, sendo aquela que frequentemente sofre transformação maligna. (33)

1.4.1.1. Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP)

A leucoplasia verrucosa proliferativa foi definida em 2020 pelo Grupo de Trabalho do Collaborating Centre for Oral Cancer da OMS como “Um distúrbio progressivo e irreversível, caracterizado pela presença de múltiplas leucoplasias que frequentemente se tornam verrucosas. (28)

As principais manifestações clínicas da LVP são múltiplas manchas brancas espessas, em mais de dois locais distintos (multifocal), que se espalham e coalescem durante o desenvolvimento, podendo também surgir em áreas previamente tratadas. (28)

Inicialmente, poderá surgir como leucoplasia homogénea, achatada e branca, por vezes com aspeto líquenóide, sem presença de displasia, evoluindo posteriormente para lesões verrucosas. (28,35)

Os locais comumente afetados pela LVP são a gengiva, mucosa oral e língua. (28,36,37)

Neste sentido, toda a lesão branca, que se torne verrucosa, exofítica e com disseminação ao longo do tempo ou que recidive após o tratamento inicial, deverá ser considerada como possível LVP. (28,38)

1.4.2. Eritroplasia

Esta lesão é definida como uma mancha de cor vermelhada, que não pode ser diagnosticada como qualquer outra doença, nem apresenta causa traumática, vascular ou inflamatória. É uma lesão rara, mas com um elevado potencial de malignização, quando comparada com a leucoplasia e fibrose submucosa. (33)

Apresenta-se com margens bem definidas, de superfície frequentemente lisa, podendo, no entanto, observar-se como uma lesão erosiva, granular ou nodular. (32,33)

É uma lesão tipicamente assintomática sendo facilmente identificável a linha de término entre a lesão tecidual e a mucosa que a envolve. Comumente apresenta-se como uma lesão única, podendo, no entanto, ter lesões multicêntricas que envolvem porções extensas da mucosa oral. (33,34).

A sua localização mais comum é no palato mole, superfície ventral da língua, pavimento da boca e zona retromolar (33,34).

Quando palpada, a eritroplasia é tipicamente de consistência mole, no entanto zonas endurecidas ou lesões firmes à palpação poderão ocorrer quando a transformação maligna já ocorreu. (33)

Os fatores de risco associados são análogos aos do cancro oral, sendo eles o consumo de tabaco e álcool (34).

É considerada uma condição com um potencial de malignização bastante elevado. De facto, em cerca de 85% dos casos de eritroplasias, são identificados sinais de malignidade. (34)

1.4.3. Fibrose submucosa oral (FSO)

A fibrose submucosa oral está associada à utilização crónica de betel quid, sendo este constituído por noz de areca, tabaco, lima e outros aditivos como especiarias, que são posteriormente envolvidos numa folha de betel. De facto, parece existir uma relação com o consumo de produtos secos como *Naan Masala* e *Gutkha*, produtos estes que contêm elevados níveis de noz de areca. (33)

A noz de areca contém arecolina, a qual estimula os fibroblastos, que com a ajuda da lima, que promove a penetração de arecolina na mucosa, leva à fibrose da lâmina própria. (33)

As localizações mais comuns da fibrose submucosa incluem a mucosa oral, seguida da língua, lábio, palato e gengiva. (33)

Com a perda da elasticidade dos tecidos fibroelásticos, algumas características comuns que permitem a identificação desta lesão são a palpação das bandas fibrosas que com o aumento da rigidez causam a limitação da abertura bucal e rigidez da língua. (33)

1.4.4. Líquen plano oral (LPO)

O líquen plano pode ser definido como uma inflamação de cariz crónico, mucocutânea, ocorrendo sobretudo em pacientes nas faixas etárias dos 30 aos 60 anos. (34)

As várias formas de apresentação conhecidas são a forma reticular, caracterizada por estrias brancas entrelaçadas, a forma de placa, clinicamente similar a uma leucoplasia, mas com distribuição multifocal, a forma atrófica ou eritematosa, apresentando manchas vermelhas e estrias brancas finas e por fim a forma erosiva, na qual a área central da lesão encontra-se ulcerada. (39,40)

Histologicamente, identificamos uma degeneração das células basais, corpos coloides, hiperqueratose e infiltrado de linfócitos e histiócitos num padrão denso tipo banda ao longo da interface epitélio com tecido conjuntivo. (41)

As características clínicas do líquen plano não permitem estabelecer o potencial de transformação maligna. Este varia entre os 0 e os 12,5%, sendo que segundo vários autores, o maior risco de malignização ocorre na forma erosiva. (39,40).

1.4.5. Queratose actínica (QA)

A queratose actínica é uma condição caracterizada pela exposição solar prolongada e sem proteção, da qual resultam alterações aos queratinócitos presentes na pele. Podendo ocorrer alteração aguda no *vermillion* do lábio, com maior incidência no lábio inferior. (39,40)

As lesões podem ser comumente encontradas no lábio inferior, e podem ser caracterizadas como lesões brancas, com descamação, secura dos lábios ou presença de crostas. (33)

Afeta principalmente pessoas cuja atividade profissional as mantém expostos ao sol por períodos prolongados.

1.4.6. Lesões do palato no “Tabagismo Reverso”

Lesão comumente encontrada em fumadores, é característica de populações localizadas na Índia, América Latina e nas Filipinas. Esta condição está associada ao hábito de colocar a ponta acesa do cigarro dentro da boca. A ação do calor causa inflamação das glândulas salivares menores presentes no palato duro e no palato mole. (42)

Estas lesões são caracterizadas pela formação de áreas de pigmentação escura/acinzentada, bem definida, e acompanhada de áreas esbranquiçadas/pálidas na mucosa circundante, com ou sem presença de úlceras resultantes do contacto com o calor. (43)

1.4.7. Lúpus eritematoso discoide (LED)

O lúpus é definido como uma doença multisistémica crónica mucocutânea autoimune, de etiologia desconhecida e com um leque variado de manifestações. (44–46)

Localizado sobretudo na mucosa oral, palato duro e vermillion dos lábios, apresenta diversas formas clinicamente identificáveis, sendo elas a forma de disco ou discoide, eritematosa ou ulcerada. (44,45)

A forma mais comum de lúpus é a discoide, esta é caracterizada por erupções cutâneas escamosas, vermelhas, com margens bem delimitadas, podendo também ser identificadas alterações no couro cabeludo e outras áreas de exposição solar. (46,47)

A incidência de carcinoma cutâneo de células escamosas é rara, tendo uma incidência de 3% em pacientes com lúpus eritematoso discoide. (46)

Ocorre sobretudo em indivíduos do sexo feminino, sendo mais comum em mulheres afro-americanas, hispânicas e asiáticas, afetando principalmente as faixas etárias dos 20 e 30 anos.(48)

Não existe cura, existindo apenas tratamento de sintomas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, isto é feito com recurso a terapêutica de anti-inflamatórios, antimaláricos e corticoides, com proteção solar e cessação tabágica. (48)

É expectável que a incidência de cancro oral continue a aumentar em Portugal e, por essa razão, constitui-se fundamental o ensino e preparação dos estudantes de Medicina Dentária para a aquisição de competências que permitam o diagnóstico precoce e tratamento atempado do cancro oral, começando na clínica universitária, um local privilegiado para que seja desenvolvida a observação crítica e capacidade de análise detalhada intra e extra-oral dos pacientes.

1.5. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo determinar quais os conhecimentos e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária do 4º e 5º ano nas Universidades portuguesas, face ao diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas e cancro oral.

Pretende-se também identificar quais as lacunas no conhecimento e práticas por forma a melhorar a formação médico-dentária no âmbito do diagnóstico precoce e tratamento de cancro oral em Portugal.

Materiais e métodos

2. Materiais e métodos

2.1. Tipo de estudo, população e seleção da amostra

O presente estudo dá continuidade à investigação iniciada pelas alunas Lucrezia Vozzo e Maria Silva (25,49), com o objetivo de estender a amostra a todos os estudantes de Medicina Dentária do 4º e 5º ano em Portugal, no ano letivo de 2023/2024. Os alunos obtiveram acesso ao questionário em formato online, inserido na plataforma Qualtrics, através da qual foram recolhidos os dados.

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, com aplicação de um instrumento de recolha de dados entre os meses de Novembro de 2023 e Abril de 2024.

Foram utilizados os contactos fornecidos pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária (ANEMD) para contactar as Associações de Estudantes de cada Faculdade de Medicina Dentária, por forma a que estas fornecessem os endereços de email dos professores que lecionavam a cadeira clínica onde era avaliada a temática do cancro oral.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados baseou-se nos questionários originalmente desenvolvidos por Horowitz (2000) e Dib (2003) e posteriormente adaptados por Rodrigues (2013), Pinto (2021), Vozzo e Silva (2023), sendo dividido em 4 grupos: I - Caracterização pessoal do estudante de Medicina Dentária; II – Opinião pessoal; III – Cancro oral e lesões potencialmente malignas; IV – Prática clínica de diagnóstico de cancro oral. (24,25,30,49–53)

No grupo I são identificados os seguintes parâmetros: nacionalidade; naturalidade; género; idade; Instituição a que pertence; e ano letivo que frequenta.

No grupo II os participantes são questionados sobre como avaliam a sua capacidade de diagnosticar clinicamente uma lesão potencialmente maligna ou uma situação de cancro oral; sobre qual a importância do estudante de Medicina Dentária na prevenção do cancro oral; e se consideram ter obtido formação suficiente para atuar nesta área.

No grupo III foram introduzidas questões teóricas sobre: cancro oral e lesões potencialmente malignas; fatores de risco; locais e características associadas a um maior potencial de malignização; tipo de cancro oral mais comum; género mais afetado e faixa etária.

Já no grupo IV foram introduzidas as perguntas relativas à prática clínica, sendo questionados sobre a realização do rastreio de cancro oral, nomeadamente sobre as estruturas analisadas; sobre a palpação de nódulos linfáticos na região da cabeça e pescoço; e sobre a orientação para o autoexame oral do paciente. Foi também introduzida uma questão sobre biópsias na qual, caso respondessem afirmativamente, seriam remetidos para uma pergunta extra onde especificavam qual o instrumental utilizado na realização das biópsias e, por fim, uma questão sobre qual a atitude a ter em situações de suspeita de malignidade de uma lesão ou de cancro oral. (Anexo I – Questionário)

2.3. Análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi realizada através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0*.

Para a análise descritiva foram realizadas as distribuições de frequências sob a forma de tabelas.

Foram aplicados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para comparar os resultados relativos aos conhecimentos dos estudantes de Medicina Dentária.

Caso estes pressupostos não fossem verificados, recorrer-se-ia ao teste exato de Fisher. O valor de significância utilizado foi de 5%.

2.4. Questões éticas e deontológicas

O pedido de parecer sobre o projeto nº277 para a realização da adenda ao presente estudo foi enviado para a Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da UCP (Universidade Católica Portuguesa), Prof.^a Dr.^a Mara de Sousa Freitas. Foi obtido parecer favorável no dia 03 de novembro de 2023 via email (Anexo II).

Para efeitos de análise estatística, a resposta ao questionário garante o anonimato dos participantes, sendo apenas identificado o número de estudantes por Universidade e o ano letivo em que se encontram.

Resultados

3. Resultados

Os resultados serão apresentados em quatro subcapítulos, divididos de acordo com o questionário aplicado, iniciando com a caracterização da amostra, seguida da análise da opinião dos inquiridos, os conhecimentos teóricos que detém e por fim questões associadas à prática clínica.

Com recurso a tabelas, os resultados são apresentados, incluindo distribuições de frequências e as medidas estatísticas: máximo, mínimo, média, mediana e desvio padrão.

A análise inferencial resultou do cruzamento de variáveis, recorrendo-se aos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis por não se ter verificado o pressuposto da normalidade.

3.1. Caracterização sociodemográfica do estudante de Medicina Dentária

Na tabela 1, é possível observar a caracterização da amostra, segundo diversas variáveis, sendo elas a nacionalidade, género, idade, Instituição de ensino e ano letivo que frequenta.

Neste estudo participaram 105 estudantes de Medicina Dentária, sendo a maioria de nacionalidade “portuguesa”, 66.7% (n=70). As nacionalidades identificadas em segunda instância foram “italiana” e “francesa” que contaram com a mesma distribuição de estudantes, 10,5% (n=11).

Dos participantes, 70 identificaram-se como sendo do género “feminino” e 34 do género “masculino”, tendo um estudante selecionado a opção “outro”. Relativamente à idade, os inquiridos identificaram-se maioritariamente nas idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos, 87,6% (n=92).

A maioria refere estudar numa Instituição do interior, 69,5% (n=73), tendo os restantes identificado Universidades do litoral. Olhando para a distribuição por ano, 43,8% (n=46) dos inquiridos identificam-se no “4º ano” e 56,2% (n=59) no “5º ano”.

Tabela 1 – Identificação descritiva da amostra

Variáveis	Frequência	
	n	%
Nacionalidade		
Argelino	1	1,0%
Angolana	1	1,0%
Argentina	1	1,0%
Brasileira	4	3,8%
Cabo-verdiana	1	1,0%
Espanhola	3	2,9%
Francesa	11	10,5%
Iraniano	2	1,9%
Italiana	11	10,5%
Portuguesa	70	66,7%
Total	105	100%
Género		
Feminino	70	66,7%
Masculino	34	32,4%
Outro	1	1,0%
Total	105	100%
Idade		
18-20 anos	2	1,9%
21-30 anos	92	87,6%
31-40 anos	5	4,8%
41-50 anos	6	5,7%
Total	105	100%
Instituição que frequenta		
FMDU Lisboa	11	10,5%
FMDU Porto	2	1,9%
UCP- FMD Viseu	73	69,5%
U. Fernando Pessoa	19	18,1%
Total	105	100%
Ano que frequenta		
4º ano	46	43,8%
5º ano	59	56,2%
Total	105	100%

3.2. Opinião pessoal

Na tabela 2, foram identificadas as perceções e opiniões pessoais dos participantes sobre as suas capacidades de diagnóstico e a importância que atribuem ao diagnóstico precoce e prevenção de cancro oral.

É possível verificar que 81,0% (n=85) dos inquiridos, reconhece que a sua capacidade de diagnosticar clinicamente uma lesão potencialmente maligna é

“razoável/boa”, sendo que restantes 19 afirmam não se sentirem cómodos no diagnóstico.

No que diz respeito à importância do seu papel enquanto estudantes de Medicina Dentária, na prevenção e deteção precoce do cancro oral, a grande maioria, 94,3% (n=99) referem ter um papel “muito importante”, tendo os restantes identificado que é “importante, mas não é o principal responsável”.

Quanto à opinião dos estudantes, relativamente à sua formação no âmbito da prevenção e diagnóstico precoce de cancro oral na respetiva Universidade em que estudam, 57,1% (n=60) referem que obtiveram formação suficiente.

Tabela 2 – Avaliação da capacidade na prevenção e deteção do cancro oral

	Variáveis	Frequência	
		n	%
“Como avalia a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou cancro oral”	Muito boa	1	1,0%
	Boa	42	40,0%
	Razoável	43	41,0%
	Não me sinto confortável	19	18,1%
	Total	105	100%
“Na sua opinião, qual a importância de um estudante de Medicina Dentária (futuro Médico Dentista) na prevenção e deteção do cancro oral?”	Muito importante	99	94,3%
	Importante, mas não é o principal responsável	6	5,7%
	Total	105	100%
“Na sua opinião obteve formação suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na Universidade onde estudou?”	Sim	60	57,1%
	Não	25	23,8%
	NS/NR	20	19,0%
	Total	105	100%

3.3. Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas

Nesta secção, solicitou-se aos inquiridos que identificassem as seguintes características: fatores de risco, locais e lesões com maior potencial de malignização, género e idade, assim como qual o tipo de cancro mais frequentemente diagnosticado.

Na tabela 3, é possível identificar as respostas relativas aos fatores de risco associados ao cancro oral, sendo eles: “tabaco”, “obesidade”, “álcool”, “lesões potencialmente malignas”, “vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18”,

e “exposição a radiação UV”. Aos fatores referidos anteriormente, pretendia-se que os participantes respondessem de forma positiva, e nos restantes seria esperada uma resposta negativa.

É possível verificar que responderam acertadamente: 97,1% (n=102) ao fator “tabaco”, 86,7% (n=91) ao fator “lesões potencialmente malignas”, 73,3% (n=77) ao fator “álcool”, 70,5% (n=74) ao fator “vírus do papiloma subtipo 16 e 18,” 61,9% (n=65) ao fator “exposição a radiação UV” e 13,3% (n=14) ao fator “obesidade”. Não obstante, ao não selecionarem os fatores que restam, considera-se que os estudantes de Medicina Dentária estão a responder corretamente.

Em termos médios, a partir do mínimo de quatro e máximo de dez, podemos identificar 7,41 respostas corretas por inquirido, tendo um desvio padrão de 1,31 respostas corretas. Desta forma, 96,2% (n=101) dos inquiridos responderam parcialmente correto à questão sobre os fatores de risco e 3,8% (n=4) responderam totalmente correto.

Tabela 3 – Identificação dos fatores de risco relacionados com o cancro oral

Fatores de risco	Sim n (%)	Não n (%)
“Tabaco”	102 (97,1%)	3 (2,9%)
“Álcool”	77 (73,3%)	28 (26,7%)
“Obesidade”	14 (13,3%)	91 (86,7%)
“Vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18”	74 (70,5%)	31 (29,5%)
“Vírus do papiloma humano subtipo 6 e 11”	38 (36,2%)	67 (63,8%)
“Lesões potencialmente malignas”	91 (86,7%)	14 (13,3%)
“Hipertensão”	6 (5,7%)	99 (94,3%)
“Colesterol”	6 (5,7%)	99 (94,3%)
“Exposição a radiação UV”	65 (61,9%)	40 (38,1%)
“Vírus herpes simplex”	15 (14,3%)	90 (85,7%)

Número de respostas corretas mínimo =4; máximo =10; \bar{X} =7,41, s=1,31

Classificação das respostas corretas: Parcialmente corretas – 96,2% (n=101); Totalmente corretas – 3,8% (n=4)

\bar{X} – média; s – desvio padrão

Analisando a tabela 4, são apresentados os valores relativos à identificação dos locais de maior potencial de malignização de cancro oral pelos inquiridos. São consideradas respostas corretas: a “língua”, o “pavimento da boca” e o “palato mole”. Pretende-se que os inquiridos respondam positivamente a estes fatores e não selecionem os restantes.

Tendo em conta a tabela 4 supracitada, 87,6% (n=92) dos inquiridos identificou corretamente o local “língua”, 72,4% (n=76) o “pavimento da boca” e 27,6% (n=29) o “palato mole”. Da mesma forma, ao não selecionarem os restantes locais, os inquiridos também estarão a responder acertadamente.

Com um mínimo de duas e máximo de sete respostas consideradas corretas, obteve-se uma média de 4,87 respostas corretas por estudante, com um desvio padrão de 1,07.

Por forma a resumir, 96,2% (n=101) dos inquiridos responderam parcialmente correto aos locais associados a maior potencial de malignização e 3,8% (n=4) responderam totalmente correto.

Tabela 4 – Identificação dos locais associados a maior potencial de malignização

Locais	Sim n (%)	Não n (%)
“Língua”	92 (87,6%)	13 (12,4%)
“Pavimento da boca”	76 (72,4%)	29 (27,6%)
“Mucosa jugal”	62 (59,0%)	43 (41,0%)
“Rebordo alveolar”	7 (6,7%)	98 (93,3%)
“Gengiva”	15 (14,3%)	90 (85,7%)
“Palato duro”	22 (21,0%)	83 (79,0%)
“Palato mole”	29 (27,6%)	76 (72,4%)

Número de respostas corretas mínimo =2; máximo =7; \bar{X} =4,87, s=1,07

Classificação das respostas corretas: Parcialmente corretas – 96,2%

(n=101); Totalmente corretas – 3,8% (n=4)

\bar{X} – média; s – desvio padrão

Relativamente à tabela 5, são apresentados os resultados da identificação das lesões potencialmente malignas, sendo elas: “palato do fumador invertido”, “eritroplasia”, “leucoplasia”, “líquen plano erosivo”, “lúpus” e “queilite actínica”.

Observando a tabela constata-se que responderam corretamente: 74,3% (n=78) à “leucoplasia”, 73,3% (n=77) à “eritroplasia”, 61,0% (n=64) ao “palato do fumador invertido”, 60,0% (n=63) ao “líquen plano erosivo”, 29,5% (n=31) à “queilite actínica” e 22,9% (n=24) ao “lúpus”.

Com o mínimo de dois e máximo de nove, em média, foi possível obter 5,84 respostas corretas por estudante, tendo um desvio padrão de 1,59 respostas corretas. Sintetizando, 95,2% (n=100) dos inquiridos responderam parcialmente correto à questão sobre as lesões potencialmente malignas e 4,8% (n=5) responderam totalmente correto.

Tabela 5 – Identificação das lesões com maior potencial de malignização

Lesões	Sim n (%)	Não n (%)
“Fibroma traumático”	13 (12,4%)	92 (87,6%)
“Leucoplasia”	78 (74,3%)	27 (25,7%)
“Lesões brancas traumáticas”	10 (9,5%)	95 (90,5%)
“Eritroplasia”	77 (73,3%)	28 (26,7%)
“Líquen plano erosivo”	63 (60,0%)	42 (40,0%)
“Lúpus”	24 (22,9%)	81 (77,1%)
“Candidíase”	16 (15,2%)	89 (84,8%)
“Queilite actínica”	31 (29,5%)	74 (70,5%)
“Palato do fumador invertido”	64 (61,0%)	41 (39,0%)

Número de respostas corretas mínimo =2; máximo =9; \bar{X} =5,84, s=1,59

Classificação das respostas corretas: Parcialmente corretas – 95,2% (n=100); Totalmente corretas – 4,8% (n=5)

\bar{X} – média; s – desvio padrão

Olhando para a tabela 6 são exibidos os resultados relativos às características identificadas como tendo maior potencial de malignização. As características: “lesões ulceradas e hemorrágicas”, “cor da lesão (eritroplásica e leucoplásica)” e “tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta ao

tratamento” devem ser identificadas pelos participantes para que a resposta seja considerada correta.

Os inquiridos responderam acertadamente: 76,2% (n=80) à característica “lesões ulceradas e hemorrágicas”, 68,6% (n=72) à característica “cor da lesão (eritroplásica e leucoeritroplásica)”, e 65,7% (n=69) ao “tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta de tratamento”. Ou seja, responderam corretamente às: “lesões moles e exofíticas” 86,7% (n=91) e “lesões de crescimento lento” 85,7% (n=90).

Com base nos resultados apresentados na tabela supracitada, observa-se que com um mínimo de duas e máximo de cinco, obteve-se em média 3,83 respostas corretas por inquirido e um desvio padrão de 1,02. Desta forma, 67,6% (n=71) dos inquiridos responderam parcialmente correto à questão e 32,4% (n=34) responderam totalmente correto.

Tabela 6 – Identificação das características associadas a maior potencial de malignização

Caraterísticas	Sim n (%)	Não n (%)
“Cor da lesão: eritroplásicas e leucoeritroplásicas”	72 (68,6%)	33 (31,4%)
“Lesões ulceradas e hemorrágicas”	80 (76,2%)	25 (23,8%)
“Tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta de tratamento”	69 (65,7%)	36 (34,3%)
“Lesões moles e exofíticas”	14 (13,3%)	91 (86,7%)
“Lesões de crescimento lento”	15 (14,3%)	90 (85,7%)
Número de respostas corretas mínimo =2; máximo =5; \bar{X} =3,83, s=1,02		
Classificação das respostas corretas: Parcialmente corretas – 67,6% (n=71); Totalmente corretas – 32,4% (n=34)		

\bar{X} – média; s – desvio padrão

Quanto ao cancro oral mais comum, 73,3% (n=77) dos estudantes de Medicina Dentária responderam corretamente, identificando a opção “carcinoma”, como é possível observar na tabela 7.

Tabela 7 – Identificação dos conhecimentos sobre o tipo de cancro oral mais comumente diagnosticado

Tipo de cancro	Frequência	
	n	%
“Tumores ósseos”	2	1,9%
“Carcinoma”	77	73,3%
“Sarcoma”	7	6,7%
“Melanoma”	8	7,6%
“NS/NR”	11	10,5%
Total	105	100%

É sabido que o género masculino e a faixa etária maior que 40 anos são fatores de risco para o desenvolvimento de cancro oral.

Olhando para a tabela 8, o género mais identificado foi o “masculino”, com 51,4% (n=54) dos inquiridos a responderem de forma correta. A faixa etária mais identificada foi “maior que 40 anos”, com 85,7% (n=90) dos estudantes a responderem acertadamente.

Tabela 8 – Identificação dos conhecimentos relativos ao género e idade dos inquiridos

Variáveis	Frequência		
	n	%	
“Qual o género mais frequentemente afetado por cancro oral?”	Feminino	23	21,9%
	Masculino	54	51,4%
	Ambos de igual forma	18	17,1%
	NS/NR	10	9,5%
	Total	105	100%
“Qual a faixa etária mais comum para o aparecimento do cancro oral?”	19-39 anos	9	8,6%
	≥40 anos	90	85,7%
	NS/NR	6	5,7%
	Total	105	100%

Olhando para a tabela 9 é possível verificar o número de respostas totalmente corretas, parcialmente corretas e erradas para cada estudante de Medicina Dentária, no que toca aos conhecimentos sobre lesões potencialmente malignas e cancro oral.

É possível notar que 20,0% (n=21) dos inquiridos não tiveram respostas erradas, 36,2% (n=38) dos inquiridos tiveram uma “resposta errada”, 95,2% (n=100) obtiveram três “respostas parcialmente corretas” e 21,9% (n=23) obtiveram “pelo menos quatro respostas corretas”.

Olhando para a média, foi possível obter-se $2,55 \pm 1,24$ respostas “totalmente corretas”, $2,94 \pm 0,27$ “parcialmente corretas” e $1,50 \pm 1,15$ respostas “erradas” por estudante participante no estudo.

Tabela 9 – Identificação do número de respostas totalmente e parcialmente corretas e de respostas erradas

Nº de respostas	Frequência dos inquiridos que deram respostas:		
	Erradas n (%)	Parcialmente corretas n (%)	Totalmente corretas n (%)
“Zero”	21 (20,0%)	---	7 (6,7%)
“Uma”	38 (36,2%)	1 (1,0%)	14 (13,3%)
“Duas”	25 (23,8%)	4 (3,8%)	25 (23,8%)
“Três”	14 (13,3%)	100 (95,2%)	36 (34,3%)
“Quatro”	7 (6,7%)	---	20 (19,0%)
“Cinco”	---	---	2 (1,9%)
“Seis”	---	---	1 (1,0%)
Total	105 (100%)	105 (100%)	105 (100%)
$\bar{X} \pm s$	$1,50 \pm 1,15$	$2,94 \pm 0,27$	$2,55 \pm 1,24$

\bar{X} – média; s – desvio padrão

3.4. Prática clínica de diagnóstico de cancro oral

Analisando a tabela 10, são apresentados os resultados relativos à prática dos estudantes de Medicina Dentária na prevenção do cancro oral. Verifica-se que 82,9% (n=87) dos inquiridos afirmam incluir a “palpação dos nódulos linfáticos” no exame que realizam. Observa-se que 93,3% (n=98) afirmam realizar a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar durante o exame intra-oral. Já no que diz respeito à “orientação do doente para o auto-exame oral” apenas 43,8% (n=46) procuram fazê-lo com “todos os seus doentes” e 32,4% (n=34) “apenas o faz com os doentes de risco”. Os restantes inquiridos afirmaram que “não o faziam”.

Perante suspeita de malignidade de uma lesão/cancro oral, 47,6% (n=50) dos inquiridos realiza o “encaminhamento do doente para um especialista em Cirurgia oral/ Medicina oral” e 39,0% (n=41) afirmam que nessa situação “realiza biópsia”.

É possível observar-se também que 12,4% (n=13) dos inquiridos afirma já ter realizado uma biópsia, tendo sete recorrido ao “bisturi tradicional”, quatro a “laser” e dois ao “bisturi elétrico”.

Tabela 10 – Identificação da prática e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária

Variáveis	Frequência	
	n	%
No exame intra-oral, realiza a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?	Sim	87 82,9%
	Não	18 17,1%
	Total	105 100%
	<hr/>	
No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar?	Sim	98 93,3%
	Não	7 6,7%
	Total	105 100%
	<hr/>	
Procura orientar o doente para o auto-exame oral?	Sim, todos os pacientes	46 43,8%
	Sim, mas apenas os pacientes de risco	34 32,4%
	Não	25 23,8%
	Total	105 100%
Já realizou alguma biópsia nas suas aulas clínicas	Sim	13 12,4%
	Não	92 87,6%
	Total	105 100%
	<hr/>	
Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão suspeita de malignidade/cancro oral?	Encaminhamento para Cirurgia oral/ Medicina oral	50 47,6%
	Encaminhamento para um hospital de referência	6 5,7%
	Encaminhamento IPO	5 4,8%
	Faço biópsia	41 39,0%
	Encaminhamento IPO e faço biópsia	3 2,9%
	Total	105 100%

Na tabela 11 apresenta-se a caracterização do número de respostas erradas, parcialmente e totalmente corretas dadas pelos estudantes relativamente às seguintes variáveis independentes dos alunos inquiridos: ano

de frequência, região onde estuda, nacionalidade, avaliação da capacidade para efetuar diagnóstico, importância de prevenção e deteção do cancro oral, obtenção de formação suficiente na área, realização da palpação dos nódulos e procura de orientação dos doentes para o autoexame oral.

Relativamente ao ano de frequência, é possível notar que, em termos médios, os alunos do 5º ano obtiveram resultados ligeiramente inferiores nas respostas erradas, $1,31 \pm 1,09$, ligeiramente superiores nas respostas parcialmente corretas e totalmente corretas, $2,95 \pm 0,22$ e $2,75 \pm 1,14$, respetivamente. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas nos resultados entre os estudantes de 4º e 5º anos apresentam significância estatística no número de respostas erradas e no número de respostas totalmente corretas. Com isto, é possível afirmar que os alunos de 5º obtiveram resultados significativamente superiores.

Quando analisado consoante a região onde estudam, em termos médios, os alunos que estudam em instituições do interior tiveram resultados superiores nas respostas erradas, $1,71 \pm 1,16$ e nas respostas parcialmente corretas, $2,96 \pm 0,10$. Nas respostas totalmente corretas foram os alunos que estudam em instituições do litoral que obtiveram resultados médios mais elevados, $3,06 \pm 1,16$. Após aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas nos resultados entre os estudantes que estudam no litoral e no interior apresentam significância estatística no número de respostas erradas e no número de respostas totalmente corretas.

Analisando segundo a nacionalidade observa-se que os alunos de Medicina Dentária de nacionalidade portuguesa obtiveram resultados, em termos médios, inferiores no número de respostas erradas, $1,46 \pm 1,15$ e superiores no número de respostas totalmente corretas, $2,61 \pm 1,27$. Com a aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas nos resultados entre os estudantes de distintas nacionalidades não apresentam significância estatística.

Já na avaliação da capacidade para efetuar diagnóstico realizada pelos estudantes observa-se que o valor médio mais elevado nas respostas erradas, $1,70 \pm 1,19$, é dos inquiridos que se avaliaram com razoável. Aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis concluiu-se que as diferenças observadas entre

os inquiridos com avaliações distintas da sua capacidade de realização de diagnóstico relativamente ao número de respostas erradas, parcialmente corretas e totalmente corretas não são estatisticamente significativas.

Consequentemente, nos resultados obtidos para as respostas erradas, parcialmente corretas e totalmente corretas em função da opinião sobre a importância da prevenção e deteção do cancro oral (como já referido a maioria defende que é muito importante) não se verificaram, pelo teste não paramétrico Mann-Whitney, diferenças estatisticamente significativas.

É possível observar-se que os alunos de Medicina Dentária que afirmaram ter obtido formação suficiente para atuarem na prevenção e diagnóstico do cancro oral obtiveram, em termos médios, menor resultado no número de respostas erradas, $1,23 \pm 1,08$, e o resultado mais elevado no número de respostas totalmente corretas, $2,87 \pm 1,21$. Através da aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas nos resultados entre os estudantes que consideram ter obtido formação suficiente na área e os que consideram não ter obtido apresentam significância estatística no número de respostas erradas e no número de respostas totalmente corretas.

Relativamente aos resultados obtidos em função da realização de palpação de nódulos verifica-se que, em termos médios, os alunos que referem fazê-lo, apresentaram menor número de respostas erradas, $1,33 \pm 1,13$ e o maior número de respostas totalmente corretas, $2,72 \pm 1,23$. Pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas nos resultados entre os estudantes que afirmam realizar a palpação dos nódulos e os que não o fazem apresentam significância estatística no número de respostas erradas e no número de respostas totalmente corretas.

Relativamente à orientação do doente para o autoexame oral concluiu-se que as diferenças observadas relativamente ao número de respostas erradas, parcialmente corretas e totalmente corretas não são estatisticamente significativas.

Tabela 11 – Identificação do número de respostas totalmente e parcialmente corretas e respostas erradas fornecidas pelos estudantes relativamente a algumas variáveis independentes

Variáveis independentes		Respostas erradas		Respostas parcialmente corretas		Respostas totalmente corretas	
		$\bar{X} \pm s$	\bar{X}	$\bar{X} \pm s$	\bar{X}	$\bar{X} \pm s$	\bar{X}
Ano de frequência	4º ano (n=46)	1,76±1,20	2,00	2,93±0,33	3,00	2,30±1,33	3,00
	5º ano (n=59)	1,31±1,09	1,00	2,95±0,22	3,00	2,75±1,14	3,00
	Teste Mann-Whitney	Z=-2,188; p=0,029*		Z=-0,149 p=0,882		Z=-2,232; p=0,026*	
Região onde estuda	Litoral (n=32)	1,03±1,00	1,00	2,91±0,39	3,00	3,06±1,16	3,00
	Interior (n=73)	1,71±1,16	1,00	2,96±0,10	3,00	2,33±1,21	3,00
	Teste Mann-Whitney	Z=-2,749; p=0,006*		Z=-0,500 p=0,617		Z=-2,618; p=0,009*	
Nacionalidade	Portuguesa (n=70)	1,46±1,15	1,00	2,93±0,31	3,00	2,61±1,27	3,00
	Outra (n=35)	1,60±1,17	1,00	2,97±0,17	3,00	2,43±1,20	3,00
	Teste Mann-Whitney	Z=-0,607; p=0,544		Z=-0,654 p=0,513		Z=-0,604; p=0,546	
“Como avalia a sua capacidade para efetuar diagnóstico”	Boa/ Muito boa (n=43)	1,37±1,07	1,00	2,93±0,34	3,00	2,70±1,19	3,00
	Razoável (n=43)	1,70±1,19	2,00	2,93±0,26	3,00	2,37±1,29	2,00
	Não me sinto confortável (n=19)	1,37±1,26	1,00	3,00±0,00	3,00	3,00±0,00	3,00
	Teste Kruskal - Wallis	H=2,137; p=0,344		H=1,374; p=0,503		H=1,744; p=0,418	
“Qual a importância do Médico Dentista na prevenção e deteção do cancro oral”	Muito importante (n=99)	1,51±1,16	1,00	2,94±0,28	3,00	2,56±1,26	3,00
	Importante, mas não o principal (n=6)	1,50±1,05	1,50	3,00±0,00	3,00	2,50±1,05	2,50
	Teste Kruskal - Wallis	H=-0,136; p=0,892		H=-0,561; p=0,575		H=-0,200; p=0,842	
“Obteve formação suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico”	Sim (n=60)	1,23±1,08	1,00	2,90±0,35	3,00	2,87±1,21	3,00
	Não (n=25)	1,76±1,13	2,00	3,00±0,00	3,00	2,24±1,13	2,00
	Teste Mann-Whitney	Z=-2,138; p=0,032*		Z=-1,479; p=0,139		Z=-2,285; p=0,022*	
“Realiza a palpação dos nódulos”	Sim (n=87)	1,34±1,13	1,00	2,93±0,30	3,00	2,72±1,23	3,00
	Não (n=18)	2,28±0,96	2,00	3,00±0,00	3,00	1,72±0,96	2,00
	Teste Mann-Whitney	Z=-3,293; p=0,001*		Z=-1,037; p=0,294		Z=-3,316; p=0,001*	
“Procura orientar o doente para o autoexame oral”	Sim, todos os pacientes (n=46)	1,48±1,07	1,00	2,93±0,33	3,00	2,59±1,16	3,00
	Sim, os pacientes de risco (n=34)	1,56±1,24	1,00	2,94±0,24	3,00	2,50±1,31	3,00
	Não (n=25)	1,48±1,23	2,00	2,94±0,20	3,00	2,56±1,29	3,00

**Teste Kruskal -
Wallis**

H=0,007; p=0,997

H=0,131; p=0,936

H=0,002; p=0,999

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; \tilde{X} – mediana; Z – Estatística teste Mann-Whitney; H – Estatística teste Kruskal-Wallis; p=valor de prova

Discussão

4. Discussão

Na qualidade de estudantes e futuros Médicos Dentistas, um tema como o cancro oral é de real importância. Constitui-se como uma patologia que anualmente aumenta em incidência e por essa razão é fundamental o Médico Dentista ter os conhecimentos e as atitudes necessárias para diagnosticar precocemente ou até mesmo tratar.

Esta atenção deve iniciar-se durante a formação dos estudantes de Medicina Dentária pois são eles que, durante o seu processo formativo, se encontram numa posição privilegiada, sendo capazes de acompanhar o paciente, enquanto cimentam os seus conhecimentos nas variadas áreas da Medicina Dentária e identificam as lacunas no seu conhecimento.

Estas lacunas devem, ao concluírem a sua formação, estar sanadas, por forma a que consigam durante a sua vida profissional realizar a identificação de cancro oral, na sua fase inicial, para melhorar o prognóstico de evolução da doença.

O presente estudo obteve uma amostra de 105 participantes, que concluíram o questionário na sua totalidade, dimensão amostral que vai ao encontro dos estudos realizados fora do nosso país, como o estudo de Frola *et al.* com 121 estudantes da Universidade de Granada (54) e o estudo de Tarakji *et al.* com 189 participantes pertencentes a várias Universidades privadas da Arábia Saudita (18), existindo múltiplos outros estudos que também procuraram analisar os conhecimentos e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária relativamente ao cancro oral (7,15,16,20,23,29,31,50,55–65)

4.1. Caracterização sociodemográfica do estudante de Medicina Dentária

O presente estudo contou com uma amostra de 105 estudantes de Medicina Dentária de Faculdades de Medicina Dentária em Portugal, entre os quais 46 são estudantes do 4º ano e 59 são do 5º ano. Estes dados revelam um aumento na participação de estudantes finalistas quando comparado com o estudo de Vozzo *et al.* que apresentava uma distribuição de 53,3% de estudantes no 4º ano e 46,7% no 5º ano. (25)

Olhando para a distribuição por nacionalidade, a maioria dos estudantes nas Faculdades de Medicina Dentária em Portugal que responderam ao questionário são de nacionalidade portuguesa, correspondendo a 70 estudantes (66,7%). É de referir que a representação francesa e italiana é igual (10,5%), encontrando-se ainda estudantes de várias outras nacionalidades como: Argelina, Angolana, Brasileira, Cabo-verdiana e Espanhola. Esta representação multicultural pode ser explicada pela existência do programa de internacionalização que permite a deslocação de estudantes entre países com o objetivo de fomentar a sua formação ao depararem-se com novas realidades.

A internacionalização que verificamos ao analisar esta amostra, traz consigo diversas vantagens, já que permite abrir novos horizontes e conhecimentos para os alunos que optam por estudar fora do seu país. Esta internacionalização cada vez mais faz sentido, na ótica do enriquecimento formativo que traz a todos os estudantes, coisa que não seria possível sem a mobilidade existente nos dias de hoje.

Relativamente ao género, a maioria dos estudantes pertencem ao género feminino, com 70 estudantes identificados (66,7%) e 34 do género masculino (32,4%), sendo 1 estudante identificado como “outro” (1%). Mantém-se, portanto, uma distribuição semelhante ao estudo realizado por *Vozzo et al.*, com uma distribuição por género de 64,4% para o género feminino e 35,6% para o género masculino. (25) Valores semelhantes podem, igualmente, ser encontrados no estudo de *Frola et al.*, realizado na Universidade de Granada, onde 67,8% dos participantes identificaram-se como sendo do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. (54)

Por outro lado, podemos encontrar estudos como o de *Tarakji et al.*, onde as taxas de resposta foram superiores no género masculino 122 (65%) comparativamente ao género feminino 67 (35%). Esta diferença de resultados pode eventualmente, ser explicada pelo facto da investigação ter sido realizada na Arábia Saudita onde, pelas diferenças culturais, a participação maioritária do sexo masculino pode ser justificada. (18).

Quando olhamos para a distribuição por faixas etárias, a faixa dos 21 aos 30 anos detém a grande maioria de estudantes, com 92 estudantes (87,6%), valores corroborados pelo estudo realizado por *Vozzo et al.*, cujo valor se encontrava nos 92,2%. (25) Resultados semelhantes podem ser vistos no estudo

de Frola *et al.*, onde a média de idades dos participantes era de 23,4 anos. (54) Também outros estudos onde a amostra é composta por estudantes de Medicina Dentária apresentam resultados semelhantes, como é o caso da investigação de Shadid *et al.*, realizada na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Árabe Americana localizada na Palestina, na qual 94,1% dos inquiridos apresentavam idades inferiores aos 30 anos. (20)

4.2. Opinião pessoal

O papel do estudante de Medicina Dentária na deteção precoce do cancro oral é considerado pelos mesmos, na sua grande maioria (94,3%), como muito importante, existindo apenas uma pequena percentagem (5,7%) de estudantes que consideram não ser os principais responsáveis. Valores que são corroborados no estudo de Vozzo *et al.* cujos valores são semelhantes (91,1% e 8,9%, respetivamente). (25) Estes resultados vão ao encontro de vários outros estudos realizados internacionalmente, nos quais são comprovados os conhecimentos e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária sobre o cancro oral, revelando o trabalho e esforço realizado por todos os estudantes, independentemente do país onde estudam. (7,15,16,20,23,29,31,50,55–65)

A grande maioria dos inquiridos, 85 estudantes (81%), considera que a sua capacidade de realizar um diagnóstico em contexto clínico, de uma lesão potencialmente maligna é razoável/boa. Resultados que não são corroborados por estudos como o de Tarakji *et al.*, no qual apenas 40.7% dos estudantes de Medicina Dentária reportam ter bom treino para a realização de despiste de cancro oral. (18)

Quanto à obtenção de formação considerada suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral, 60 estudantes (57,1%) consideram ter obtido formação suficiente, 25 (23,8%) referem não ter obtido formação suficiente e 20 (19%) não quiseram responder. Por outro lado, um estudo realizado por Al-Maweri a 163 estudantes de Medicina Dentária da Universidade do Sana'a, no Líbano, refere que 72,4% dos estudantes afirmam não ter recebido conhecimento suficiente relativamente à prevenção e diagnóstico de cancro oral, enquanto 86% referem querer mais informação sobre o tema. (58)

4.3. Considerações sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas

Vários estudos procuraram avaliar quais os principais fatores de risco identificados por estudantes de Medicina Dentária quando o tema é o cancro oral. Segundo um estudo realizado por Tarakji *et al.*, os estudantes identificaram como principais fatores de risco o “tabaco” (87%) e o “álcool” (83,6%). (18) Também Keser *et al.*, num estudo realizado a 198 estudantes da Universidade de Marmara na cidade de Istambul, Turquia, referem que os estudantes identificam o “tabaco” (92,48%) e o “álcool” (84,21%) como principais fatores. (15)

Semelhante a estes estudos, na presente investigação, o consumo de tabaco (97,1%) e álcool (73,3%), foram identificados como sendo os principais fatores de risco para o desenvolvimento de cancro oral pelos estudantes de Medicina Dentária nas Faculdades de Medicina Dentária em Portugal.

Parece claro para os estudantes de Medicina Dentária a importância de identificar hábitos tabágicos e etanólicos durante a realização da anamnese, sendo fundamental consciencializar os pacientes sobre uma possível associação entre o potencial de malignização de uma lesão e estes hábitos que são nocivos para a saúde.

Quando questionados sobre os locais mais comuns com potencial de malignização, os estudantes identificam maioritariamente o local “língua” (87,6%) seguido do local “pavimento da boca” (72,4%) como os locais mais comuns. Resultados semelhantes podem ser encontrados na literatura em estudos como o de Dumitrescu *et al.*, realizado a 192 estudantes da Universidade de Sibiu, Roménia, onde foram selecionados os locais “língua” (87,7%) e “pavimento da boca” (54,3%), ou o estudo de Sallam *et al.*, realizado a 376 estudantes da Universidade da Jordânia, onde o local “língua” e “pavimento da boca” foram selecionados pela grande maioria dos participantes (96,8% e 90,5% respetivamente). (24,50) São também encontrados valores similares de identificação em outros estudos como o de Murariu *et al.* realizado em 197 estudantes da Universidade Alexandre João Cuza, Iași, Roménia, (96,8% e 61,9% respetivamente) (30) e o de Joseph *et al.* realizado a 73 estudantes da Universidade do Kuwait (71,2% em ambos os locais). (16) Também no estudo de Vozzo *et al.*, a “língua” (84,4%) e o “pavimento da boca”

(65,6%) são os mais identificados pelos inquiridos, seguidos da “mucosa jugal” (44,4%) e “palato mole” (36,7%). (25)

Relativamente às lesões com maior potencial de malignização, estudos como o de Hassona *et al.*, realizado em 456 estudantes da Universidade da Jordânia, identificam a “leucoplasia” e “eritroplasia” (45,2% e 37,5% respetivamente). (29) Outros estudos como o de Joseph *et al.*, identificam também a “leucoplasia” e “eritroplasia” (84,9% em ambos) (16). No presente estudo podemos observar a identificação da “leucoplasia” (74,3%) seguida da “eritroplasia” (73,3%) e “palato do fumador invertido” (61,0%) enquanto lesões com maior potencial de malignização, valores que vão ao encontro do estudo de Vozzo *et al.*, onde os inquiridos identificam o “palato do fumador invertido” (72,2%), a “leucoplasia” (67,8%) e a “eritroplasia” (56,7%), apesar de neste último, o “palato do fumador invertido” ser o mais identificado entre os participantes. (25)

Olhando para as características associadas a um maior potencial de malignização, num estudo realizado por Al-Maweri *et al.*, as características selecionadas são “ulceração” (93,3%), seguida de “mancha de cor vermelha (79,8%) e branca” (81,6%) e “hemorragia” (39,3%). (58)

Também no presente estudo foram as “lesões ulceradas e hemorrágicas” (76,2%) a característica mais selecionada, seguida da “cor da lesão eritroplásica e leucoeritroplásica” (68,6%) e “tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta ao tratamento” (65,7%). Apresentando valores semelhantes ao estudo de Vozzo *et al.*, onde as “lesões ulceradas e hemorrágicas” (71,1%), a “cor da lesão (eritroplásicas e leucoeritroplásicas)” (66,7%) e o “tempo de lesão superior a 2 semanas sem resposta de tratamento (71,1%) foram igualmente as mais selecionadas pelos inquiridos. (25)

Relativamente aos conhecimentos sobre o tipo de cancro oral mais comum, no estudo realizado o “carcinoma de células escamosas” foi identificado pela maioria dos estudantes de Medicina Dentária (73,3%). Estes resultados podem ser corroborados pelos estudos de Al-Maweri *et al.* realizado em 156 estudantes da Universidade do Sana’a, Lémén (92%) e Fotedar *et al.* realizado em 198 estudantes da Universidade Indira Gandhi, Pradesh, Índia (98, 3%). (58,66). Um valor semelhante (83,3%) foi apresentado por Vozzo *et al.* (25)

Relativamente ao género mais frequentemente afetado pelo cancro oral sabe-se que é o “masculino”, sendo que 51,4% (n=54) dos estudantes de Medicina Dentária responderam corretamente. Um valor semelhante (50,0%) foi apresentado por Vozzo *et al.* (25) Algo que pode ser comprovado no estudo de Maleki *et al.*, o qual refere que o sexo masculino tem duas vezes maior probabilidade de ser diagnosticado com cancro oral, em comparação com o sexo feminino. (67)

A faixa etária mais comum para o aparecimento do cancro oral é “maior de 40 anos”, 85,7% (n=90) dos inquiridos respondeu corretamente a esta questão. Dados corroborados pelo estudo de Keser *et al.*, no qual a idade identificada foi superior a 40 anos pela maioria dos participantes (66,2%). (15,61)

Os resultados apresentados nesta secção são transversais a vários autores, evidenciando que os programas curriculares instituídos nas diversas Universidades a nível internacional abordam, com regularidade, as principais matérias relativas aos conhecimentos necessários para atuar perante uma suspeita de cancro oral.

4.4. Prática clínica de diagnóstico de cancro oral

Tem-se que, 93,3% (n=98) afirmou que no “exame intra-oral que realiza inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar”. Dados que podem ser verificados similarmente nos estudos de Frola *et al.*, onde 79,3% dos estudantes referem examinar a mucosa oral dos seus pacientes de forma regular. (54) Também no estudo de Kamran *et al.*, realizado a 482 estudantes da Universidade King Saud, em Riyadh, Arábia Saudita, os alunos referem na sua maioria (96,7%) examinar de forma rotineira a mucosa oral do paciente. (62) Um valor semelhante (94,4%) foi apresentado por Vozzo *et al.* (25)

Quanto à orientação do doente para o auto-exame oral observa-se que 43,8% (n=46) o procura fazer com todos os seus doentes, 32,4% (n=34) fá-lo, mas apenas com os doentes de risco e os restantes inquiridos afirmou que não o fazia. Valores semelhantes (37,8% e 27,8% respetivamente) foram apresentados por Vozzo *et al.* (25)

Apesar de que a orientação do doente para o auto-exame oral dever ser realizada por todos os estudantes, parece existir um número considerável que

apenas o faz sob suspeita. Assim, torna-se fundamental evidenciar perante os estudantes a importância do exame oral, procurando que, não só o realizem, mas também orientem todos os pacientes a fazê-lo, de forma regular, independentemente da suspeita de lesão.

Perante um doente que apresenta uma lesão suspeita de malignidade/cancro oral 46,7% (n=49) dos inquiridos “encaminha o doente para um especialista em cirurgia oral/ medicina oral” e 38,1% (n=40) afirma que nessa situação iria “realizar biópsia”. Estes resultados estão em consonância com a realidade a nível de outros países, como é verificado no estudo de Joseph *et al.* realizado a 75 estudantes da Universidade do Kuwait, onde 47,9% dos estudantes referenciam para especialistas em medicina oral e 31,5% referenciam para cirurgia oral e maxilofacial. (16) O mesmo se verifica no estudo de Al-Maweri, realizado a 163 estudantes da Universidade do Sana’a, no Líbano, no qual 90,2% referenciam para medicina oral e 57,7% para cirurgia oral e maxilofacial. (58)

Relativamente à realização de biópsias observa-se que 12,4% (n=13) dos inquiridos afirmou que já o fez, tendo sete deles utilizado o bisturi tradicional, dois o bisturi elétrico e quatro o laser. Estes valores estão de acordo com os estudos de Hassona *et al.*, onde 14,5% dos inquiridos conheciam outras técnicas de biópsia para além da utilização do bisturi tradicional. (29)

Ao analisar os vários estudos, parece existir concordância entre os alunos, independentemente da Universidade onde estudam, no sentido de realizar o encaminhamento para um profissional mais habilitado como a primeira escolha de atuação. Isto poderá evidenciar pouca confiança, associada à falta de prática, no que toca à realização de biópsias, já que apenas um reduzido número de inquiridos afirma ter realizado biópsias em contexto de aprendizagem clínica.

Analisando o número de respostas totalmente e parcialmente corretas, em associação com o número de respostas erradas é possível concluir que os estudantes do 5º ano quando comparados com os estudantes do 4º ano, alcançaram um número superior de respostas totalmente ou parcialmente corretas, existindo diferença estatisticamente significativa. Isto poderá dever-se ao fato de, no 3º, 4º e 5º ano a matéria sobre o cancro oral ser continuamente

revista e avaliada e também por já ter passado um ano em clínica onde foi possível aplicarem os seus conhecimentos.

Outro dado importante a analisar é a região onde os inquiridos estudam, ainda que, os estudantes pertencentes a uma Instituição do interior como a Universidade Católica Portuguesa de Viseu, apresentem resultados superiores nas respostas parcialmente corretas, os estudantes do “litoral” obtiveram resultados superiores nas respostas totalmente corretas. Isto poderá ser explicado pela dimensão da amostra, sendo que no interior existiu uma maior participação de estudantes.

No que refere à a nacionalidade, a diferença de respostas totalmente ou parcialmente corretas e erradas não foi estatisticamente significativa, no entanto os estudantes de nacionalidade portuguesa obtiveram resultados superiores em termos de respostas totalmente corretas quando comparados com os estudantes estrangeiros, algo que poderá ser explicado pela barreira linguística existente.

No que toca à capacidade de realizar um diagnóstico não existe significância estatística entre os estudantes que avaliam a sua capacidade de diagnóstico, o que comprova que a opinião do estudante em fase de aprendizagem deverá servir apenas como reforço à vontade de continuamente trabalhar na sua formação para que quando conclua a mesma, seja um Médico Dentista capaz de diagnosticar eficazmente o cancro oral.

Os participantes que afirmam ter obtido formação “suficiente” na prevenção e diagnóstico do cancro oral alcançaram resultados superiores quando olhamos para as respostas totalmente corretas e inferiores nas respostas erradas, tendo sido determinado como estatisticamente significativa a diferença entre os mesmos. À semelhança do que acontece aos estudantes durante a sua atividade, estes deparam-se com situações para as quais a inexperiência poderá vir ao de cima, o que é normal em contexto de aprendizagem, no entanto esse sentimento e opinião poderá fazer com que o estudante não produza de forma eficaz. Nesse sentido, os estudantes devem ter a formação suficiente para que sejam capazes de agir perante o cancro oral eficientemente.

Quem afirmou realizar a palpação dos nódulos durante uma consulta obteve um número superior de respostas totalmente corretas e inferior de respostas erradas, estes dados são importantes pois durante a prática os

estudantes são capazes de identificar as lacunas no seu conhecimento e nesse sentido, quem já teve a oportunidade de colocar o seu conhecimento em prática conseguiu também dar respostas mais acertadas.

4.5. Limitações do estudo

O estudo realizado, em formato online, contou com a participação de estudantes do 4º e 5º ano das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas, no entanto, apesar da facilidade de acesso ao mesmo, surgiram limitações relacionadas com a adesão e participação dos alunos.

De facto, o tamanho da amostra obtida, constitui uma limitação do estudo, já que o índice de resposta foi menor que o esperado e não foi possível chegar a todas as Universidades. Duas das sete Faculdades de Medicina Dentária não responderam ao e-mail inicial, nem às tentativas que se seguiram. Assim, a forma de envio do questionário, mesmo sendo por via informal, através de estudantes, e formal, através de e-mail institucional, não garantiu a taxa de resposta pretendida. Consequentemente, verificou-se uma disparidade significativa de inquiridos entre o “litoral” e o “interior”, obtendo-se uma taxa de respostas bastante superior na Instituição do “interior”, na qual sou discente.

Conclusão

5. Conclusão

Cada vez mais, o cancro oral é uma realidade com que os estudantes de Medicina Dentária se deparam na sua prática clínica, em contexto de aprendizagem na Universidade onde estudam. É fundamental que tenham os conhecimentos necessários para que possam atuar sobre o mesmo, de forma célere ao diagnosticarem precocemente e ganharem a confiança que necessitam para a sua prática profissional, quando forem Médicos Dentistas.

A realidade universitária portuguesa encontra-se representada por uma maioria de estudantes de nacionalidade portuguesa, existindo também cerca de um terço de estudantes provenientes de outros países, representação indicativa de projetos internacionais que fomentam o desenvolvimento de todos os estudantes.

Apesar da unanimidade identificada entre os estudantes de Medicina Dentária relativamente à importância que têm no diagnóstico e atuação perante o cancro oral, demonstram lacunas às quais deverão responder.

Apenas 4 alunos são capazes de identificar na totalidade os diversos fatores de risco mais comuns identificando o tabaco, lesões potencialmente malignas, o álcool, o vírus do papiloma humano subtipo 16 e 18 e a exposição a radiação ultravioleta, devendo o programa da cadeira que leciona esta temática ser reforçado para que não surjam dúvidas, por exemplo quanto ao subtipo de vírus do papiloma humano que tem maior potencial de malignização. Os alunos devem também ter em conta que, além da língua e do pavimento da boca, também o palato mole é um local associado a um maior potencial de malignização, sendo que apenas 29 dos inquiridos o identificaram neste estudo.

Tendo os alunos sido capazes de identificar a leucoplasia, eritroplasia, líquen plano e lesões do palato do fumador reverso, não podem descorar a importância da queilite actínica e do lúpus que foram identificadas por uma pequena minoria. Nas características identificativas de um processo de malignização, parece ainda existir algumas dúvidas sendo que 14 estudantes identificaram as lesões moles e exofíticas e lesões de crescimento lento.

É consensual a realização do exame intra-oral, com inclusão da avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar, bem como a palpação dos nódulos linfáticos, no entanto é importante relembrar os alunos

que devem realizar este exame em todos os seus pacientes, pois devem ter em conta que o despiste é um dos seus papéis enquanto Médicos Dentistas. O encaminhamento deve ser feito perante a lesão suspeita de malignidade/cancro oral, sendo fundamental que os estudantes possam realizar biópsias em contexto clínico, quando justificado, por forma a ganharem confiança, independentemente da técnica utilizada.

Deste modo, devem ser aprofundados conhecimentos durante a fase de aprendizagem, por forma a colmatar as lacunas identificadas neste estudo para que os estudantes possam ser capazes, ainda em contexto clínico universitário, de responderem às necessidades de cada paciente, altura privilegiada em que estão no papel de Médico Dentista, mas sob observação de um professor.

Bibliografia

6. Referências Bibliográficas

1. GLOBOCAN 2020: estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2020. [internet]; 2020 [citado 2024 Jan 10]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>.
2. Monteiro LS, Antunes L, Santos LL, Bento MJ, Warnakulasuriya S. Survival probabilities and trends for lip, oral cavity and oropharynx cancers in Northern Portugal in the period 2000-2009. *Ecancermedicalscience*. 2018;12(855).
3. OMD. Portal Ordem dos Médicos Dentistas - Informação sobre cancro oral [Internet] [citado 2023 Out 12] Disponível em: <https://www.omd.pt/publico/informacao-sobre-cancro-oral/cancro-oral/>.
4. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma—an update. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(5):401–21.
5. Montero PH, Patel SG. Cancer of the Oral Cavity. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015;24(3):491–508.
6. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884–94.
7. Kazmi F, Alkait S, Alghamdi H, Alhussain G, Tabassum A. Assessing Knowledge, Attitude and Practices for Oral Squamous Cell Carcinoma among Health Care Professionals in Princess Nourah University, Riyadh, KSA. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(2):539–45.
8. Neville Bw DT. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(4):195–215.
9. El-Naggar A.K. Chan JKC GJTSPJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours [Internet], Lyon: IARC.347 2017 [citado em 2023 Oct 8]. Disponível em: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Head-And-Neck-Tumours-2017>.
10. Koyfman SA, Ismaila N, Crook D. Management of the Neck in Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity and Oropharynx: ASCO Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2019;37.
11. Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dent Clin North Am*. 2018;62(1):143–54.
12. 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(1):1–7.
13. 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.
14. 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.
15. Keser G, Pekiner FN. Assessing Oral Cancer Awareness Among Dental Students. *J Cancer Educ*. 2019;34(3):512–8.

16. Joseph BK, Sundaram DB, Ellepola ANB. Assessing Oral Cancer Knowledge Among Undergraduate Dental Students in Kuwait University. *J Cancer Educ.* 2015;30(3):415–20.
17. Uti OG, Fashina AA. Oral Cancer Education in Dental Schools: Knowledge and Experience of Nigerian Undergraduate Students. *J Cancer Educ.* 2006;70(6):676–80.
18. Tarakji B. Knowledge, awareness, and attitude among dental students regarding oral cancer in Saudi Arabia. *Ann Afr Med.* 2022;21(4):444–50.
19. de Lima Medeiros Y, de Matos Silveira G, Clemente VB, Leite ICG, Vilela EM, de Abreu Guimarães LD. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: A Brazilian study. *J Dent Educ.* 2022 86(11):1488-1497.
20. Shadid RM, Abu Ali MA, Kujan O. Knowledge, attitudes, and practices of oral cancer prevention among dental students and interns: an online cross-sectional questionnaire in Palestine. *BMC Oral Health.* 2022;22(1).
21. Lorenzo-Pouso AI, Gándara-Vila P, Banga C, Gallas M, Pérez-Sayáns M, García A, et al. Human Papillomavirus-Related Oral Cancer: Knowledge and Awareness Among Spanish Dental Students. *J Cancer Educ.* 2019;34(4):782–8.
22. Pokhrel P, Khadka B. Oral Cancer Awareness Among Undergraduate Dental Students of Kantipur Dental College and Hospital. *J Nepal Health Res Counc.* 2020;18(3):541–3.
23. Gunjal S, Pateel DGS, Lim RZS, Yong LL, Wong HZ. Assessing oral cancer awareness among dental and medical students of a Malaysian private university. *Int Dent J.* 2020;70(1):62–9.
24. Sallam M, Al-Fraihat E, Dababseh D, Yaseen A, Taim D, Zabadi S, et al. Dental students' awareness and attitudes toward HPV-related oral cancer: A cross sectional study at the University of Jordan. *BMC Oral Health.* 2019;19(1).
25. Vozzo L. Conhecimentos e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. [Dissertação de mestrado]. Viseu (Portugal): Faculdade de Medicina Dentária de Viseu, Universidade Católica Portuguesa. 2023.
26. Kumar Bansal A, Bindal R, Kapoor C, Vaidya S, Singh HP. Current concepts in diagnosis of unusual salivary gland tumors. *Dent Res J.* 2012;9(7).
27. 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.
28. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan J V., González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* 2021;27(8):1862–80.
29. Hassona Y, Scully C, Abu Tarboush N, Baqain Z, Ismail F, Hawamdeh S, et al. Oral Cancer Knowledge and Diagnostic Ability Among Dental Students. *Journal of Cancer Education.* 2017;32(3):566–70.
30. Murariu A, Baciú ER, Bobu L, Diaconu-Popa D, Zetu I, Gelețu G, et al. Knowledge, Practice, and Awareness of Oral Cancer and HPV Infection

- among Dental Students and Residents: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Lithuania)*. 2022;58(6).
31. Brailo V, Freitas MD, Posse JL, Monteiro L, Silva LM, Fricain JC, et al. Oral potentially malignant disorders – An assessment of knowledge and attitude to future education in undergraduate dental students. *Eur J Dent Educ*. 2023;27(3):622–32.
 32. 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):1–14.
 33. Wetzel SL, Wollenberg J. Oral Potentially Malignant Disorders. *Dent Clin North Am*. 2020;64(1):25–37.
 34. Kumar M, Nanavati R, Modi T, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *J Cancer Res Ther*. 2016;12(2):458–63.
 35. Villa A, Menon RS, Kerr AR, De Abreu Alves F, Guollo A, Ojeda D, et al. Proliferative leukoplakia: Proposed new clinical diagnostic criteria. *Oral Dis*. 2018;24(5):749–60.
 36. Staines K, Rogers H. Oral leukoplakia and proliferative verrucous leukoplakia: A review for dental practitioners. *Br Dent J*. 2017;223(9):655–61.
 37. Pentenero M, Meleti M, Vescovi P, Gandolfo S. Oral proliferative verrucous leucoplakia: Are there particular features for such an ambiguous entity? A systematic review. *Br J Dermatol*. 2014;170(5):1039–47.
 38. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018;125(6):582–90.
 39. Marques E CTM. Actinic Keratosis. StatPearls Publishing [Internet]. 2024 [citado 20 de Abril de 2024]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557401/>
 40. 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).
 41. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308(8):539–51.
 42. John HAS, Dakhale R, Sedani S, Ahuja KP. Smoker’s Palate: An Often Misunderstood Benign Lesion of the Oral Cavity. *Cureus*. 2023;15(11).
 43. 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.
 44. Narváez J. Systemic lupus erythematosus 2020. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(11):494–501.
 45. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: Risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(8):999–1014.
 46. Melikoglu MA, Melikoglu M, Demirci E, Barin EZ. Discoid Lupus Erythematosus-Associated Cutaneous Squamous Cell Carcinoma in Systemic Lupus Erythematosus. *Eurasian J Med*. 2022;54(2):204–5.
 47. Haber JS MJWVP. Classifying discoid lupus erythematosus: background, gaps, and difficulties. *Int J Womens Dermatol*. 2016;2(4):122–7.
 48. Kiriakidou M, Ching CL. In the clinic® systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med*. 2020;172(11):82–96.

49. Miguel Gomes Silva M. 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. 2023.
50. Dumitrescu AL, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Assessing oral cancer knowledge in Romanian undergraduate dental students. *J Cancer Educ.* 2014;29(3):506–13.
51. Inês C, Baptista S, Pinto S, Manuel J, Caramês M, Filipe D, et al. Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Orais em Portugal. Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária. 2021.
52. Filipa S, Rodrigues R. Avaliação dos conhecimentos e práticas em medicina dentária na prevenção e deteção precoce do cancro oral. Dissertação apresenta à Universidade Egas Moniz para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária. 2013.
53. Dib L. Nível de conhecimento e de atitudes preventivas entre universitários, em relação ao câncer bucal: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Acta oncol bras.* 2003;24(2):628–43.
54. Frola MI, Barrios R. Knowledge and Attitudes About Oral Cancer Among Dental Students After Bologna Plan Implementation. *J Cancer Educ.* 2017;32(3):634–9.
55. Radman M, Glavina A, Sabol I, Mravak-Stipetić M. Knowledge of oral cancer among the fourth and fifth year dental students. *Acta Stomatol Croat.* 2018;52(4):340–7.
56. Poudel P, Sree R, Marla V. Oral Cancer Awareness among Undergraduate Dental Students and Dental Surgeons: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58(222):102–7.
57. Shubayr MA, Bokhari AM, Essa AA, Nammazi AM, Al Agili DE. Knowledge, attitudes, and practices of oral cancer prevention among students, interns, and faculty members at the college of dentistry of Jazan University. *BMC Oral Health.* 2021;21(1).
58. Al-Maweri SA, Abbas A, Tarakji B, Al-Jamaei AS, Alaizari NA, Al-Shamiri HM. Knowledge and opinions regarding oral cancer among yemeni dental students. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(5):1765–70.
59. Honarmand M, Hajihosseini A, Akbari F. Oral cancer knowledge of senior dental students in Zahedan, South-East of Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(7):3017–20.
60. Kujan O, Alzoghaibi I, Azzeghaiby S, Altamimi MA, Tarakji B, Hanouneh S, et al. Knowledge and Attitudes of Saudi Dental Undergraduates on Oral Cancer. *J Cancer Educ.* 2014;29(4):735–8.
61. Silva SR da, Juliano Y, Novo NF, Weinfeld I. Comparative study of knowledge about oral cancer among undergraduate dental students. *Einstein (São Paulo).* 2016;14(3):338–45.
62. Awan K, Khang T, Yee T, Zain R. Assessing oral cancer knowledge and awareness among Malaysian dental and medical students. *J Cancer Res Ther.* 2014;10(4):903–7.
63. Fotedar V, Fotedar S, Gupta M, Manchanda K, Sharma M. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: A survey of undergraduate medical students in Himachal Pradesh, India. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(8):05–8.

64. Ozdemir-Ozenen D, Tanriover O, Ozenen G, Ozdemir-Karatas M, Ozcakil-Tomruk C, Tanalp J. Dental Education for Prevention of Oral Cancer in Turkey: Needs for Changing the Curriculum. *J Cancer Educ.* 2022;37(5):1496–503.
65. Jayasinghe RD, Sherminie LP, Amarasinghe H, Sitheequa MA. Level of awareness of oral cancer and oral potentially malignant disorders among medical and dental undergraduates. *Ceylon Med J.* 2016;61(2):77–9.
66. Fotedar S, Bhardwaj V, Manchanda K, Fotedar V, Sarkar A, Sood N. Knowledge, attitude and practices about oral cancers among dental students in H.P Government Dental College, Shimla-Himachal Pradesh. *South Asian J Cancer.* 2015;4(2):65–7.
67. Maleki D, Ghojazadeh M, Mahmoudi SS, Mahmoudi SM, Pournaghi-Azar F, Torab A, et al. Epidemiology of oral cancer in Iran: A systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(13):5427–32.

7. Anexos

7.1. Anexo I - Questionário aplicado aos estudantes de Medicina dentária em Portugal

Conhecimentos e Atitudes dos Estudantes de Faculdades de Medicina Dentária Portuguesas na Prevenção e Diagnóstico Precoce do Cancro Oral

Fluxo do inquérito

Block: Bloco de questões por defeito (2 Questions)

Standard: Caracterização pessoal do Estudante Universitário de Medicina Dentária (6 Questions)

Standard: Opinião pessoal (3 Questions)

Standard: Cancro oral e lesões potencialmente malignas (7 Questions)

Standard: Prática clínica de diagnóstico de cancro oral (6 Questions)

Q1

Q2 O seguinte questionário é parte integrante da minha dissertação de Mestrado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, e aborda os conhecimentos e atitudes dos estudantes das sete Faculdades de Medicina Dentária do país, na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral.

O carcinoma da cabeça e pescoço é o 6º cancro mais comum em todo o mundo, sendo conhecido pela sua agressividade quando detetado numa fase tardia. Com o aumento da incidência de cancro oral, é fundamental que o estudante de Medicina Dentária e futuro Médico Dentista, seja capaz de identificar lesões potencialmente malignas e intervir precocemente no cancro oral.

O questionário que se segue é constituído por 22 questões, agrupadas em 4 grupos distintos: caracterização pessoal do estudante de Medicina Dentária; opinião pessoal do estudante face à prevenção e diagnóstico do cancro oral; cancro oral/lesões potencialmente malignas e, por fim, prática clínica de diagnóstico de cancro oral.

Este instrumento de recolha de dados teve por base os questionários originalmente desenvolvidos por Dib (2003) e Horowitz (2000) e posteriormente adaptadores por Rodrigues (2013) e Pinto (2021) (1-3)

Fim do bloco: Bloco de questões por defeito

Início do bloco: Caracterização pessoal do Estudante de Medicina Dentária



Q3 Nacionalidade

Q4 Naturalidade

Q5 Género

- Feminino (1)
- Masculino (2)
- Outro (3)

Q6 Idade

- 18-20 (1)
- 21-30 (2)
- 31-40 (3)
- Mais de 40 (4)

Q7 Qual a Instituição a que pertence

- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra (1)
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (2)
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (3)
- Instituto Universitário de Ciências da Saúde - CESPU (4)
- Instituto Universitário Egas Moniz (5)
- Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Medicina Dentária de Viseu (6)
- Universidade Fernando Pessoa (7)

Q8 Em que ano letivo se encontra

- 4º ano (1)
- 5º ano (2)

Fim do bloco: Caracterização pessoal do Estudante Universitário

Início do bloco: Opinião pessoal

Q9 Como avalia a sua capacidade para efetuar o diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral?

- Muito boa (1)
 - Boa (2)
 - Razoável (3)
 - Não me sinto confortável (4)
-

Q10 Na sua opinião, qual a importância do estudante de Medicina Dentária (futuro Médico Dentista) na prevenção e deteção do cancro oral?

- Muito importante (1)
 - Importante, mas não é o principal responsável (2)
 - Irrelevante (3)
-

Q11 Na sua opinião, obteve formação suficiente para atuar na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na Universidade onde estudou?

- Sim (1)
- Não (2)
- NS/NR (3)

Fim do bloco: Opinião pessoal

Início do bloco: Cancro oral e lesões potencialmente malignas

Q12 Dos fatores de risco apresentados, quais considera relacionados com o cancro oral?

- Tabaco (1)
- Álcool (2)
- Obesidade (3)
- Vírus do papiloma humano, subtipo 16 e 18 (4)
- Vírus do papiloma humano, subtipo 6 e 1 (5)
- Lesões potencialmente malignas (6)
- Hipertensão (7)
- Colesterol (8)
- Exposição a radiação ultravioleta (9)
- Vírus herpes simplex (10)

Q13 Qual(ais) o(s) local(ais) associados a maior potencial de malignização?

- Língua (1)
- Pavimento da boca (2)
- Mucosa jugal (3)
- Rebordo alveolar (4)
- Gengiva (5)
- Palato duro (6)

Palato mole (7)

NS/NR (8)

Q14 Qual(ais) das seguintes opções são **lesões/condições** potencialmente malignas?

Fibroma traumático (1)

Leucoplasia (2)

Lesões brancas traumáticas (queratose friccional) (3)

Eritroplasia (4)

Líquen plano erosivo (5)

Lúpus (6)

Candidíase crónica (7)

Queilite actínica (8)

Palato do fumador invertido (9)

Q15 Qual(ais) da(s) seguinte(s) característica(s) podem ser associadas a um maior potencial de malignização?

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

Q16 Qual considera o tipo de cancro oral mais comum?

- Tumores ósseos (1)
 - Carcinoma (2)
 - Sarcoma (3)
 - Melanoma (4)
 - NS/NR (5)
 - Outro. Qual? (6) _____
-

Q17 Na sua opinião, qual é o género mais frequentemente afetado pelo cancro oral?

- Feminino (1)
 - Masculino (2)
 - Ambos de igual forma (3)
 - NS/NR (4)
-

Q18 Na sua opinião, qual a faixa etária mais comum para o aparecimento de cancro oral?

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

Fim do bloco: Cancro oral e lesões potencialmente malignas

Início do bloco: Prática clínica de diagnóstico de cancro oral

Q19 No exame extra-oral, realiza a palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?

- Sim (1)
 - Não (2)
-

Q20 Procura orientar o doente para o autoexame oral?

- Sim, todos os pacientes (1)
- Sim, mas apenas os pacientes de risco (2)
- Não (3)

Q21 No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, palato, pavimento da boca e região retromolar?

- Sim (1)
 - Não (2)
-

Q22 Já realizou alguma biópsia na clínica universitária?

- Sim (1)
- Não (2)

Apresentar esta pergunta:

Já realizou alguma biópsia na clínica universitária? = Sim

Q23 Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique que tipo de instrumental/ técnica já utilizou para a realização de biópsias?

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

Q24 Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral?

- Encaminho para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral (1)
- Encaminho para um hospital de referência da área de residência (2)
- Encaminho para o IPO- Instituto Português de Oncologia (3)
- Faço biópsia (4)
- Outro. Qual? (5) _____

Fim do bloco: Prática clínica de diagnóstico de cancro oral

Referências bibliográficas utilizadas para a realização deste questionário:

- 1- Dib L. 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.
- 2- Pinto C. Cancro oral: Avaliação dos conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Orais em Portugal. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa. 2021.
- 3- Vozzo L. Conhecimentos e atitudes dos estudantes de Medicina Dentária na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. [Dissertação de mestrado]. Viseu (Portugal): Faculdade de Medicina Dentária de Viseu, Universidade Católica Portuguesa. 2023.
- 4- Silva M. Conhecimentos e atitudes dos Médicos Dentistas na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. [Dissertação de mestrado]. Viseu (Portugal): Faculdade de Medicina Dentária de Viseu, Universidade Católica Portuguesa. 2023.

7.2. Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa



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

<p>Projeto de Investigação Na reunião do dia 3 de novembro de 2023, a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal, com um pedido de alteração ao projeto. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.</p>
<p>Título: “Conhecimentos e atitudes dos Médicos Dentistas e dos estudantes de Medicina Dentária na prevenção e diagnóstico precoce do Cancro oral” Trata-se de um estudo integrado no Mestrado Integrado em Medicina Dentária.</p>
<p>Investigadora Principal e Coordenadora do Projeto de Investigação: Patrícia Sofia Soares Couto, Professora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica (Viseu).</p> <p>Equipa de Investigação: Coordenadora e Orientadora das Dissertações de Mestrado: Professora Patrícia Couto, FMD - UCP, Viseu Co-Orientador: Professor Nélio Jorge Veiga, FMD – UCP, Viseu. Investigadora e Mestranda: Maria Miguel Gomes Silva Investigadora e Mestranda: Lucrezia Maria Vozzo Investigadores: Tiago Miguel Santos Marques António Carlos da Costa Andrade</p> <p>Estão presentes CVs datados e assinados dos investigadores. Estão presentes: Aprovação pelo Conselho Científico da FMD da UCP do projeto acima referido que permitirá a elaboração de três Dissertações de Mestrado</p>
<p>Fundamentação/Justificação do estudo: 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.</p> <p>Objetivo: - 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.</p> <p>Metodologia: Estudo observacional descritivo transversal</p>



Locais onde decorre o estudo: Clínica 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); de acordo com o pedido constante da Adenda, esta amostra será mais extensa do que o previsto no projeto anteriormente aprovado.
- 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.

Estão presentes todos os restantes documentos exigidos pela CES da UCP. **Nestes documentos deve agora incluir-se a adenda agora aprovada e cujos dados constam do email enviado pela Investigadora Principal em 26 de setembro de 2023.**



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

Estiveram presentes na reunião nº 50 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro Zaky

Doutora Marta Brites

Conclusão:

Ouvido o Relator, o plenário da reunião de 3 de novembro de 2023, 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

Mara de Sousa Freitas

03/11/2023

7.3. Anexo III – Membros do Júri das Provas Públicas

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Prof.^a Doutora Patrícia Fonseca

Arguente: Prof. Doutor Tiago Borges

Orientador: Prof. Doutora Patrícia Couto

Data das provas públicas: 19 / 07 / 2024

Validação e confirmação pelos serviços
escolares:
