



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AUTOEXAME DA CAVIDADE ORAL: A IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Trabalho submetido por
Ana Rita Pereira Pinho
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AUTOEXAME DA CAVIDADE ORAL: A IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Trabalho submetido por
Ana Rita Pereira Pinho
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor José Silva Marques

outubro de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Mãe, ao meu irmão André e à minha cunhada Daniela por toda a paciência do mundo. À minha sobrinha Alice, que me deu sempre alento para continuar. Queria também dedicar ao meu orientador, aos meus colegas e amigos, que sem eles nada teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço ao meu Orientador, Professor Doutor José Silva Marques, por se mostrar sempre disponível no decorrer de todo o trabalho. Por ser um exemplo a seguir, e por dar alento nos momentos menos fáceis. Um grande obrigada, por me ajudar a crescer a nível profissional. Sem ele, nada teria sido possível.
- Agradeço a toda a minha família, por toda a paciência, carinho e apoio demonstrados ao longo do trabalho.
- Agradeço aos meus amigos e colegas, em especial à Vera, à Carol e à Natachinha. Sem vocês não era quem sou.

RESUMO:

Ao longo dos anos tem existido um aumento de lesões não infecciosas, nomeadamente o cancro oral, e não só em Portugal como em todo o mundo. Como consequência tem existido um aumento do encargo social, pessoal e de toda a comunidade em si. É de consenso, que essas patologias são na sua maioria encontradas em estágios avançados, assim sendo o prognóstico torna-se menos positivo.

O autoexame poderá ser um método de diagnóstico precoce eficaz, quando feito com a informação correta. Este estudo tem como objetivo perceber a importância dada ao autoexame da cavidade oral, por parte dos pacientes, em consultas de triagem da Clínica Egas Moniz. Bem como, fazer uma comparação entre a presença de lesões e hábitos nefastos, tais como: o consumo de álcool e tabaco. Este trabalho é obtido através de 118 questionários e observações clínicas. Os resultados demonstram que a informação relativa ao autoexame ainda não chegou à população de forma adequada e que há uma percentagem consideravelmente de indivíduos com lesão oral e com hábitos como o tabaco e o álcool.

Palavras – chave: Lesões Oraís, Autoexame, Cavidade Oral.

ABSTRACT:

Over the years there has been an increase of non-infectious lesions, including oral cancer, not only in Portugal and throughout the world. As a result there has been an increase in the social burden, staff and the community itself. It is a consensus that these diseases are mostly found in advanced stages, thus, the prognosis becomes less positive.

The self-examination can be an effective early detection method, when done with the right information. This study aims to realize the importance given to self-examination of the oral cavity by patients in screening appointments Clinic Egas Moniz. As well as making a comparison between the presence of harmful injuries and habits, such as alcohol and tobacco. This work is obtained by means of questionnaires and 118 clinical observations. The results show that the information concerning the self-examination has not yet reached the population properly and that there is a considerable percentage of individuals with oral lesions and habits such as tobacco and alcohol

Key - words: Oral Lesions, Self-Examination, Oral Cavity

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	17
A. O Autoexame como Medida Preventiva.....	19
B. Fatores de Risco para a Cavidade Oral.....	20
i. Tabaco.....	20
ii. Álcool.....	22
iii. Envelhecimento	24
iv. Exposição Solar	24
v. Nutrição	25
vi. Má Higiene Oral	25
vii. Comportamentos de Risco Sexuais.....	25
C. Sinais e Sintomas de Alerta do Cancro Oral	27
D. Lesões Orais	27
i. Lesões brancas	27
ii. Lesões Vermelhas ou pigmentadas.....	29
iii. Lesões Ulcerativas	30
iv. Adenoopatias.....	31
v. Cancro Oral.....	32
E. Diagnóstico Precoce VS Diagnóstico Tardio	33
F. Autoexame na População – Outros Autoexames já instituídos.....	34
G. Autoexame:.....	34
2. OBJETIVOS.....	37
3. MATERIAIS E MÉTODOS	39
A. Pesquisa Bibliográfica:.....	39
B. Amostra	39
C. Ética.....	39
D. Recolha de Dados	39
E. Inquérito (anexo 3)	40
F. Análise Estatística	40
4. RESULTADOS	41
A. Distribuição da amostra consoante o género e a idade dos indivíduos	41

G. Distribuição da amostra consoante a percentagem de indivíduos com hábitos tabágicos	42
H. Distribuição da amostra consoante a percentagem de indivíduos com hábitos etílicos.....	42
I. Distribuição da amostra consoante a informação sobre o autoexame da cavidade oral	43
J. Prevalência de indivíduos que efetua o autoexame da cavidade oral.....	44
K. Prevalência de indivíduos que efetua o autoexame da cavidade oral por aconselhamento de um profissional de saúde	44
L. Prevalência de lesões encontradas	45
M. Prevalência de Indivíduos com Hábitos Tabágicos e com Lesão Oral.....	46
N. Prevalência de Indivíduos com Hábitos Etílicos com Lesão Oral.....	46
O. Prevalência de presença de lesão oral em indivíduos com hábitos tabágicos e etílicos.....	47
P. Prevalência das lesões observadas pelos indivíduos	48
5. DISCUSSÃO.....	49
6. CONCLUSÃO	55
7. PERSPETIVAS FUTURAS.....	57
8. BIBLIOGRAFIA.....	59
9. Anexos	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Prevalência da evolução da incidência de Cancro para 2030	18
Figura 2 - Vendas de Medicamentos no SNS (PVP, encargos SNS), em Portugal Continental (2008 a 2013) - subgrupos do Grupo Farmacoterapêutico Medicamentosos Antineoplásicos e Imunomoduladores.	19
Figura 3- Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012).....	22
Figura 4- Grânulos de Fordyce.....	28
Figura 5- Candidíase eritematosa	29
Figura 6- Tatuagem de amálgama	30
Figura 7 - Úlcera traumática crónica	31
Figura 8 - Rânula	32
Figura 9- Carcinoma das células escamosas	33
Figura 10- Diagrama Circular: Género dos inquiridos.....	41
Figura 11 - Tabela: Idade dos Inquiridos	41
Figura 12 - Diagrama Circular: Fumadores e não fumadores	42
Figura 13- Diagrama Circular: Presença ou não de hábitos etílicos	42
Figura 14 - Diagrama Circular: Ouviram ou não falar do autoexame da cavidade oral	43
Figura 15- Diagrama Circular: Efetuam ou não o autoexame da cavidade oral	44
Figura 16- Diagrama Circular: Aconselhamento por profissional de saúde	44
Figura 17- Diagrama Circular: Presença ou não de patologia oral	45
Figura 18- Diagrama Circular: Presença ou não de lesão oral em fumadores	46
Figura 19- Diagrama Circular: Presença ou não de lesão em indivíduos com hábitos etílicos.....	46
Figura 20- Presença ou não de lesão em indivíduos com hábitos tabágicos e etílicos..	47
Figura 21 - Diagrama de Barras: Lesões encontradas pelos indivíduos e sua prevalência	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Efeito do álcool no sangue, a baixos e altos níveis de concentração 23

Tabela 2- Auto-examinação da Cavidade Oral..... 35

LISTA DE ABREVIATURAS

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

DGS - Direção Geral de Saúde

PAH - Hidrocarbonetos aromáticos policíclicos

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

DST – Doença Sexualmente Transmissível

VPH – Papilomavírus Humano

VIH - Vírus da Imunodeficiência

1. INTRODUÇÃO

A educação para a saúde é um recurso utilizado para a promoção de práticas e atitudes que ajudam no alcance do bem-estar, não só de forma individual mas também comunitária (Schwantes, Souza, Baumgarten, Fernanda & Toassi, 2014). A sensibilização de práticas saudáveis, que é o caso de uma dieta com inclusão de antioxidantes (que diminui o risco de cancro) ou o alerta de práticas nefastas que é o como o consumo de tabaco e álcool, são modelos dessa educação. Outro exemplo educacional será a implementação de autoexame que poderá trazer como benefícios o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas (Humphris, Freeman & Clarke, 2004; Jornet, Garcia, Berdugo, Perez & Lopez, 2015; Schwantes et al., 2014; OMD, 2009).

Segundo o modelo de crenças em saúde, o conhecimento e o comportamento do indivíduo são influenciados por crenças e sentimentos que conduzem a tomada das suas decisões, que por sua vez afetam a sua saúde. É importante relacionar o modelo em questão com a adesão à conduta preventiva, nomeadamente com a deteção precoce das patologias. Assim, de acordo com este modelo, os indivíduos que entendem as consequências de uma patologia, percebem a sua particular suscetibilidade e por sua vez reconhecem que as medidas preventivas podem resultar em benefícios para a sua saúde, estão mais abertos para a sua prática (Jornet et al., 2015).

Assim, o autoexame poderá ser usado como método de prevenção primário mas também de prevenção secundário, detetando lesões pré-malignas ou até mesmo patologias oncológicas em estados mais iniciais. O cancro oral é um dos poucos tipos de cancro em que é possível realizar o autoexame, permitindo assim que os próprios pacientes possam fazer uma deteção atempada, desde que se encontrem informados para tal. (Scott, Rizvi, Grunfeld, & McGurk, 2010; Wada, 2013).

Outra forma de prevenção é a sensibilização dos hábitos praticados. Estima-se que cerca de 43% das lesões devem-se ao cancro oral. O consumo de tabaco, de álcool, uma alimentação incorreta, infeções e também sedentarismo, são contributos para o aparecimento da patologia (Petersen, 2009).

A segunda causa de morte em Portugal é representada pela patologia oncológica. O seu impacto social é cada vez mais notado, tal como a sua importância tanto na mortalidade como na morbilidade. Esta patologia está em ascensão e como está demonstrado graficamente na figura 1, não está prevista uma diminuição da sua incidência. No entanto, Portugal continua com um número de óbitos, relativos à doença, a baixo da média Europeia. O prognóstico é influenciado pelo estágio em que é diagnosticado (Jornet et al., 2015).

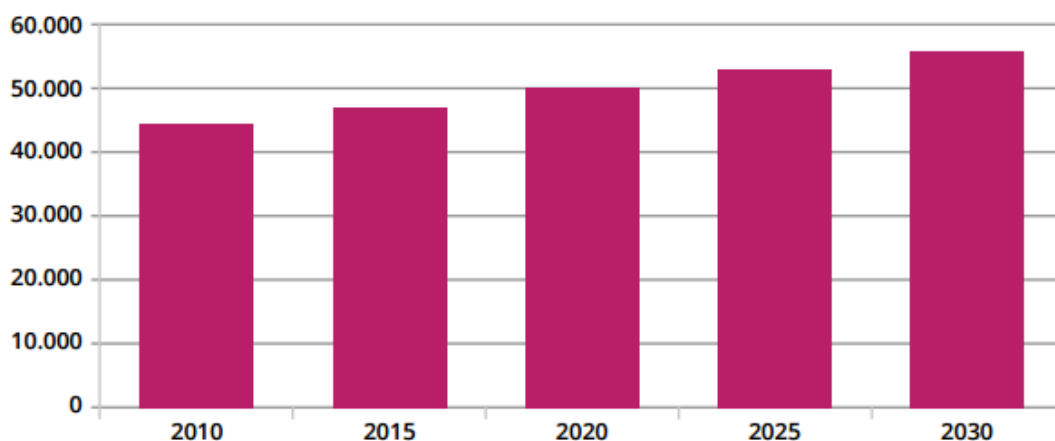


Figura 1- Prevalência da evolução da incidência de Cancro para 2030 (adaptado de DGS – Doenças Oncológicas em Números, 2014).

Como consequência desse aumento, o encargo quer a nível social ou monetário tem também vindo a aumentar, não só no seu tratamento e reabilitação mas também na sua prevenção, como está ilustrado na figura 2 (Silveira et al., 2012).

Subgrupos Farmacoterapêuticos	PVP (Euro)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
16.1 - Citotóxicos	279.884	307.768	802.947	1.020.919	963.531	1.288.584
16.2 - Hormonas e anti-hormonas	2.509.820	2.720.871	3.565.769	3.474.972	3.166.419	3.835.959
16.3 - Imunomoduladores	7.206.284	6.480.825	6.479.645	6.539.089	5.936.213	5.723.059
Subgrupos Farmacoterapêuticos	Encargos do SNS (Euro)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
16.1 - Citotóxicos	150.885	165.706	576.948	736.915	697.972	925.532
16.2 - Hormonas e anti-hormonas	987.469	1.177.862	1.950.126	1.876.728	1.817.915	2.202.106
16.3 - Imunomoduladores	7.062.551	6.346.324	6.069.326	6.312.178	5.774.237	5.546.753

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento (2008 a 2013); (2014)

Figura 2 - Vendas de Medicamentos no SNS (PVP, encargos SNS), em Portugal Continental (2008 a 2013) - subgrupos do Grupo Farmacoterapêutico Medicamentosos Antineoplásicos e Imunomoduladores (adaptado de DGS- Doenças Oncológicas em Números 2014).

De acordo com *International Agency for Research on Cancer*, uma história clínica e um exame clínico cuidadosos podem levar a suspeitas de possíveis traumas, processos inflamatórios ou até à elaboração de uma biópsia, conduzindo a um diagnóstico precoce de uma grande maioria de lesões orais neoplásicas. Um diagnóstico atempado, pode levar a uma diminuição de encargos a nível de tratamentos e reabilitações. O exame não invasivo e é relativamente simples e rápido, e pode ajudar visto que um dos primeiros sinais de cancro oral podem não apresentar dor. Os primeiros sinais são relativamente fáceis de despistar, bastando estar atento a mudanças na cavidade oral, tais como manchas vermelhas ou brancas, úlceras, edemas ou tumefações (Humphris et al., 2004; Nemoto et al., 2015).

A. O Autoexame como Medida Preventiva

Já em 1978 Grabau e seus colaboradores defendiam, após um estudo elaborado em Nova York, que teve como base ensinamentos de autoexame de 1 para 1 (ou seja feitos diretamente do profissional de saúde para o indivíduo), que a técnica ensinada é compreendida e segundo o público alvo dada continuidade em casa. 86% afirmam entender a sua importância e cerca de 92% dizem recomendar o autoexame aos seus amigos.

Num ensaio efetuado na Índia 2004, em Kerala, com cerca de 167.741 participantes, durante 9 anos (desde 1996 até 2004), em que a amostra foi separada em dois grandes grupos um de controlo e outro de intervenção, concluiu-se que os rastreios realizados por profissionais de saúde competentes na área, seguidos por diagnóstico precoce e tratamento imediato dão resultado. Isto porque, as taxas de mortalidade devido ao cancro oral entre homens com hábitos tabágicos e etílicos e as taxas de letalidade entre os que tinham cancro oral, foram menores no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. Outros estudos, contudo apontam que o autoexame apenas tem impacto sobre a mortalidade em pacientes com hábitos tabágicos, alcoólicos ou ambos (Martins et al., 2015; Torres-Pereira, Angelim-Dias, Melo, Lemos Jr. & Oliveira, 2012).

O auto exame surge assim como medida de saúde para o cancro oral. Pode-se encontrar na literatura, segundo critérios definidos na América Latina, descrito como uma medida que pode ser aplicada numa massa populacional, no âmbito de uma prevenção mais secundária. O paciente identificaria uma alteração e recorreria ao profissional de saúde com o intuito de descobrir o teor dessa alteração (Torres-Pereira et al., 2012).

Embora grande parte dos estudos indiquem e refiram apenas o autoexame como medida preventiva para o cancro oral, a verdade é que graças a essa observação por parte dos indivíduos podem ser prevenidas e tomada consciência para outro tipo de lesões (Torres-Pereira et al., 2012).

B. Fatores de Risco para a Cavidade Oral

Há inúmeros fatores de risco, entre os quais o tabaco e o álcool, que avultam na literatura como principais fatores carcinogénicos. Entre outros podemos encontrar: vírus (HPV), má nutrição, exposição solar, lesões pré-malignas e fatores genéticos (Cawson, R. ; Odell, E. &Porter, 2002; Santos, Freitas, Andrade & Oliveira, 2010).

i. Tabaco

O tabaco está definido como qualquer preparação das folhas de plantas do género *Nicotian* (Petti, 2009).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), este hábito é a primeira causa de morte evitável, sendo que a eliminação do consumo é diretamente proporcional com o risco de morte. Cada Fumador perde em média 10 anos de vida saudável (DGS, 2014).

A causa destes elevados números estatísticos pode estar associada à indução de dependência do tabaco. O fumo do tabaco é constituído por cerca de 60 carcinogénicos diferentes, e 16 foram encontrados em tabaco não queimado. Uma dessas substâncias, a Nicotina, que embora seja um componente *minor* é a principal substância psicoativa do tabaco (Petti, 2009).

Quando um cigarro é fumado cerca de 25% da nicotina chega ao cérebro em cerca de 10 segundos. Esta substância psicoativa liga-se através de recetores acetilcolina e resulta em efeitos como: aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição e aumentos do estado de alerta (Pereira, Balbani & Montovani, 2005). No entanto, há outras substâncias alcaloides com fortes atividades alucinogénias, como a nitrosamina e da benzopiridina. As substâncias de maior importância a nível cancerígeno são as nitrosaminas específicas do tabaco na qual estão incluídas 4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona (NNK), N-nitrosornicotina (NNN), hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAH), sendo que estes três estão intimamente relacionados com o cancro oral. Isto significa que existe um conjunto de elementos que predispõe ao aparecimento de lesões malignas juntas com um agente potenciador de dependência. No entanto, os efeitos cancerígenos são apenas observados ao longo do tempo e estão também relacionados com frequência do fumador, bem como a sua capacidade enzimática de eliminar os agentes carcinogénicos referidos anteriormente (Cuenca Sala, E.; Baca Garcia, 2013; DGS, 2014; Fraga et al., 2005; Humphris et al., 2004; Nunes, 2006; Petti, 2009).

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	28405	28242	28461	26852	27402
Taxa de mortalidade	282,7	280,9	282,9	267,4	274,0
Taxa de mortalidade padronizada	165,6	160,6	156,1	144,7	142,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	42,0	41,1	39,8	40,2	37,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1165,6	1127,2	1097,7	990,5	992,7

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	15293	15111	15333	14552	14856
Taxa de mortalidade	317,1	313,7	318,7	303,5	311,7
Taxa de mortalidade padronizada	230,8	222,9	220,8	205,4	203,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	70,0	67,3	67,5	66,6	62,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1531,7	1481,5	1461,2	1328,0	1345,9

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	13112	13131	13128	12300	12546
Taxa de mortalidade	250,9	250,7	250,1	234,4	239,7
Taxa de mortalidade padronizada	114,4	111,7	105,9	97,2	95,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,5	17,3	14,6	16,2	15,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	906,8	875,6	845,0	752,6	745,9

Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47; Fonte: INE, IP (2014)

Figura 3- Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012) (adaptado de DGS 2013).

Como se pode observar na tabela da figura 3 é verificada uma diminuição de óbitos devido ao tabaco ao longo dos anos em Portugal o que pode significar que as ações feitas e a consciencialização da saúde se está igualmente a modificar (DGS, 2014).

Segundo a *International Classification of Diseases* (n.d.) citado por *World Health Organization* (n.d.) a dependência do tabaco é considerada uma doença e o encaminhamento terapêutico é uma obrigação de todos profissionais de saúde. É de notar que para ex-fumadores o risco de surgimento de lesão oral baixa após 1 a 4 anos da eliminação do hábito, mas para que o risco seja igual a de um não fumador a abstinência tem de ter pelo menos 20 anos (Cuenca Sala, E.; Baca Garcia, 2013; Portal da Saúde, 2013; World Health Organization, n.d.).

ii. Álcool

O consumo de álcool é igualmente considerado um fator de risco sendo o seu principal ingrediente ativo o etanol. O consumo concomitante de tabaco e álcool de forma crónica pode levar a um aumento até 100 vezes do aparecimento de lesões. (Petti, 2009).

No entanto, os estudos a serem elaborados para saber a sua ação direta são complicados devido às alterações de volumes consumidos. Para além disso há também que verificar que o consumo de álcool está frequentemente associado aos hábitos tabágicos, o que torna igualmente difícil diferenciá-los epidemiologicamente (Carrard *et al.*, 2008; Silva *et al.*, 2010).

Existe um aumento da permeabilidade da mucosa oral com concomitante aumento da suscetibilidade por parte de agentes cancerígenos. Existem também consequências após a sua metabolização. Há fatores como a formação de acetaldeído que tem a capacidade de induzir deformações na reparação do ácido desoxirribonucleico (ADN). Na mucosa oral o álcool é rapidamente absorvido, tal como no estômago e intestino delgado atingindo rapidamente o sistema nervoso central. A sua ação no cérebro consta em deprimir e inibir o glutamato que é um neurotransmissor excitatório e ativar em contrapartida o aminobutirato que é um neurotransmissor inibitório. O etanol vai ser também responsável pelo aumento da atividade da dopamina, causando assim uma sensação de satisfação para o consumidor e da serotonina alterando o humor e induzindo a agressividade. As mudanças de humor podem variar consoante a quantidade de álcool presente no sangue (Carrard *et al.*, 2008).

Tabela 1- Efeito do álcool no sangue, a baixos e altos níveis de concentração (adaptado de (Petti, 2009; Pires, Paiva, Sant & Filho, 2008)

Baixos Níveis de Álcool no Sangue	Altos Níveis de Álcool no Sangue
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de auto-confiança • Diminuição de julgamentos <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da atenção • Relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Descoordenação • Diminuição das reacções <ul style="list-style-type: none"> • Perda de equilíbrio • Visão turva • Emoções exageradas • Lapsos de memória <ul style="list-style-type: none"> • Confusão • Tonturas • Aumento da agressividade • Diminuição da capacidade de sentir dor

É consensual que o maior risco para o desenvolvimento de cancro oral é a junção dos dois hábitos deletérios referidos anteriormente, tabaco e álcool (Cawson et al., 2002).

iii. Envelhecimento

O envelhecimento surge também como fator de risco não só da cavidade oral mas de toda a saúde em geral, sendo um facto de que este tem um efeito potenciador sobre o tabaco e o álcool. A esperança média de vida em 2014 foi de 70 anos de idade, a nível global e 80 anos em países desenvolvidos. Em contrabalanço há novos desafios a aparecer, sendo que o avanço da idade está intimamente relacionado com a degeneração quer biológica quer cognitiva, podendo variar de indivíduo para indivíduo. Os processos degenerativos que se dão no envelhecimento são a principal causa subjacente para determinadas doenças como as cardíacas, diabetes tipo 2, Alzheimer, cancro entre outras. Há ainda a questão do quão pouco informados os mais idosos se encontram relativamente á sua saúde oral, menosprezando certos aspetos como potenciais lesões (Jin, Simpkins, Ji, Leis & Stambler, 2015; Kennedy et al., 2014; Wada, 2013).

iv. Exposição Solar

A exposição solar é a principal responsável pelo aparecimento do cancro do lábio, sendo este o mais comum da região oral, no entanto a sua prevalência tem vindo a diminuir ao longo do tempo (Mano Azul, Bulhosa, Melo & Trancoso, 2015; Maruccia et al., 2012). Tal facto deve-se à pouca ou nenhuma precaução que os indivíduos tomam, como por exemplo aplicação de protetor solar. É mais comum em trabalhos ao ar livre nomeadamente ocupações rurais, sendo estes as ocupações laborais expostas à luz ultravioleta. Este tumor é de fácil observação, sendo que rapidamente o próprio indivíduo faz o exame, é também de crescimento muito lento, sendo que por isso mesmo é detetado em fases mais precoces, melhorando o seu prognóstico. (Rezende, Ramos, Daguíla, Dedivitis & Rapoport, 2008; Torres-Pereira et al., 2012).

v. Nutrição

Cerca de 40% dos câncros a nível global estão associados a dietas deficientes sobretudo em vegetais e frutas frescas (Petti, 2009).

Os mecanismos de ação bem como os papéis dos micronutrientes não estão completamente estabelecidos na literatura. No entanto, os alimentos que contenham substâncias como antioxidantes e propriedade anti carcinogénicas, tais como vitaminas A, C e E, carotenos, fitoesteróides, flavonoides e fibras ajudam a contrabalançar os deterioramentos efetuados pelas substâncias cancerígenas que estão presentes, por exemplo no tabaco e no álcool. (Petti, 2009; Torres-Pereira et al., 2012).

vi. Má Higiene Oral

A má higiene oral é outro fator que pode contribuir para o aparecimento de lesões orais, nomeadamente o cancro oral. Está comprovado que cavidades orais com tártaro, perdas de peças dentárias, hemorragia a nível das mucosas é pior no caso de pacientes com cancro oral. Ausências de peças dentárias, traumas como dentes lascados ou partidos ou más formações contribuem para que os mecanismos de lesão celular permitam a continuação do desenvolvimento do cancro oral. Relativamente à prótese dentária não existe uma correlação direta, exceto quando esta está mal adaptada e contribui para a formação de traumas (Rezende et al., 2008).

vii. Comportamentos de Risco Sexuais

Os comportamentos sexuais poderão influenciar a saúde oral. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em especial infeções por Papilomavírus Humano (VPH) ou da Imunodeficiência Humana (VIH) têm um papel relevante sendo a sua importância incrementada por práticas sexuais que permitam o contato orogenital com aumento significativo e recente da incidência em população jovem (Retting, Kiess & Fakhry, 2015; Rezende et al., 2008).

a) Vírus do Papiloma Humano (VPH)

Grande parte dos indivíduos após o início da vida sexual, 3 em 4 mulheres estão infetadas, pelo que se assume que todos os indivíduos com atividade sexual sejam portadores mesmo não tendo conhecimento (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). Há cerca de 150 variantes do VPH, sendo que estes estão classificados baixo risco cancerígeno e alto risco cancerígeno. De alto risco cancerígeno são: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59. O tipo 16 é responsável por cerca de 90% dos VPH – COCC (carcinomas orais das células escamosas). Os tipos 16 e 18 combinados são responsáveis por cerca de 70% dos cancros uterinos (Herrero, 2003; Retting et al., 2015).

O modo de ação do VPH 16 tem início no tecido linfóide mais propriamente no epitélio basal, no entanto há uma forte probabilidade de este integrar o genoma do hospedeiro. As oncoproteínas virais E6 e E7 causam a degradação da proteína p53 que é supressora tumoral e dos retinoblastomas, causando uma proliferação celular desregulada. (Retting et al., 2015).

A prevenção do VPH dá-se através de iniciativas educacionais, sensibilizadoras e de vacinação, sendo que a última já se encontra na calendarização em toda a Europa mas apenas direcionada ao sexo feminino. Todavia já se encontram disponíveis para ambos os sexos (Lee Mortensen, Adam & Idtaleb, 2015).

De acordo com a informação fornecida pelo Ministério da Saúde Português, a vacinação masculina ainda não é recomendada, ao invés do que acontece nos Estados Unidos da América, Austrália e Canadá, onde já pertence plano nacional de vacinação. (Lee Mortensen et al., 2015; Portal da Saúde, 2014)

Existem dois tipos de vacinas distintas: uma quadrivalente destinada para os tipos 16,18 (responsáveis por cerca de 70% dos cancros uterinos), 6 e 11, e outra bivalente apenas dirigida para os tipos 16 e 18. (Hickok et al., 2014; Lee Mortensen et al., 2015)

b) Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

Atualmente com o avanço da Medicina os portadores da Síndrome da Imunodeficiência Humana conseguem manter uma qualidade de vida aceitável, embora a sua suscetibilidade relativamente às patologias seja superior. Na Literatura não se encontram

lesões orais patognomónicas para os portadores do vírus, contudo a imunossupressão permite o aparecimento de determinadas patologias tais como: candidíase oral (sendo que a eritematosa e a pseudomembranosa são as mais associadas ao vírus), leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi. (Aškinytė, Matulionytė & Rimkevičius, 2015; Hirata, 2015).

C. Sinais e Sintomas de Alerta do Cancro Oral

O paciente deverá ter noção de quais as áreas em que é mais comum o aparecimento do cancro oral, nomeadamente no pavimento da boca, bordo lateral da língua e no palato mole, a fim de redobrar a atenção nesses locais de modo a detetar eventuais alterações (OMD, 2015; Cawson, R. ; Odell, E. & Porter, 2002).

São considerados sinais e sintomas:

- Úlceras persistentes,
- Áreas endurecidas,
- Lesões não cicatrizadas,
- Anormal,
- Parestesia,
- Disfagia,
- Alterações localizadas de cor da mucosa,
- Linfadenopatia,
- Tumefações (OMD, n.d.).

D. Lesões Oraís

Existem inúmeras lesões orais bastante distintas tais como, lesões brancas, vermelhas ou hiperpigmentadas, ulcerativas e adenopatias. O seu reconhecimento é importante para que o seu diagnóstico seja feito corretamente e caso necessário se proceda à terapia. (Meiller, Garber & Scheper, 2012; Regezi, 2008; Scully & Felix, 2005; Scully, 2010).

i. Lesões brancas

As lesões brancas podem ter como causas um espessamento da camada de queratina, a presença de um fungo ou por presença de matéria alba. Podem ser destacáveis por

raspagem ou não destacáveis. As destacáveis podem estar associadas a matéria alba devido à má higiene do indivíduo, epitélio necrótico devido a uma queimadura (que poderá ser feita durante a alimentação) ou devido a um fungo (Regezi et al., 2008; Scully, 2010). As lesões brancas que não são destacáveis, surgem devido a um aumento da espessura da camada de queratina (Regezi et al, 2008;Scully & Felix, 2005; Scully, 2010).

Relativamente às causas podem ser causas locais, congénitas (tendo algumas condições raras), inflamatórias infecciosas ou inflamatórias não infecciosas e neoplasias com possibilidade de lesões pré-malignas. Como exemplos temos:

- Causas locais: matéria alba, queimaduras, queratoses (devido por exemplo ao tabaco), excertos, cicatrizes;
- Causas congénitas: grânulos de Fordyce, leucoedemas e ainda disqueratoses congénitas
- Causas Inflamatórias:
 - Infecciosas: fúngicas, virais e bacterianas;
 - Não Infecciosas: líquen plano e lúpus eritematoso;
- Neoplasias e Lesões Pré- Malignas
 - Queilite actínica
 - Leucoplasia Idiopática (Regezi et al., 2008; Scully & Felix, 2005; Scully, 2010).

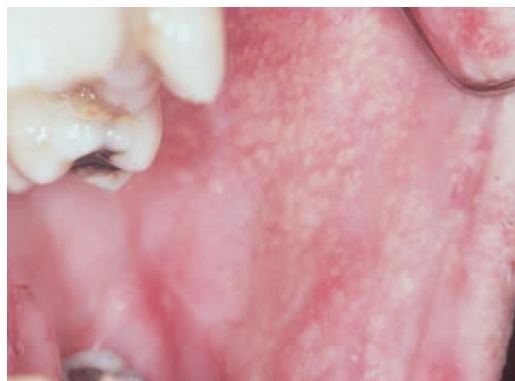


Figura 4- Grânulos de Fordyce (adaptado de Scully & Felix, 2005).

ii. Lesões Vermelhas ou pigmentadas

As lesões vermelhas estão, geralmente, associadas a inflamações, podendo ser localizadas ou generalizadas (Scully & Felix, 2005; Bankfalvi, n.d.).

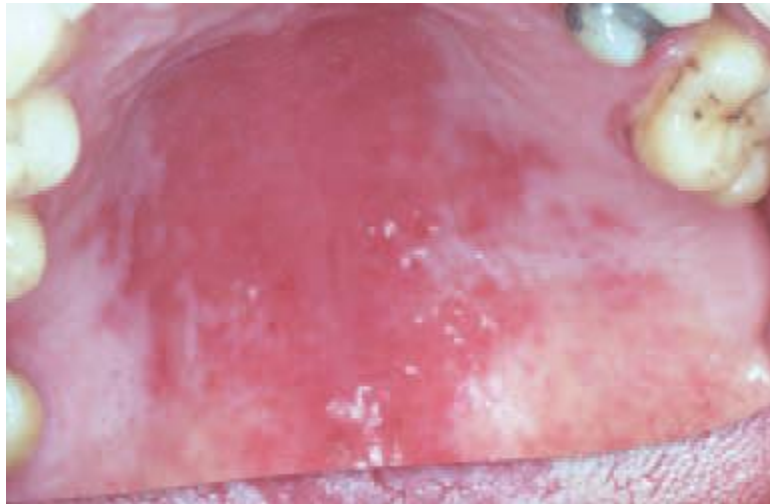


Figura 5- Candidíase eritematosa (adaptado de Scully & Felix, 2005).

- São exemplos de lesões vermelhas localizadas: Hemangioma, causado por uma má formação capilar; inflamações da mucosa oral, tais como : gengivite, glossite, queilite, lesões atróficas como por exemplo a eritroplasia,
- Infecções sistêmicas relevantes, como por exemplo: rubéola, mononucleose infecciosa (formação de manchas vermelhas no palato) e escarlatina

São exemplos de lesões vermelhas generalizadas:

- Candidíase, geralmente relacionada com o estado do sistema imunitário do hospedeiro;
- Mucosites, induzidas por tratamentos de quimioterapia ou radioterapia (Scully, 2010; Bankfalvi, n.d.)

As lesões que surgem devido a pigmentações diferenciam-se em intrínsecas e extrínsecas. As extrínsecas são, muitas das vezes, causadas por tabaco, comida ou bebida e drogas. As pigmentações intrínsecas podem ser localizadas ou generalizadas. As localizadas podem ser causadas por:

- Amálgama ou tatuagens,
- Nevus,
- Mácula Melanótica,
- Neoplasma (Scully & Felix, 2005).



Figura 6-Tatuagem de amálgama (adaptado de Scully & Felix, 2005).

As pigmentações extrínsecas podem ser causadas por:

- Irritação devido ao uso de tabaco ou drogas;
- Pigmentação devido à etnia do indivíduo
- Medicação, como por exemplo clorhexidina, cocaína e lansoprazole (Regezi, Joseph A. , Sciubba, James J., Jordan, 2008; Scully & Felix, 2005).

iii. Lesões Ulcerativas

As úlceras podem ser definidas como danos no epitélio oral, permitindo uma hiperestesia por diminuição física do epitélio e inflamação causando dor, sendo mais exacerbadas quando ingeridos alimentos ácidos ou picantes (C. Scully & Felix, 2005).

O seu aparecimento está relacionado com diversos fatores etiológicos, podem ser causadas por trauma (por exemplo durante a mastigação), devido a aparelhos ortodônticos, próteses ou até mesmo devido ao fio dentário na rotina de higiene oral. No

entanto também pode aparecer devido a queimaduras químicas, radioterapia, drogas ou mesmo patologias, relacionadas com infeções (caso do VIH, sífilis e tuberculose, por exemplo), ou doenças sistémica (Bankfalvi, n.d.;Regezi, et al 2008; C. Scully & Felix, 2005).



Figura 7 -Úlcera traumática crónica (adaptado de Regezi, Joseph A. , Sciubba, James J., Jordan, 2008).

iv Adenoapatias

Adenopatias são responsáveis por tumefações, sendo estas as lesões mais comuns no pescoço. Estas envolvem os nódulos linfáticos que atuam como filtros de antígenos. A sua pesquisa faz-se em localização cervical sendo possível classificar os seguintes grupos:

- Submental;
- Submandibular;
- Parótida/pré-auricular;
- Occipital;
- Cadeia cervical profunda.(Scully & Felix, 2005).
-

As alterações podem ser provocadas por inflamações infecciosas ou não infecciosas. Podem também surgir devido a patologias malignas primárias e secundárias, ou mesmo devido ao consumo de drogas (Regezi, 2008; Scully & Felix, 2005).



Figura 8 - Rânula (adaptado de Regezi et al., 2008)

v. Cancro Oral

O cancro oral engloba lesões malignas situadas na língua, pavimento da cavidade oral, palato duro e mole, lábio, maxila, mandíbula e área retromolar até ao pilar anterior das fauces (MacCarthy, Flint, Healy & Stassen, 2011).

O cancro oral é precedido frequentemente de lesões potencialmente malignas (LPM), previamente ao desenvolver da patologia dá-se a formação de um “tecido morfológicamente alterado, em relação ao qual a probabilidade de correr cancro é superior à do tecido correspondente, aparentemente normal”. As lesões brancas (leucoplasias), as lesões vermelhas (eritroplasias) e a combinação de ambas, são as LPM mais comum (Warnakulasuriya, Johnson & Van Der Waal, 2007).

O Diagnóstico de mais de 50% das neoplasias dão-se num estadio mais avançado (estádios III e IV) (Gómez, Seoane, Varela-Centelles, Diz & Takkouche, 2009).

O carcinoma das células escamosas também denominado por carcinoma espinho celular (CEC) é responsável por cerca de 90% das neoplasias da cavidade oral. Os melanomas, sarcomas e tumores das glândulas salivares representam os restantes 10% (Brenner, Jeunon, Barbosa & Grandinetti, 2007; MacCarthy et al., 2011; Silva, Amaral & Bulhosa, 2010; van der Waal, de Bree, Brakenhoff & Coebergh, 2011).

A apresentação do CEC pode apresentar inúmeras formas, manifestando-se através de lesões brancas, lesões vermelhas, lesões endofíticas ulceradas podendo ainda apresentar-se como uma massa exofítica (Baykul et al., 2010)



Figura 9- Carcinoma das células escamosas (adaptado de Scully & Felix, 2005).

E. Diagnóstico Precoce VS Diagnóstico Tardio

O exame da cavidade oral pode ser efetuada por profissionais de saúde e pelo indivíduo em si, no entanto as estatísticas demonstram que o diagnóstico tardio continua a prevalecer perante o diagnóstico precoce (Santos et al., 2010).

Segundo diversos autores, o número elevado de diagnósticos tardios deve-se sobretudo ao paciente, uma vez que, aproximadamente 30% dos doentes só procura um profissional de saúde cerca de 3 meses após a manifestação do primeiro sintoma (Jafari, Sh, Moradi, & Mj, 2013; Scott, McGurk, & Grunfeld, 2008).

Para que haja um diagnóstico precoce é necessário que existam dois fatores essenciais: um profissional de saúde com conhecimento de causa e um paciente devidamente alertado para a possibilidade de aparecimento de lesões e corretamente informado de forma a saber identificar e solicitar ajuda por parte do profissional de saúde (Neville et al, 2002).

Autores defendem que a presença e/ou associação de duas ou mais doenças no paciente, referida como comorbidade ou comorbilidade, poderá retardar o diagnóstico uma vez que os profissionais de saúde tendem a evidenciar o tratamento no sentido de aliviar os sintomas já presentes, descurando a sua atenção para outros sinais e sintomas (Baykul et al., 2010; Gómez, Seoane, Varela-Centelles, Diz & Takkouche, 2009).

Este atraso no diagnóstico poderá ser explicado em 4 passos distintos, tendo em conta que o tempo que se passa entre o primeiro e o quarto passo poderá ser de 6 meses:

1. Desde a percepção de sinais e sintomas por parte do paciente até à visita ao profissional de saúde;
2. Desde a visita ao profissional de saúde até ao encaminhamento da área de saúde correspondente ao problema;
3. Encontrar o diagnóstico correto;
4. E por fim, dar início ao tratamento adequado à situação.(Güneri & Epstein, 2014)

Estudos indicam que as patologias encontradas em consultas de Medicina Dentária estão associadas a estadios menos avançados (1.94 de média), comparativamente aos outros profissionais de saúde (3.00 de média). Associada está também probabilidade de metástases, que é menor a encontrada em consultas de Medicina Dentária (Holmes, J. D., Dierks, E. J., Homer, L. D. & Potter, B. E.,2003).

F. Autoexame na População – Outros Autoexames já instituídos

Não só a cavidade oral requer exames efetuados pelo próprio indivíduo, este é um tema atual e frequentemente discutido. As campanhas sensibilizadoras começam a tornar-se frequentes, tendo por exemplo “Outubro: Mês de Prevenção do Cancro da Mama” ou “Semana Europeia de sensibilização para o Cancro da Cabeça e Pescoço”, em que o autoexame faz parte desses mesmos programas. Há diferentes tipos de autoexame, para diferentes deteções de diferentes lesões, e distintas partes do corpo humano, são exemplos desses: da mama, da pele e claro da cavidade oral (DGS,2014; Liga Portuguesa contra o cancro, n.d.; skin cancer foundation, n.d.).

G. Autoexame:

Estudos indicam, que um exame à cavidade oral conduzida por profissionais de saúde têm uma maior significância na redução da mortalidade do cancro oral, e uma maior importância nos grupos de risco. É por isso considerado um estudo sensível e específico (Scott et al., 2010).

Caso a informação, passada aos indivíduos não esteja correta, poderão surgir dois tipos de situação:

- Uma falsa confiança no caso de existirem falsos positivos;
- Uma ansiedade desnecessária para resultados com falsos positivos (Scott et al., 2010).

Há que assumir responsabilidade enquanto Médico Dentista ou Profissional de Saúde, encarando as suas limitações e tentar procurar estar sempre o mais atualizado possível de forma a fazer um bom diagnóstico (Santos et al., 2011).

Deverá também ter consciência da importância de alertar o indivíduo sobre comportamentos de risco e assim, fazê-lo compreender a importância a nível da responsabilidade da sua própria saúde. Assim, levá-lo a tomar comportamentos saudáveis, tais como: uma alimentação saudável, boa higiene oral e o autoexame da cavidade oral. Eliminando hábitos como os tabágicos e elíticos (Santos et al., 2011).

Atualmente são várias as organizações da área da saúde oral, como a Ordem dos Médicos Dentistas ou a *International Oral Cancer Association*, que têm retratado o tema do autoexame da cavidade oral. Sendo que essas ações sensibilizadores e educativas, têm sempre o propósito de chegar à população em geral sempre com vocabulário acessível.

- Lavar as mãos;
- Procurar um ambiente onde a visualização seja fácil – bem iluminado,
- Posicionar-se em frente ao espelho;
- Remover próteses dentárias removíveis, caso presentes na boca, ou outro tipo de aparelhos removíveis

Tabela 2- Autoexame da Cavidade Oral (adaptado de Petti & Scully, 2007; OMD, 2014)



1°

Observar a face, o pescoço e procurar por nódulos;



2°

Com o dedo indicador e o dedo polegar em forma de pinça, tracionar o lábio inferior para baixo e o lábio superior para cima para observar e palpar toda a mucosa;



3°

Com a língua para fora, observar e palpar toda a sua área. Movimentá-la de um lado para outro;



4°

Levantando a língua (colocando a ponta no palato), observar e palpar, com detalhe o pavimento da boca, parte inferior da língua e bochechas;



5°

Inclinar a cabeça para trás, e observar o palato e por último visualizar as amígdalas, bilateralmente, e toda a região posterior da boca.

2. OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivos:

- Perceber qual o nível de difusão de informação sobre o conhecimento e realização do autoexame;
- Bem como perceber se existe diferença entre os pacientes com ou sem lesão a nível de elaboração do autoexame da cavidade oral;
- Verificar se existe uma correlação entre os pacientes que têm hábitos deletérios como o consumo de álcool e tabaco, e a presença ou não de lesão.

Hipóteses:

- Hipótese 1: Realiza auto examinação da sua cavidade oral;
- Hipótese 0: Não realiza auto examinação da sua cavidade oral.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A. Pesquisa Bibliográfica:

A pesquisa bibliográfica deste trabalho foi efetuada através dos seguintes motores de busca: *PubMed*, *SciELO* e *Medline*. Também foi elaborada uma pesquisa manual a partir de manuais da área em questão, fornecidas pela biblioteca acima referida.

B. Amostra

Este estudo teve como população-alvo os pacientes de Triagem da Clínica Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. A amostra é constituída por 118 pacientes, sem qualquer limitação (p.e. sexo ou idade).

C. Ética

Este estudo foi Aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (anexo 1).

Os consentimentos informados (anexo 2) foram lidos e assinados e foi explicado oralmente qual o teor e objetivo do estudo. Foi também referida a sua anonimidade e explicado que não existiam quaisquer prejuízos caso não fosse quisesse responder ao questionário.

Este trabalho tem apenas como finalidade estudos (2 estudos na mesma frase) de cariz académico. Não existe qualquer fim económico.

D. Recolha de Dados

A recolha dos dados estatísticos teve como base observação clínica e inquéritos efetuados aos pacientes que compareceram às consultas de triagem na Clínica Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. A recolha foi feita desde Abril de 2015 a Julho de 2015.

E. Inquérito (anexo 3)

O número de lesões não infecciosas tem vindo a aumentar exponencialmente. O diagnóstico atempado destas lesões pode levar a um prognóstico mais favorável. Daí a importância na difusão de informação qualificada e na prática do autoexame.

O inquérito elaborado é adaptado de um cartaz de ação educativa do autoexame e alerta sobre o cancro da boca, da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

O Inquérito não tem nenhuma pergunta de teor comportamental tais como, hábitos sexuais.

Foi usado léxico menos científico com o objetivo de qualquer que fosse a instrução do inquirido não surgissem dúvidas.

F. Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva, designadamente frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows (Marôco, 2007 - Análise estatística com utilização do SPSS, Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa).

4. RESULTADOS

A. Distribuição da amostra consoante o género e a idade dos indivíduos

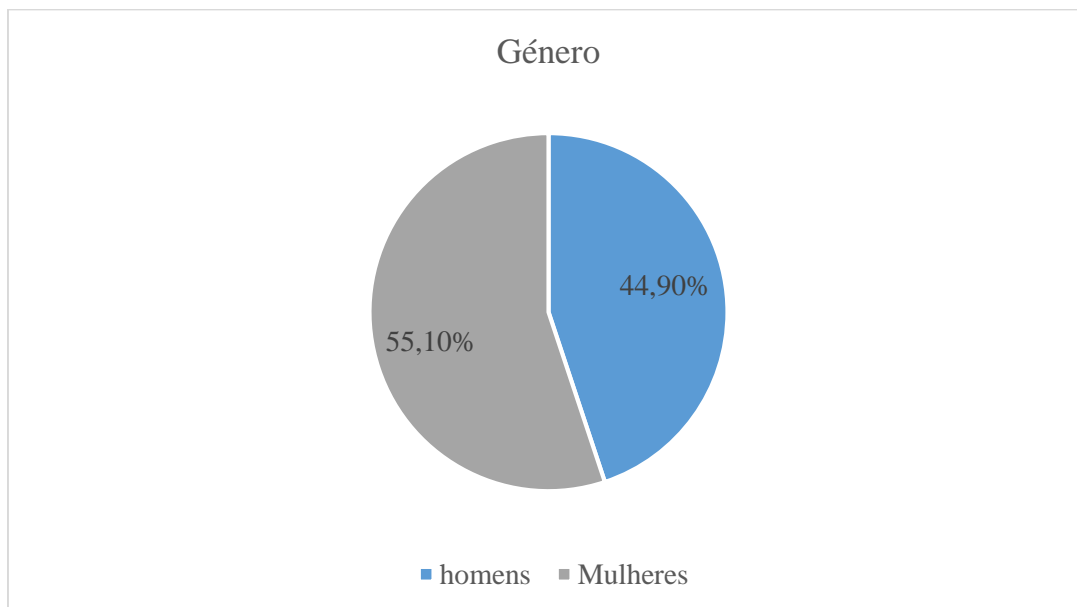


Figura 10- Diagrama Circular: Género dos inquiridos

Foram inquiridos um total de 118 pacientes, nas consultas de Triagem, englobando indivíduos do sexo masculino e feminino. A média de idade foi de 47.46 anos.

A amostra utilizada neste estudo é constituída por 55.1% do sexo feminino (dando um total de 65 indivíduos), e 44.9% do sexo masculino (dando um total de 53 indivíduos). O inquirido mais jovem tinha 17 anos e o inquirido mais velho tinha 82 anos de idade. O desvio padrão é de 16,96.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	118	17	82	47,46	16,96

Figura 11 - Tabela: Idade dos Inquiridos

G. Distribuição da amostra consoante a percentagem de indivíduos com hábitos tabágicos

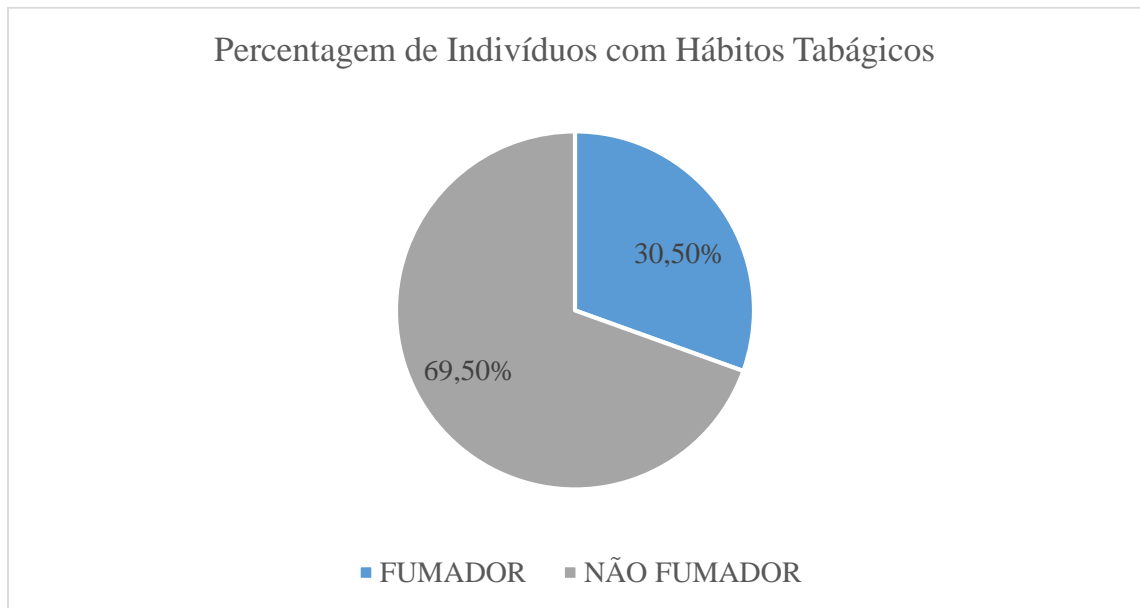


Figura 12 -Diagrama Circular: Fumadores e não fumadores

Na totalidade da amostra, 30.50% dos indivíduos eram fumadores, e 69.50% eram não fumadores.

H. Distribuição da amostra consoante a percentagem de indivíduos com hábitos etílicos

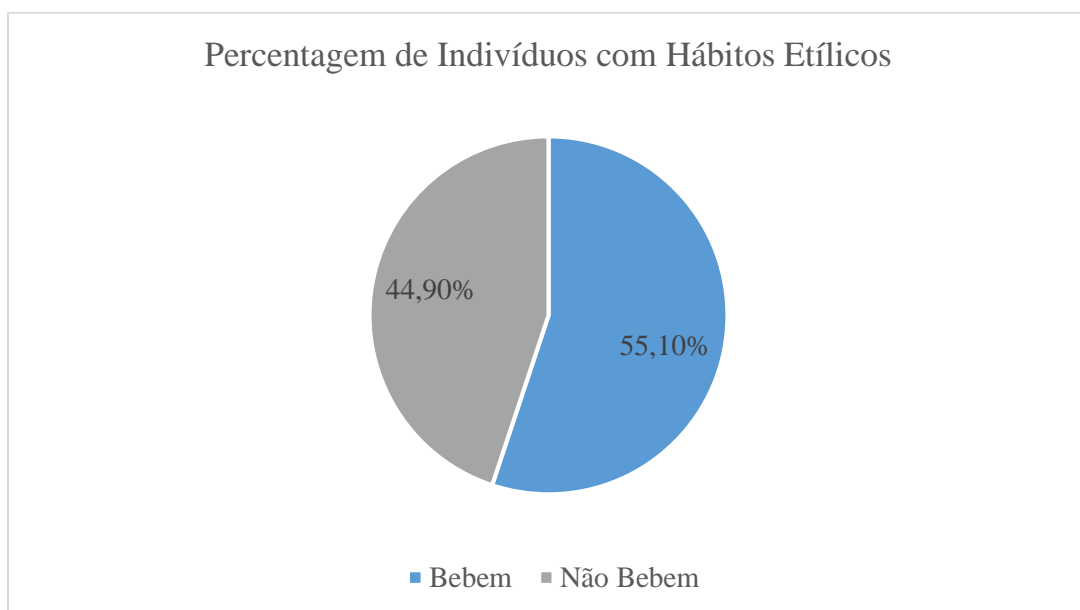


Figura 13- Diagrama Circular: Presença ou não de hábitos etílicos

Na totalidade da amostra 55.10% dos indivíduos têm hábitos etílicos, o que corresponde a 65 indivíduos. Sendo assim, mais da maioria dos indivíduos bebiam.

I. Distribuição da amostra consoante a informação sobre o autoexame da cavidade oral

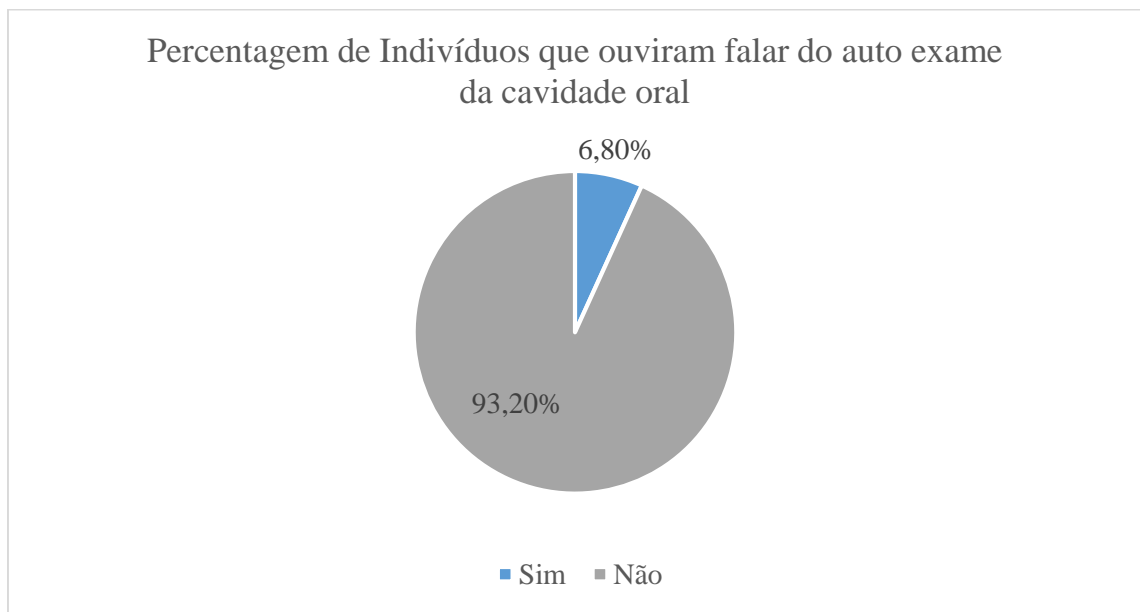


Figura 14 - Diagrama Circular: Ouviram ou não falar do autoexame da cavidade oral

Na totalidade da amostra, apenas 6.8% dos indivíduos já tinham ouvido falar do auto exame da cavidade oral, dando um total de 8 indivíduos em 118. E 93.2%, nunca tinham ouvido falar do autoexame da cavidade oral.

J. Prevalência de indivíduos que efetua o autoexame da cavidade oral

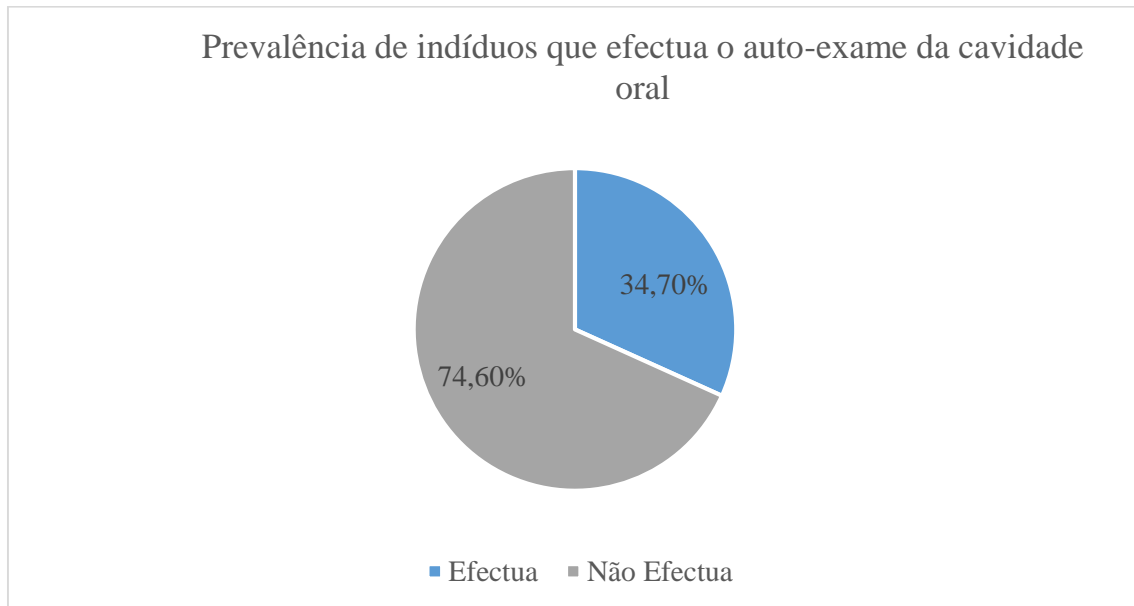


Figura 15- Diagrama Circular: Efetuam ou não o autoexame da cavidade oral

Cerca de 34,70% dos indivíduos efetua o autoexame da cavidade oral, no entanto em quase todos os casos estes perguntaram anteriormente o que significado da expressão “autoexame da cavidade oral”.

K. Prevalência de indivíduos que efetua o autoexame da cavidade oral por aconselhamento de um profissional de saúde

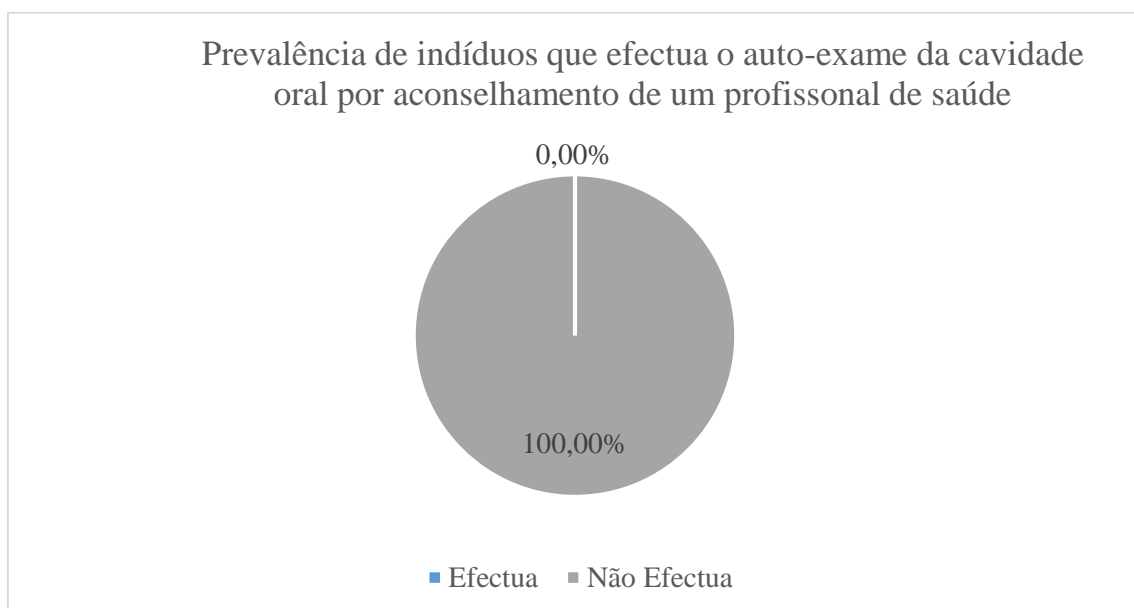


Figura 16- Diagrama Circular: Aconselhamento por profissional de saúde

A nenhum dos indivíduos questionados respondeu que lhe foi proposta a elaboração do autoexame da cavidade oral, anteriormente ao questionário.

L. Prevalência de lesões encontradas

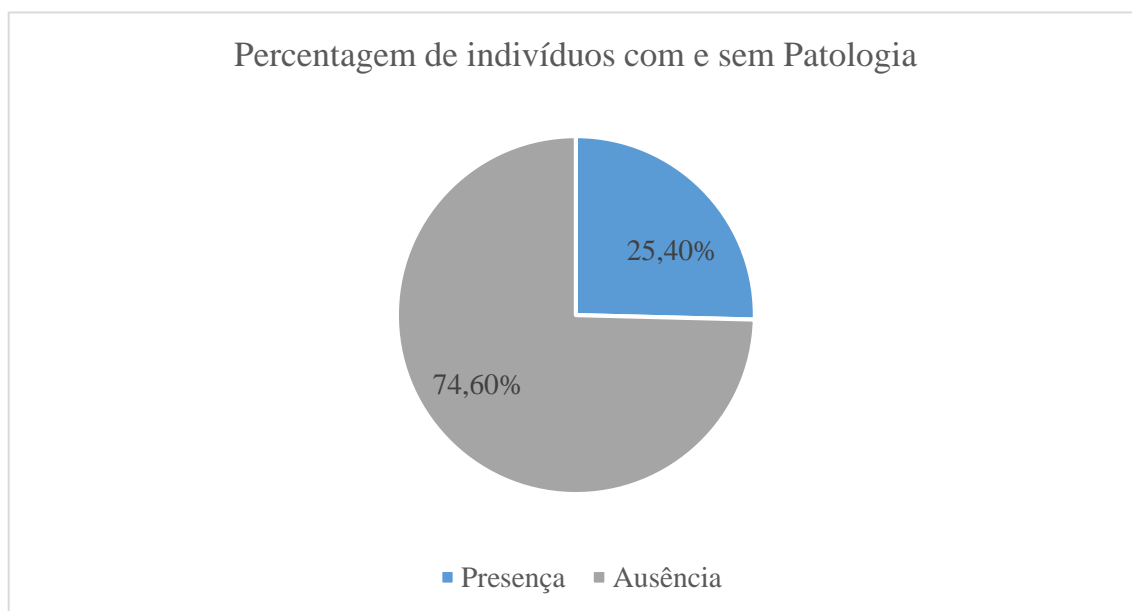


Figura 17- Diagrama Circular: Presença ou não de patologia oral

Na totalidade da amostra 25.4% dos indivíduos tinha presente na boca lesão oral, o que equivale a 30 inquiridos.

M. Prevalência de Indivíduos com Hábitos Tabágicos e com Lesão Oral

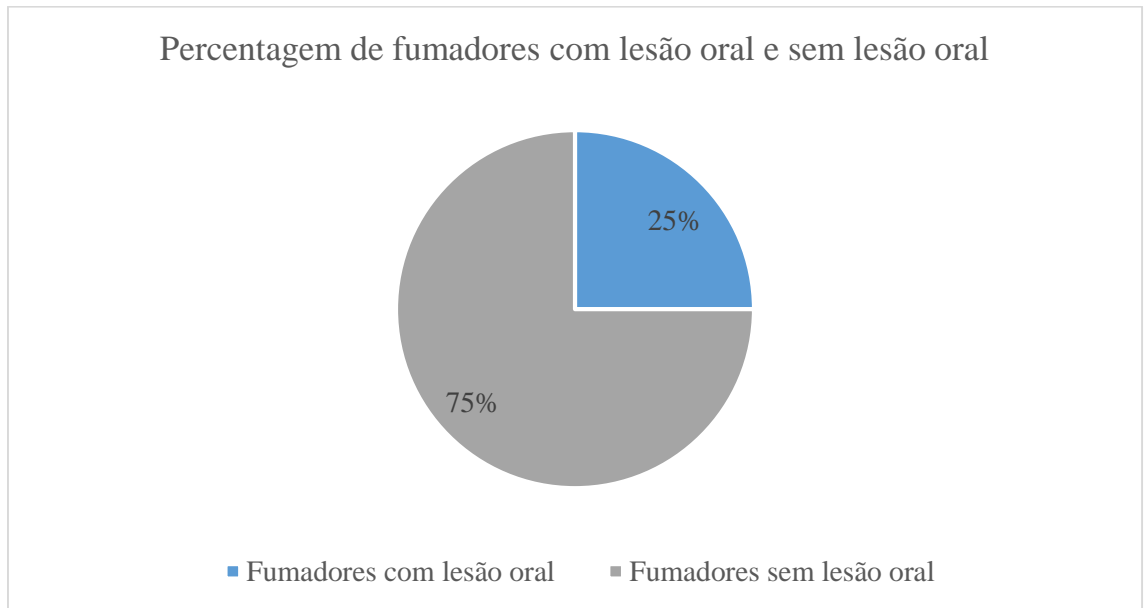


Figura 18- Diagrama Circular: Presença ou não de lesão oral em fumadores

Na totalidade da amostra, 25% dos fumadores, o que equivale a 9 indivíduos têm lesão oral.

N. Prevalência de Indivíduos com Hábitos Etílicos com Lesão Oral

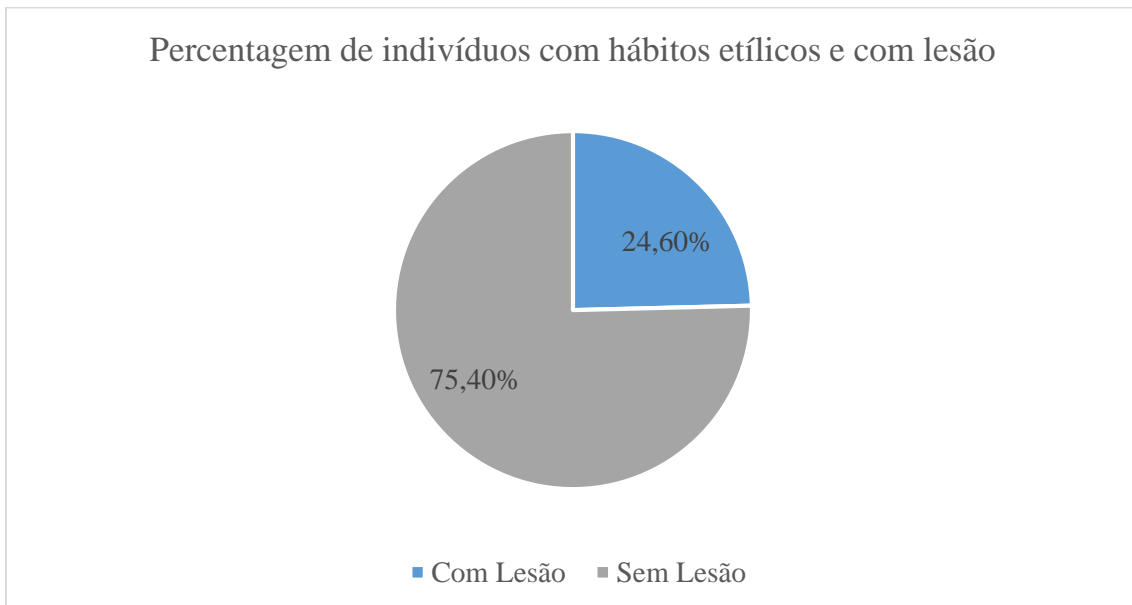


Figura 19- Diagrama Circular: Presença ou não de lesão em indivíduos com hábitos etílicos

Na totalidade da amostra 24.60% dos indivíduos, que correspondem a 16 dos indivíduos inquiridos, que têm hábitos de etílicos apresentam lesão oral.

O. Prevalência de presença de lesão oral em indivíduos com hábitos tabágicos e etílicos.

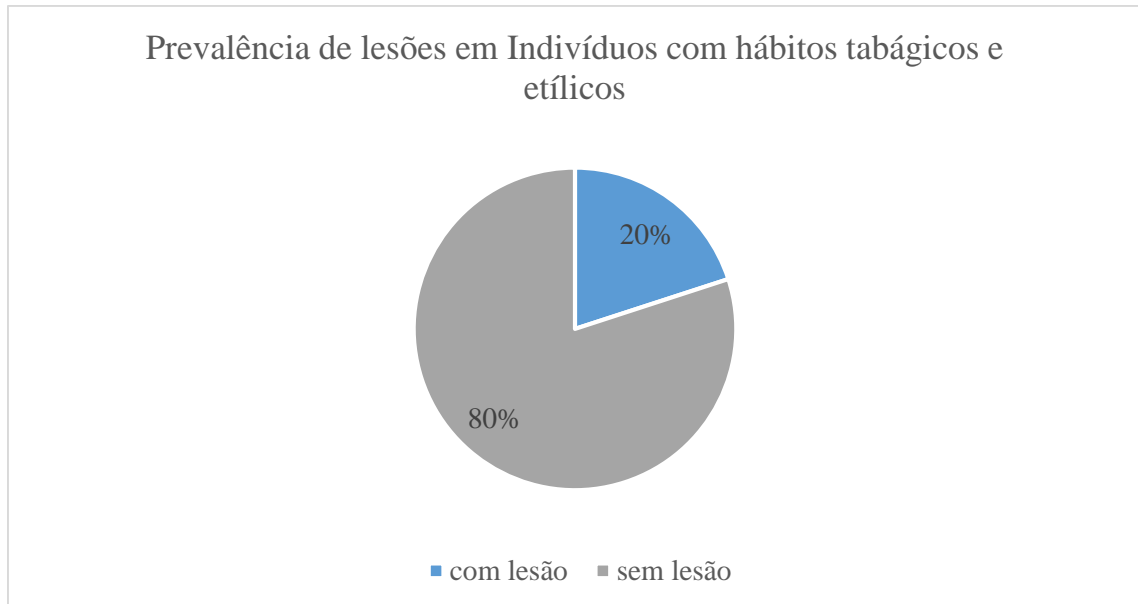


Figura 20- Presença ou Não de Lesão em Indivíduos com Hábitos Tabágicos e Etílicos

Na totalidade da amostra 20% dos indivíduos que fumam e bebem têm lesões orais.

P. Prevalência das lesões observadas pelos indivíduos

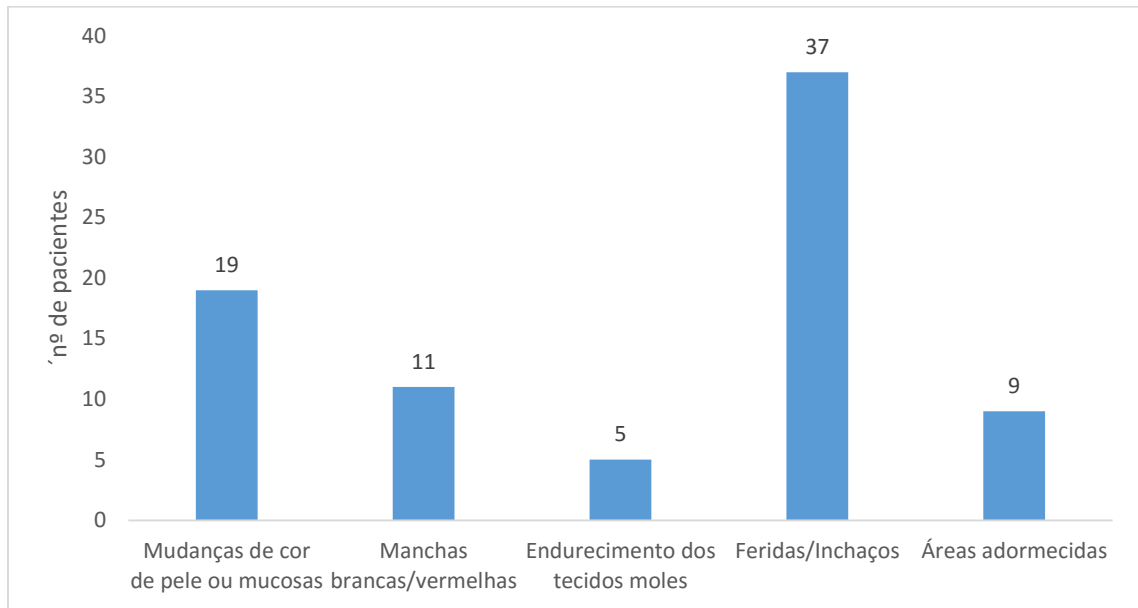


Figura 21 - Diagrama de Barras: Lesões encontradas pelos indivíduos e sua prevalência

Na totalidade da amostra, 118 indivíduos, 19 indivíduos responderam que já notaram mudanças de cor da pele e das mucosas, 11 indivíduos revelaram que já haviam notado manchas brancas/vermelhas, 5 indivíduos notaram em endurecimento dos tecidos moles, 37 indivíduos já tiveram ou tinham feridas/inchaços e por fim 9 indivíduos já tinham sentido determinadas áreas adormecidas.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo foram inquiridos no total 118 indivíduos em que 65 eram do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 55.1%. E 53 do sexo masculino, perfazendo uma percentagem de 44.9%. A maioria dos inquiridos foram então do sexo feminino.

A média de idades encontra-se nos 47,46 anos, sendo o que o mais jovem inquirido tinha 17 anos e o mais velho 82 e, não foram impostas restrições de idades no estudo. O propósito era ter uma noção se o público em geral faria ou não o autoexame da cavidade oral e, portanto não foram impostas limitações de idade. É de interesse fazerem-se estudos em diferentes faixas etárias, de modo a perceber a qual dos públicos-alvo a informação não está a chegar e tentar apostar mais na faixa etária de risco. (Kennedy et al., 2014; Wada, 2013).

No número total de inquiridos 36 eram fumadores, correspondendo a cerca de 30.5% da amostra. Segundo a DGS, em 2014 no Inquérito Nacional de Saúde 20.9% da população inquirida era consumidora de tabaco e 16.1% eram ex-fumadores. Comparando com a amostra obtida a percentagem sobe cerca de 9.6%, mas deve se ter sempre em conta o tamanho desta (DGS, 2014).

É importante que o número de fumadores se tenha em conta, pois este é considerado um grupo de risco devido à relação entre o tabaco e a o aparecimento de lesões na cavidade oral. Um fumador deverá ter cuidados redobrados, nomeadamente a frequência com que efetua autoexame e a informação que tem sobre tal. O médico dentista também tem um papel importante na cessão deste problema de saúde público e segundo estudos efetuados há uma maior probabilidade de os indivíduos cessarem o hábito quando este é estimulado por um profissional da área (Tomar, 2012).

Do número total de fumadores 25% apresentavam lesões na cavidade oral, sendo que este é um fator de risco *major*, para a contribuição no aparecimento das patologias (Cuenca Sala & Baca Garcia, 2013).

A correlação entre o tabagismo e o aparecimento de lesões orais, nomeadamente o cancro oral, está defendida através de várias investigações. No Brasil após uma análise a 23.153 indivíduos com cancro oral, cerca de 74.2%, tinham como hábito comportamental o consumo de tabaco (Ribeiro, Medeiros, Rodrigues, Valença & Lima Neto, 2015). Brener et al. (2007) após uma averiguação a doentes com cancro oral comprovaram que 90% tinha hábitos tabágicos e que o risco de cancro aumenta 6.3 vezes quando usado cigarro industrializado.

Os dados acima relatados demonstram uma clara evidência entre o hábito tabágico e o aparecimento de lesões orais, tal como observado no estudo em questão (Al-Maweri, Alaizari, & Al-Sufyani, 2014; Ribeiro et al., 2015).

Quando questionados relativamente aos hábitos de consumo de álcool 65 dos inquiridos afirmaram que o praticavam, dando um total de 55.1% o que equivale a mais de metade da amostra. De acordo com o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na população em geral apenas 26.4% da população é abstinentes no que toca ao consumo de bebidas alcoólicas. Conforme o avançar dos grupos de faixas etárias o número de abstinências sobe consideravelmente, sendo que a diferença de números se faz em indivíduos mais jovens (Balsa & Vital, 2012).

O número de indivíduos na amostra com hábitos etílicos permanece elevado. Tal como o consumo de tabaco, o consumo de álcool é um fator de risco *major* contribuindo para o aparecimento de lesões na cavidade oral, não só pelo etanol presente mas também por outros componentes *minor* como nitrosaminas, acrilomidas e polifenoides oxidados (Petti, 2009). Os indivíduos com hábitos alcoólicos e com presença de lesão oral representam cerca de 24.6%. Ribeiro e seus colaboradores referem que cerca 47.7% dos indivíduos em estudo com cancro oral tinham hábitos etílicos (Ribeiro et al., 2015).

Na Índia, concluíram que existe efetivamente uma correlação entre o álcool e as lesões da mucosa oral, nomeadamente pré-malignas considerando que se deverá agir em centros de reabilitação, semelhantes ao estudado (Rooban T, Rao A, Joshua E, 2009).

Tal como apresentado neste trabalho e nos estudos acima referidos, pode-se comprovar uma forte relação entre o aparecimento de lesões orais em doentes com hábitos etílicos.

A associação entre ambos os hábitos: tabágico e etílico aumenta o risco de aparecimento de lesões na cavidade oral. Após análise estatística conclui-se que 20% dos indivíduos que têm ambos os hábitos estão presentes lesões orais na sua cavidade. Michael Forman e seus associados no Massachusetts General Hospital comprovaram que os hábitos mais comuns entre os pacientes com lesões orais eram o tabágico e o etílico (Forman, Chuang & August, 2015). Pode-se então afirmar que existe efetivamente uma relação direta entre estes dois fatores de risco.

Durante o exame clínico, durante as consultas de Triage, foram observados 30 pacientes com lesões orais, o que corresponde a 25.4% da nossa amostra. Outro estudo realizado em meio clínico abarcando 11300 fichas clínicas foram identificados 1184 patologias, o que dá uma percentagem de 10.47%, a discrepância de valores poderá ser devido ao estilo de vida dos pacientes, bem como ao intervalo de idades da amostra (Cardoso, Henriques, Trancoso & Azul, 2015)

É necessário ter em atenção o estilo de vida dos indivíduos, caso tenham hábitos deletérios, tais como tabaco, álcool e higiene oral. Também a sua profissão ou ocupações poderão ter efeito, nomeadamente a proteção solar. A idade poderá ter sido também um fator decisivo relativamente ao número elevado de lesões comparando um grupo para outro. (Rezende et al., 2008; Torres-Pereira, 2010)

Quando os indivíduos foram questionados relativamente ao tipo de lesões que haviam notado na sua cavidade oral, a resposta com maior incidência foi de 31.4% dos indivíduos já teve algum tipo de ferida ou tumefação, correspondendo então à possível presença de úlcera ou edema, de acordo com Regezi e seus colaboradores, a úlcera traumática é a lesão mais comum na mucosa oral (Regezi, 2008).

A alteração mais predominante foi a coloração, referindo então a possível pigmentação, cerca de 16.1% dos indivíduos já notou algum tipo de mudança de cor nas mucosas. Esta percentagem pode ter tomado estas proporções devido ao número de fumadores relacionando-os com pigmentações advindas da substância. De acordo com resultados obtidos por Behura, existe de facto uma interdependência entre fumadores e a pigmentação oral, sendo esta a lesão mais comum (Behura, 2015). Relativamente às lesões brancas e vermelhas a percentagem foi de 11%. Em Ohio procedeu-se a uma

pesquisa no sentido de identificar a prevalência de lesões na mucosa oral em doentes de clínicas dentárias e concluíram que existem grandes incidências neste tipo de patologias cerca de 36.6% e 17.7%, respetivamente (Demko, Sawyer, Slivka, Smith, & Wotman, 2009). Estas diferenças percentuais podem estar associadas ao facto de os pacientes na amostra não efetuarem autoexame, podendo facilmente passarem por despercebidas. No entanto houve similaridades quanto às lesões relacionadas com o cancro oral, no inquérito quando questionadas sobre a presença de endurecimento dos tecidos orais ou parestesias, as percentagens tomam proporções mais baixas (5% e 9%), tal como foi concluído no estudo de Demko e seus colaboradores em que apenas 1% das patologias encontradas remetiam para o cancro oral (Demko, Sawyer, Slivka, Smith & Wotman, 2009).

Embora cada vez mais estejam presentes as campanhas de prevenção e, cada vez mais haja a preocupação de tentar chamar a população para a sua responsabilidade relativamente à saúde, a percentagem de indivíduos que respondeu sobre se já tinha ouvido falar do que era o autoexame é de 6.8%.

Grande parte dos indivíduos questionou sobre o que era o autoexame da cavidade oral, e cerca de 34.7% afirmam que o fazem, grande parte com pouca regularidade uma inspeção rápida, durante a sua higienização.

Nenhum dos indivíduos inquiridos afirma ter sido aconselhado por um profissional de saúde no sentido de iniciar o autoexame, sendo por isso uma percentagem de 100% a que nunca foi incentivada por um profissional da área a efetua-lo. Após uma campanha televisiva relacionada com o cancro oral na Escócia, analisou-se a informação retida por parte da população, comprovando que a curto prazo existiram algumas melhorias a nível educacional, mas a longo prazo os resultados foram entrando em decréscimo (Torres-Pereira et al., 2012).

No entanto está relatado na bibliografia que ensinamentos que são efetuados por profissionais de saúde e de um para um (diretamente de profissional de saúde para doente) têm como consequência um progresso positivo quanto aos cuidados com a saúde oral, nomeadamente o autoexame (Torres-Pereira et al., 2012 ;Wada, 2013).

A partir destes resultados podemos assumir que os indivíduos inquiridos não foram corretamente instruídos por profissionais da área e que a informação não está a chegar da forma mais eficaz.

Durante a elaboração do trabalho, ponderou-se em agrupar ao questionário o tema dos comportamentos sexuais de risco. No entanto, o contexto em que foi feito o questionário (ambiente de consultório de Medicina Dentária) e com o propósito de se obter o máximo de veracidade por parte dos inquiridos, foi colocada de parte essa opção.

6. CONCLUSÃO

A educação para a saúde oral, é um método a ter conta, para a consciencialização dos problemas de saúde para toda a população. É importante que os indivíduos percebam o problema que pode advir caso não mudem hábitos deletérios e que esse conhecimento pode surgir como uma mudança benéfica para a saúde, não só do próprio indivíduo como de toda a população que o rodeia.

Neste estudo concluiu-se que existe uma correlação negativa relativamente ao número de lesões encontradas na cavidade oral dos pacientes com a informação que estes têm sobre o autoexame, sendo que a baixa percentagem que o efetua, poderá não o fazer da forma mais recomendável, eliminando a possibilidade reconhecimento de alterações importantes, não o tornando eficaz.

O número de lesões na amostra continua a ter proporções menos positivas, e segundo a literatura deverá aumentar ao longo dos anos.

As ações efetuadas de um para um e por profissionais de saúde da área da saúde oral são mais eficazes do que grandes campanhas como as televisivas, vincando assim, a importância do papel e responsabilidade do Médico Dentista na propagação da correta informação sobre o assunto em questão.

É importante explicar à população que o aparecimento de lesões está fortemente conectada com hábitos, como o tabaco, o álcool, a exposição solar, má higiene oral, dieta e comportamentos de risco sexuais. E ter uma especial atenção a um grupo de risco que com o avançar dos anos tem vindo a aumentar cada vez mais, indivíduos com mais de 65 anos.

As ações de sensibilização deverão ser parte das consultas de rotina de Medicina Dentária, de forma a podermos evoluir neste campo.

7. PERSPETIVAS FUTURAS

Num futuro, espera-se que hajam mais estudos efetuados na área, englobando diferentes grupos de indivíduos com hábitos de risco para que se pudessem correlacionar, não só a presença e ausência de lesões em cavidade oral, mas para se tentar perceber a que público é que a informação não está de todo a chegar.

Era importante tentar que estes estudos fossem abrangidos a uma maior população, de forma a compreender melhor os resultados e a poderem ser comparados e extrapolados para o normal dia-a-dia.

Pessoalmente, esperava ver na Clínica Universitária Egas Moniz uma implementação de instruções referentes ao autoexame. Onde os próprios alunos pudessem partilhar com os doentes a informação necessária para a realização do autoexame. Gostaria que o meu trabalho de final de curso extrapolasse do papel para a realidade de forma a aumentar o maior número de instruídos sobre o assunto na população.

8. **BIBLIOGRAFIA**

- Al-Maweri, S. A., Alaizari, N. A. & Al-Sufyani, G. A. (2014). Oral mucosal lesions and their association with tobacco use and qat chewing among Yemeni dental patients. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6(5), e460–6.
- Aškinytė, D., Matulionytė, R. & Rimkevičius, A. (2015). Oral manifestations of HIV disease: A review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*.
- Balsa, C. & Vital, C. (2012). *O Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral Portugal 2012*.
- Bankfalvi, A. (2008). White Lesions. International Medical College. Acedido em outubro 21, 2015 <http://www.med-college.hu/de/wiki/artikel.php?id=4&lan=2>
- Baykul, T., Yilmaz, H. H., Aydin, U., Aydin, M. A., Aksoy, M. & Yildirim, D. (2010). Early diagnosis of oral cancer. *The Journal of International Medical Research*, 38(3), 737–49.
- Behura, S. S. (2015). Oral Mucosal Lesions Associated with Smokers and Chewers – A Case-Control Study in Chennai Population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(7), 17–22.
- Brener, S., Jeunon, F. A., Barbosa, A. A., & Grandinetti, H. de A. M. (2007). Carcinoma de células escamosas bucal : uma revisão de literatura entre o perfil do paciente , estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1), 63–69.
- Cardoso I., Henriques I., Trancoso P.F. & Mano Azul, A. (2015) Prevalência de patologia oral numa consulta de Medicina Dentária, *Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas*, Lisboa 2015.
- Cawson, R., Odell, E., & Porter, S. (2002). *Cawson's Essential of Pathology Oral and Oral Medicine* (7th ed.). Edinburg: Churchill Livingstone.

- Cuenca Sala, E. & Baca Garcia, P. (2013). *Odontologia Preventiva y Comunitária Principios, Métodos e aplicaciones* (4th ed.). Barcelona: Elevsier Masson.
- Demko, C., Sawyer, D., Slivka, M., Smith, D. & Wotman, D. (2009). Prevalence of oral lesions in the dental office. *General Dentistry*, 57(5), 504–509.
- Direcção Geral de Saúde. (2014). Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números. *Dgs*.
- Forman, M. S., Chuang, S.-K. & August, M. (2015). The Accuracy of Clinical Diagnosis of Oral Lesions and Patient-Specific Risk Factors that Affect Diagnosis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 73(10), 1932–1937.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P. & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), 207–229.
- Gómez, I., Seoane, J., Varela-Centelles, P., Diz, P. & Takkouche, B. (2009). Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *European Journal of Oral Sciences*, 117(5), 541–546.
- Güneri, P. & Epstein, J. B. (2014). Late stage diagnosis of oral cancer: Components and possible solutions. *Oral Oncology*, 50(12), 1131–1136.
- Herrero, R. (2003). Human Papillomavirus and Oral Cancer: The International Agency for Research on Cancer Multicenter Study. *CancerSpectrum Knowledge Environment*, 95(23), 1772–1783.
- Hickok, J., Avery, T. R., Lankiewicz, J., Gombos, A., Terpstra, L., Hartford, F., ... Program, E. (2014). *New England Journal*, 2255–2265.
- Hirata, C. H. W. (2015). Oral manifestations in AIDS. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(2), 120–3.

- Humphris, G. M., Freeman, R. & Clarke, H. M. M. (2004). Risk perception of oral cancer in smokers attending primary care: A randomised controlled trial. *Oral Oncology*, 40(9), 916–924.
- International Agency for research on Cancer (n.d.). A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia. International Agency for research on Cancer. Acedido em outubro 10, 2015 http://screening.iarc.fr/atlasoral_list.php?cat=H1&lang=1.
- Jafari, A., Sh, N., Moradi, F. & Mj, K. (2013). Delay in the Diagnosis and Treatment of Oral Cancer, *14*(3), 146–150.
- Jin, K., Simpkins, J. W., Ji, X., Leis, M. & Stambler, I. (2015). The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population. *Aging and Disease*, 6(1), 1–5.
- Jornet, P. L., Garcia, F. G., Berdugo, M. L., Perez, F. P. & Lopez, a P.-F. (2015). Mouth self-examination in a population at risk of oral cancer. *Australian Dental Journal*, 60(1), 59–64.
- Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., ... Sierra, F. (2014). Geroscience: Linking Aging to Chronic Disease. *Cell*, 159(4), 709–713.
- Lee Mortensen, G., Adam, M. & Idtaleb, L. (2015). Parental attitudes towards male human papillomavirus vaccination: a pan-European cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 15(1), 624.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (n.d.) Deteção do cancro da mama. Liga Portuguesa contra o cancro. Acedido a Outubro 18, 2015 <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=180>.
- MacCarthy, D., Flint, S. R., Healy, C. & Stassen, L. F. A. (2011). Oral and neck examination for early detection of oral cancer--a practical guide. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), 195–199.

- Mano Azul, A., Bulhosa, J. F., Melo, P. R. de & Trancoso, P. F. (2015). *Intervenção Precoce no Cancro oral, guia para profissionais de saúde, 1*.
- Martins, A. M. E. D. B. L., Souza, J. G. S., Haikal, D. S., Paula, A. M. B. De, Ferreira, E. F. E., & Pordeus, I. A. (2015). Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1085–1098.
- Maruccia, M., Onesti, M. G., Parisi, P., Cigna, E., Troccola, A. & Scuderi, N. (2012). Lip cancer: a 10-year retrospective epidemiological study. *Anticancer Research*, 32(4), 1543–6.
- Meiller, T. F., Garber, K. & Scheper, M. (2012). A review of common oral pathology lesions, with a focus on periodontology and implantology. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 12(S1), 254–62.
- Nemoto, R. P., Victorino, A. A., Pessoa, G. B., da Cunha, L. L. G., da Silva, J. A. R., Kanda, J. L. & de Matos, L. L. (2015). Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(1), 44–49.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Clin Geral*, 225–244.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2009). Prevenção do cancro da boca. Ordem dos Médicos Dentistas. Acedido a setembro 15, 2015 <http://www.omb.pt/noticias/2009/10/campanha-auto-exame>.
- Pereira, A., Balbani, S. & Montovani, J. C. (2005). Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(6), 820–827.
- Petersen, P. E. (2009). Oral cancer prevention and control - The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, 45(4-5), 454–460.
- Petti, S. (2009). Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncology*, 45(4-5), 340–350.

- Petti, S. & Scully, C. (2007). Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncology*, 43(4), 408–415.
- Pires, A. S., Paiva, R. L., Sant, M. & Filho, A. (2008). Álcool e Câncer Bucal : Considerações sobre os Mecanismos Relacionados Alcohol and Oral Cancer : Comments on Related Mechanisms. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 49–56.
- Portal da saúde (2013). Deixar de fumar. Portal da Saúde. Acedido em outubro 13, 2015 <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/deixar+de+fumar/deixardefumar.html>.
- Regezi, J. A., Sciubba, J. J. & Jordan, R. C. K. (2008). *Patologia Oral - correlações Clinicopatológicas* (5ª ed.). St Louis: Elsevier Ltd.
- Retting, E., Kiess, A. P. & Fakhry, C. (2015). The role of sexual behavior head and neck cancer: implications for prevention and therapy. *Expert Rev Anticancer Ther*, 15(1), 35–49.
- Rezende, C. P. De, Ramos, M. B., Daguíla, C. H., Dedivitis, R. A. & Rapoport, A. (2008). Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 74(4), 596–600.
- Ribeiro, I. L. A., Medeiros, J. J. de, Rodrigues, L. V., Valença, A. M. G. & Lima Neto, E. de A. (2015). Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(3), 618–629.
- Rooban, T., Rao, A. & Joshua, E. R. K. (2009). The prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in Chennai, south India. *Indian J Dent Res*, (20), 41–6.
- Santos, G. L., Freitas, V. S., Andrade, C. & Oliveira, M. C. (2010). Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. *Odontol. Clin. Cient.*, 9(2), 131–133.

- Santos, I. V., Daltro, T., Alves, B., Miranda, M., Falcão, L. & Freitas, V. S. (2011). O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca The paper of the dentist in relation to the oral cancer, *10*(3), 207–210.
- Schwantes, R., Souza, D., Baumgarten, A., Fernanda, R. & Toassi, C. (2014). Revista Odonto Ciência Dental health education : a literature review, *29*(1), 18–24.
- Scott, S., McGurk, M. & Grunfeld, E. (2008). Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *European Journal of Oral Sciences*, *116*(2), 141–147.
- Scott, S., Rizvi, K., Grunfeld, E. & McGurk, M. (2010). Pilot Study to Estimate the Accuracy of Mouth self-examination in at-risk group. *Wiley Online Library*.
- Scully, C. (2010). Oral medicine for the general practitioner: red , white and. *International Dentistry SA*, *13*(2).
- Scully, C. & Felix, D. H. (2005). Oral medicine -- update for the dental practitioner. Disorders of orofacial sensation and movement. *British Dental Journal*, *199*(11), 703–709.
- Scully, C., & Felix, D. H. (2005). Oral Medicine — Update for the dental practitioner. Mouth ulcers of more serious connotation. *British Dental Journal*, *199*(6), 339–343.
- Silva, C. C., Amaral, B. do & Bulhosa, J. F. (2010). Carcinoma espinocelular da língua-factores de risco e importância do reconhecimento de lesões pré-malignas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria E Cirurgia Maxilofacial*, *51*(1), 49–55.
- Silveira, A., Gonçalves, J., Siqueira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E. & Pimentel, F. L. (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço : enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.*, *15*(1), 38–48.

- Skin Cancer Foundation (n.d.). Early Detection and Self Exames. Skin Cancer Foundation. Acedido em outubro 18, 2015 <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/early-detection>.
- Tomar, S. L. (2012). Tobacco-use interventions delivered by oral health professionals may increase tobacco cessation rates. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 12(2), 62–64.
- Torres-Pereira, C. (2010). Oral cancer public policies : Is there any evidence of impact ? *Brazilian Oral Research*, 24, 37–42.
- Torres-Pereira, C. C., Angelim-Dias, A., Melo, N. S., Lemos Jr., C. A. & Oliveira, E. M. F. De. (2012). Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s30–s39.
- van der Waal, I., de Bree, R., Brakenhoff, R. & Coebergh, J. W. (2011). Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(3), e300–5.
- Wada, R. S. (2013). Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes, (6), 130–135.
- Warnakulasuriya, S., Johnson, N. W. & Van Der Waal, I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(10), 575–580.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – Inquérito

Inquérito

Sexo F M idade ____

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fuma Tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Se sim, | | |
| i. Quantos cigarros por dia? _____ | | |
| 2. Bebe Álcool? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Se sim, | | |
| i. Com que regularidade? | | |
| 1. Todos os dias | <input type="checkbox"/> | |
| 2. 2-3 dias por semana | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Socialmente | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Outros, _____ | | |
| 3. Tem o hábito de higienizar a língua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Já ouviu falar do autoexame da cavidade oral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tem por hábito autoexaminar a sua cavidade oral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sim, fá-lo porque: | | |
| a. Achou que devia fazer, sem aconselhamento | <input type="checkbox"/> | |
| b. Foi-lhe indicado por um profissional de saúde | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Já alguma vez reparou em : | | |
| a. Mudanças de cor da pele ou mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Manchas brancas/vermelhas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Endurecimento dos tecido moles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Feridas/Inchaços | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Áreas adormecidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Exame Observacional: Lesão Oral Clinicamente Comprovada

- Presença de Lesão Oral

- Ausência de Lesão oral

ANEXO 2 - Consentimento Informado

Monte de Caparica, 12 de Janeiro de 2015

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Projecto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor José Silva Marques, solicita-se autorização para a participação no inquérito aos pacientes da Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz com o objetivo de conhecer os seus hábitos de auto-examinação da cavidade oral assim como presença ou ausência de lesões da cavidade oral.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como implementar explicações de auto-examinação da cavidade oral nas consultas de medicina dentária, trabalhando assim para o progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

ANEXO 3



38

Ex.ma Senhora
Ana Rita Pereira Pinho

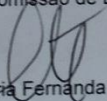
Monte de Caparica, 29 de janeiro de 2015

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "*Autoexame da Cavidade Oral – a importância do Diagnóstico Precoce*", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

c.c. – Prof. Doutor Silva Marques