



Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Conscientização dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS, acerca das lesões orais potencialmente malignas

Ana Sofia Dias Vilela

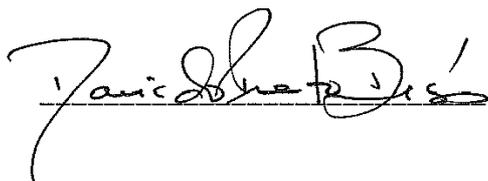
Orientador: Prof. Doutora Maria do Pranto Braz

DECLARAÇÃO

Eu, **Maria do Pranto Braz**, Médica Dentista, doutorada em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, tendo assumido o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado **“Conscientização dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS, acerca das lesões orais potencialmente malignas”** da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Ana Sofia Dias Vilela**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 6 de julho de 2016

O Orientador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria do Pranto Braz', written over a horizontal line.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, irmão e namorado por todo o apoio incondicional na vida e em especial neste últimos 5 anos.

Ao meu trinómio, Filipa Teixeira e Wesley Krebel por toda a amizade e partilha de conhecimentos.

Á minha amiga de todas as horas, Andreia.

A todos os docentes que se cruzaram comigo durante o meu percurso académico e contribuíram de alguma forma com conhecimento, sabedoria e experiência. Em particular à minha orientadora, Prof. Doutora Maria do Pranto Braz pela simpatia e disponibilidade.

RESUMO

Introdução: O papel do Médico Dentista (MD) na detecção e prevenção de lesões orais potencialmente malignas e cancro oral é de extrema importância, sendo por isso fundamental que o tema seja enfatizado durante a formação dos alunos.

Objetivos: Averiguar os conhecimentos dos alunos do 4º e 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS sobre as lesões orais potencialmente malignas (LOPM), fatores de risco e alterações da mucosa associadas ao cancro oral.

Métodos: Foi efetuado um questionário aos alunos do 4º e 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS, durante o mês de abril de 2016. Foram recolhidos 143 questionários e os dados foram analisados no SPSS Statistics 23 usando o teste do qui-quadrado e o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados: Dos 143 estudantes que responderam ao questionário, 44,8% (N=64) eram do 4º ano e 55,2% (N=79) eram do 5º ano, com idade média de 25,45 anos. A maioria dos alunos autoavaliaram os seus conhecimentos sobre as LOPM e cancro oral como “Suficiente”. Mais de 90% dos alunos disse informar os pacientes sobre os fatores de risco. O historial de cancro oral, álcool e tabaco foram os fatores de risco mais assinalados pela amostra. As alterações que os alunos mais referenciaram como associadas ao cancro oral foram: ulceração persistente, mancha vermelha e mancha branca. O médico estomatologista foi o especialista selecionado para referenciação de lesões suspeitas. Os casos de LOPM representavam uma maior dificuldade na sua correta identificação comparativamente aos casos de lesões benignas.

Conclusões: Devido ao papel do MD na prevenção e diagnóstico do cancro oral é importante que o assunto seja reforçado, para que no futuro os estudantes sejam capazes de diagnosticar as lesões precocemente e proporcionar um melhor prognóstico a estes pacientes.

Palavras-chave:

“lesões orais potencialmente malignas”; “cancro oral”; “estudantes medicina dentária”; “leucoplasia”

ABSTRACT

Introduction: The role of the dentist in the detection and prevention of potentially malignant oral lesions and cancer is of extreme importance, and it is therefore essential that the theme is emphasized during the training of students.

Objectives: To determine the students' knowledge of the 4th and 5th years of Msc in Dental Medicine of IUCS on potentially malignant oral lesions (PMOL), risk factors and changes of the mucosa associated with cancer.

Methods: We performed a questionnaire on students of the 4th and 5th years of Msc in Dental Medicine of IUCS during the month of april 2016. 143 questionnaires were collected and the data was analyzed in SPSS Statistics 23 using the chi-square test and the significance level of $p \leq 0,05$.

Results: Of 143 students who responded to the questionnaire, 44.8% (N=64) were from the 4th year of studies and 55.2% (N=79) were from the 5th year of studies, with an average 25.45 years of age. The majority of students assessed their knowledge about the PMOL and oral cancer as "sufficient". More than 90% of the students said that they informed patients about the risk factors. The history of oral cancer, alcohol and tobacco were the risk factors marked the most by the sample. Changes that most students referred as associated with oral cancer were: persistent ulcer, red spot and white spot. The stomatologist was the expert selected more oftenly for referral of suspicious lesions. Cases of PMOL pose greater difficulty in their correct identification compared to cases of benign lesions.

Conclusions: Due to the crucial role of the dentist in the prevention and diagnosis of oral cancer, it is important that this matter be strengthened so that, in future, students are able to diagnose the lesions early in their development and thus provide a better prognosis for the patients.

Keywords

"pottentially malignant oral lesions"; " oral cancer"; "dental students"; " leukplakia";

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MIMD: Mestrado Integrado em Medicina Dentária

IUCS: Instituto Superior de Ciências da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

CEC: Carcinoma espinocelular

LOPM: Lesões orais potencialmente malignas

MD: Médico Dentista

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

ICD: International Classification of Disease

HPV: Vírus do Papiloma Humano

ÍNDICE

Capítulo I

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3.MATERIAIS E MÉTODOS	3
3.1 TIPO DE ESTUDO	3
3.2 UNIVERSO DE ESTUDO.....	3
3.3 TIPO DE AMOSTRA.....	3
3.4 FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
3.5.CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	3
3.6 METODOLOGIA DE OBSERVAÇÃO	3
3.7 TRATAMENTO DE DADOS	4
3.8 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	4
PALAVRAS-CHAVE.....	4
4.BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
5. RESULTADOS.....	9
5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	9
5.2. AUTOAVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E O CANCRO ORAL	10
5.3. INFORMAÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO	10
5.4. CONDUTA AO OBSERVAR ALTERAÇÕES NA MUCOSA QUE APARENTAM SER LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS	11
5.5. CONDIÇÃO QUE ASSOCIA A MAIOR PREVALÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA.....	11
5.6. FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA ETIOLOGIA DO CANCRO ORAL.....	12
5.7. ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL ASSOCIADAS COMO INDÍCIO DE MALIGNIDADE.....	13
5.8. ESPECIALISTA	14
5.9. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA.....	16
5.10. CASOS ILUSTRATIVOS DE LESÕES BENIGNAS, POTENCIALMENTE MALIGNAS E MALIGNAS	17

6. DISCUSSÃO	20
6.1. AUTOAVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E O CANCRO ORAL.....	20
6.2. INFORMAÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO.....	20
6.3. CONDUTA AO OBSERVAR ALTERAÇÕES NA MUCOSA QUE APARENTAM SER LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS	20
6.4. CONDIÇÃO QUE ASSOCIA A MAIOR PREVALÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA	21
6.5. FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA ETIOLOGIA DO CANCRO ORAL	21
6.6. ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL ASSOCIADAS COMO INDÍCIO DE MALIGNIDADE.....	22
6.7. ESPECIALISTA.....	22
6.8. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA.....	22
6.9. CASOS ILUSTRATIVOS DE LESÕES BENIGNAS, POTENCIALMENTE MALIGNAS E MALIGNAS	22
6.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	23
7. CONCLUSÃO.....	24
8.BIBLIOGRAFIA.....	25
9.ANEXOS	28

Capítulo II

1. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO	47
1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA	47
2. ESTÁGIO HOSPITALAR.....	47
3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA.....	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE OS ESTÁGIOS	48

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por ano letivo, sexo e idade média	9
Tabela 2: Fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral	13
Tabela 3: Alterações da cavidade oral	14
Figura 1: Autoavaliação do nível de conhecimento.....	10
Figura 2: Informa os pacientes sobre os fatores de risco.....	10
Figura 3: Conduta ao observar alterações na mucosa oral	11
Figura 4: Condição associada a maior prevalência de transformação maligna.....	12
Figura 5: Especialista para referênciação	15
Figura 6: Médico Dentista como especialista de referênciação	15
Figura 7: Papel do Médico Dentista	16
Figura 8: Alunos que consideram o papel do MD muito importante e o escolheram como especialista	16
Figura 9: Caso 1: Líquen plano-Lesão oral potencialmente maligno	17
Figura 10: Caso 2: Candidíase-Lesão benigna.....	18
Figura 11: Caso 3: Ulceração aftosa herpetiforme-Lesão benigna.....	18
Figura 12: Caso 4: Queratose do fumador-Lesão oral potencialmente maligna	19
Figura 13: Casos: Identificação da lesão correta.....	19

Capítulo I

1. Introdução

O conceito de pré-câncer ou lesão pré-maligna surgiu quando, em estudos longitudinais, áreas de tecido com alterações clínicas, que tinham sido detetadas em consulta médico/dentária como tendo potencial para malignizar, se tornaram posteriormente malignas.

As lesões orais pré-malignas ou potencialmente malignas (LOPM) antecedem o cancro oral numa percentagem elevada de casos ¹⁻¹². Os médicos dentistas são, provavelmente, os primeiros clínicos a visualizar e diagnosticar lesões orais potencialmente malignas ¹³. Por isso, é de maior interesse que os estudantes de medicina dentária tenham um bom conhecimento sobre a aparência clínica das LOPM e cancro oral, conheçam os fatores de risco, saibam como atuar na prevenção, e sejam capazes de realizar um diagnóstico precoce e eficaz ¹⁴⁻¹⁶.

De todas as condições que um médico dentista vê e trata, o cancro oral é a mais grave e que tem implicações de vida ou morte ¹⁵. O diagnóstico precoce e a taxa de sobrevivência estão intimamente ligados, ou seja, quanto mais precoce for o diagnóstico maior é a probabilidade de cura. A capacidade de um clínico chegar a um diagnóstico numa fase precoce da doença depende dos conhecimentos adquiridos durante a sua formação ^{3,17}. Assim, dado o papel do médico dentista na deteção e prevenção do cancro oral é importante que a formação sobre o tema seja enfatizada.

Além disso, devido à sua prevalência, as diretrizes para a formulação de metas em relação ao controlo do cancro oral são dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A fim de avaliar o cumprimento dessas metas, o Programa de Saúde Oral da OMS apoia os países na criação de sistemas adequados de vigilância em Saúde oral, com o objetivo de reduzir a prevalência do cancro oral, melhorar a taxa de sobrevivência a 5 anos, aumentar o número de casos diagnosticados em fases precoces da doença, agilizar o processo de encaminhamento para especialistas, reduzir a exposição ao tabaco e álcool e assegurar o cuidado multidisciplinar de indivíduos afetados pelo cancro oral ¹⁸.

2. Objetivos

Este estudo teve como objetivo averiguar o conhecimento dos alunos do 4º e 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde acerca das lesões orais potencialmente malignas da cavidade oral, fatores de risco e alterações da mucosa oral associadas ao cancro oral.

OBJETIVO PRINCIPAL

1. Identificação de lesões orais potencialmente malignas
2. Verificar possíveis diferenças de conhecimento entre os alunos do 4º e 5º ano

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias orais
2. Identificação das alterações da mucosa oral

3. Materiais e métodos

3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal de natureza descritiva.

3.2 UNIVERSO DE ESTUDO

O universo de estudo incluiu os alunos do 4º (N=154) e 5º (N=137) ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS, que durante do mês de abril de 2016 aceitaram responder, de forma voluntária e informada, ao questionário.

3.3 TIPO DE AMOSTRA

Amostra de conveniência.

3.4 FATORES DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fatores de inclusão: todos os alunos do 4º e 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS que durante o mês de abril aceitaram responder ao questionário.

Fatores de exclusão: todos os alunos dos restantes anos letivos, assim como alunos que recusaram responder ao questionário e que não se encontravam no IUCS durante o mês de abril de 2016.

3.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Da população total do universo de estudo, apenas 143 alunos responderam ao questionário, sendo 64 alunos do 4º ano e 79 do 5º ano. A taxa de resposta ao questionário foi de 49,14%. A amostra era composta por 87 alunos do sexo feminino e 56 alunos do sexo masculino com idades compreendidas entre 21 e 54 anos.

3.6 METODOLOGIA DE OBSERVAÇÃO

O estudo foi conduzido na Clínica Nova Saúde, na CESPU. Foi elaborado um questionário (Anexo C fig. C1-C4), tendo como base questionários do estudo de Carter e Ogden¹⁹, assim como

do Lapiedra e el ³. O questionário foi entregue juntamente com uma declaração de consentimento informado (Anexo B), onde era explicado o conteúdo do estudo assim como o seu objetivo, e pedia autorização aos alunos em estudo para que a informação obtida pudesse ser usada de forma anónima. Numa fase inicial, foi efetuado um estudo piloto, em que o questionário foi aplicado a 15 alunos do MIMD para verificar se o conteúdo era explícito.

O questionário consistia em três partes, sendo que a primeira parte abordava questões sociodemográficas, a segunda parte contendo oito questões de resposta fechada acerca dos conhecimentos sobre as lesões orais potencialmente malignas e cancro oral, fatores de risco, alterações da cavidade oral e profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do cancro oral e a terceira parte ilustra três tipos de lesões (benignas, potencialmente malignas e malignas) e é pedido que classifiquem a lesão como benigna, potencialmente maligna ou maligna.

3.7 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados foram recolhidos e analisados durante o mês de abril e maio de 2016. Para a sua correta elaboração estatística procedeu-se à análise dos dados usando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23, versão para o Windows 7 Professional. O teste estatístico utilizado foi o qui quadrado (X^2) e os dados com $p \leq 0.05$, considerados estatisticamente significativos, foram assinalados. Posteriormente, o Microsoft Excel 2013 foi usado para elaborar alguns gráficos, e assim completar os que foram efetuados com o outro programa estatístico.

3.8 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed, Ebscohost e Researchgate. Os artigos foram selecionados através de critérios de inclusão, como a língua inglesa e portuguesa e "full text". Os artigos estão compreendidos entre os anos 1997 a 2015.

PALAVRAS-CHAVE

"lesões orais potencialmente malignas"; "cancro oral"; "estudantes medicina dentária"; "leucoplasia"; "DGS".

"pottentially malignant oral lesions"; " oral cancer"; "dental students"; " leukplakia"; "oral potentially malignant"

4. Breve Revisão Bibliográfica

O conceito de pré-câncer ou lesão pré-maligna surgiu em 1805, por sugestão de um conjunto de médicos europeus, para definir um conjunto de doenças/lesões benignas que caso fossem seguidas ao longo do tempo poderiam sofrer transformação maligna²⁰. Mais tarde, em 1870, Sir James Paget aplicou este conceito à cavidade oral e sugeriu que determinadas lesões orais tinham o potencial para aumentar a transformação maligna na mucosa oral.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, usa o termo pré-câncer e subdivide-o em lesões e condições. Contudo em 2005, a OMS contesta a divisão do termo pré-câncer que fez anteriormente e recomenda que se use a terminologia de desordens orais potencialmente malignas para nos referirmos a estas lesões^{1,2,3,20-22}. Ao longo do tempo, diversas nomenclaturas foram sendo associadas a estas lesões, como pré-maligno, pré-neoplásico, neoplasia intraepitelial, precursor epitelial, entre outras^{20,21} para descrever apresentações clínicas com potencial de se desenvolverem em câncer. Todas as diferentes terminologias estão associadas ao desenvolvimento neoplásico, mais especificamente ao carcinoma espinocelular (CEC), que contabiliza 90% de todos os cânceres orais^{4-6,14}.

A classificação de algumas lesões como sendo lesões orais potencialmente malignas é feita na evidência que^{20,21}:

- Podem sofrer transformação maligna se acompanhadas ao longo do tempo;
- Co-existem em lesões malignas como CEC;
- Alterações na morfologia e citologia são coincidentes com as que ocorrem nas lesões malignas;
- Alterações cromossômicas, genômicas e moleculares observadas em cânceres invasivos, são também observadas nas LOPM.

O câncer oral é definido como um tumor maligno, pertencente ao subgrupo de cânceres da cabeça e pescoço e que se desenvolve na língua, nas glândulas salivares, nas gengivas, no assoalho da boca, na orofaringe, nas superfícies orais e outros locais intra-orais de acordo com a classificação internacional das doenças " International Classification of Disease (ICD) " ²³. O

cancro oral é um problema sério e crescente em muitas partes do mundo, sendo o cancro oral e faríngeo, em conjunto, o sexto tipo de neoplasia mais prevalente a nível mundial ³⁻⁷.

Em Portugal, a taxa de incidência padronizada do cancro oral, é 4 vezes superior no sexo masculino com cerca de 1000 novos casos/ano diagnosticados a uma idade média de 62 anos e de 500 óbitos ^{7,24}.

Segundo vários autores o envelhecimento das populações e o aumento dos níveis de prevalência dos fatores de risco ²⁵ supõe um aumento da prevalência do cancro oral nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal.

Apesar do cancro oral poder surgir “de novo”, é reconhecido que uma elevada percentagem dos casos é precedido por LOPM, que aumentam significativamente o risco de desenvolvimento de cancro oral ¹⁻¹². As LOPM incluem a leucoplasia, eritroplasia, eritroleucoplasia, líquen plano, fibrose oral submucosa, lúpus discoide eritematoso e queratose actínica ⁸. Apesar de existirem várias LOPM, as lesões são fundamentalmente de três tipos: leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia, que se apresentam sobre a forma de uma placa branca, vermelha ou uma combinação de ambas ^{1,7,10-12}. Pacientes com leucoplasia têm 5 vezes mais a probabilidade de desenvolverem cancro oral, sendo que a prevalência global da leucoplasia é de 2,60% e a sua taxa de transformação maligna ronda os 1,36% por ano ^{3,9}.

Reconhecer e gerir as LOPM, pode prevenir que se transformem em lesões malignas. Estas lesões tendem a ser assintomáticas em fases iniciais, e é comum que até surgirem sinais como dor, úlceras persistentes, sangramentos sem causa aparente, nódulos, entre outros sintomas, os pacientes não procurem ajuda médica. Por este motivo, a maioria dos casos de cancro oral são diagnosticados em estádios avançados da doença ^{1,5,7,10,11}.

Em pacientes diagnosticados com cancro oral, a taxa de sobrevivência a 5 anos ronda os 50% ^{4,12,13,15,17,19,26,27}, e no geral essa taxa decresce com estádios avançados e inacessibilidade do tumor ^{1,7,10}. O fator chave para melhorar o prognóstico do cancro oral ao longo dos anos, é o diagnóstico em fases iniciais da doença.

A deteção precoce tem o potencial de diminuir a morbilidade e mortalidade e permite uma maior probabilidade de cura ^{5,8,14-16,19-20}. Quando o diagnóstico é feito em estádios iniciais da doença, em que as metástases ainda não ocorreram, a taxa de sobrevivência a 5 anos é até 4 vezes melhor ¹⁴⁻¹⁵.

Os médicos dentistas podem, através da prevenção, diminuir a incidência de cancro oral. O exame clínico da cabeça e pescoço e da cavidade oral no seu todo deve fazer parte da rotina de observação de cada paciente nas consultas de medicina dentária ^{7,26}. Os clínicos devem incluir

na sua avaliação uma história clínica sobre a exposição dos seus pacientes a fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral, como o consumo de tabaco, uso excessivo de álcool, historial de cancro oral, historial de imunossupressão, exposição solar e idade. Apesar da etiologia do cancro oral estar predominantemente associada ao consumo de álcool e tabaco ^{4,7,10,13,16,19,27-28} existem outros fatores envolvidos como o vírus do papiloma humano (HPV), deficiências em ferro, radiação, carcinogenes e genes supressores tumorais ²⁹⁻³⁰, que o médico dentista deve também conhecer para poder informar os seus pacientes ^{7,10}.

Importa assim, que os médicos adotem uma atitude de elevada vigilância, sobretudo em indivíduos que têm idade igual ou superior a 40 anos, em especial se forem do sexo masculino, fumadores e consumidores imoderados de álcool e tenham historial prévio de cancro no trato digestivo superior. Aconselha-se o rastreio oportunista nos indivíduos que reunirem as condições anteriormente descritas, pois são considerados indivíduos de alto risco para o desenvolvimento do cancro oral ^{1,7,10,12}.

Os médicos dentistas devem ainda ter um papel ativo na prevenção primária do cancro oral, ao promover um estilo de vida saudável e aconselhar os seus pacientes para a redução ou até mesmo cessação de hábitos perniciosos, como álcool e tabaco ^{3,7,10,14-15}.

Como medida de prevenção secundária, podem ser realizadas triagens para a deteção precoce de lesões através de examinações clínicas e biópsias, em casos selecionados ^{3,8,14}.

Se durante a examinação clínica à cavidade oral for detetada uma alteração suspeita de malignidade, o médico dentista deve tentar obter um diagnóstico e/ou referenciar para um especialista, juntamente com uma carta de recomendação. A carta deve conter informações pessoais do paciente, um breve historial médico, factos relevantes sobre o estilo de vida do paciente incluindo hábitos perniciosos (consumo de álcool e tabaco) e uma descrição detalhada da lesão (aparência, sítio, tamanho, cor e consistência) ⁸.

Os atrasos no diagnóstico e referenciamento afetam significativamente os pacientes, pois refletem-se no prognóstico. A principal causa dos atrasos no diagnóstico e referenciação é a falta de conhecimento do público ^{5,7,14,19,26}. A interpretação do paciente acerca da gravidade dos sintomas influencia o tempo que demora a pedir ajuda médica, e em média esperam 3 meses desde terem conhecimento de qualquer sintoma oral até procurarem ajuda ^{4,17}, o que contribui para que em muitos casos a lesão já se encontre em estádios avançados. A falta de conhecimento do público em geral não é a única causa, também existem atrasos devido aos profissionais, muitas vezes causados por erros no diagnóstico e/ou falta de conhecimento de

métodos de encaminhamento para especialistas ^{5,12,13,19}, para além das barreiras que existem nos sistemas de saúde que podem impedir os pacientes de procurar ajuda médica e dentária ¹⁴.

5. Resultados

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dos 143 participantes no estudo, 64 alunos (44,8%) eram do 4ºano e 79 alunos (55,2%) eram do 5ºano. A distribuição dos alunos por ano letivo, sexo e idade média está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra por ano letivo, sexo e idade média

Alunos	4ºano		5ºano	
	%	N	%	N
Total	44,8%	64	55,2%	79
Sexo feminino	67,2%	43	57%	45
Sexo masculino	32,8%	21	43%	34
Idade média	25,45 anos *			
(*) χ^2 17,689 p= 0,001				

Ainda relativamente aos aspetos sociodemográficos, foi perguntado se tinham curso prévio relacionado com saúde, dos alunos do 4º ano 19% (N=12) respondeu afirmativamente, enquanto que no 5ºano uma maior percentagem de alunos tinha curso prévio na aérea, 31,6% (N=25).

5.2. AUTOAVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E O CANCRO ORAL

Foi solicitado que classificassem o conhecimento em “Muito Bom”, “Bom”, “Suficiente” ou “Insuficiente”. A maioria dos alunos, tanto do 4ºano como do 5ºano classificou o seu nível de conhecimento como “Suficiente”, 46% e 55,7% respetivamente (Figura 1).

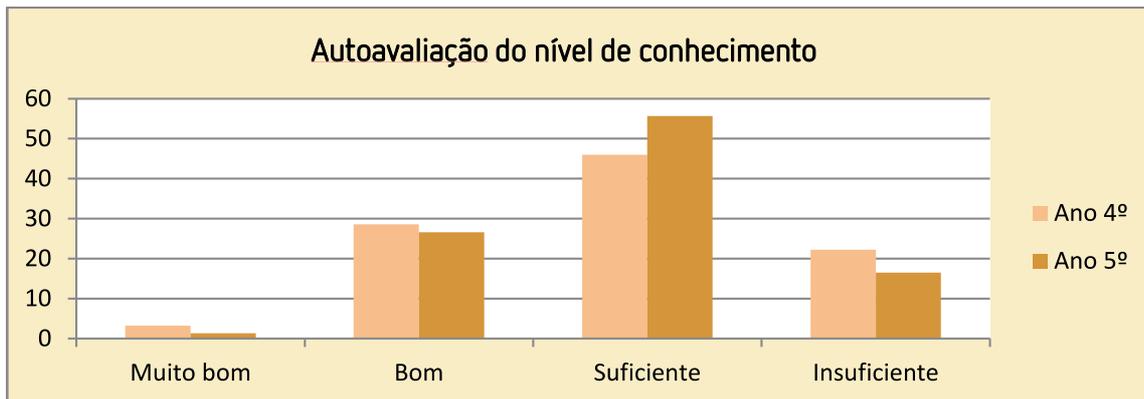


Figura 1: Autoavaliação do nível de conhecimento

5.3. INFORMAÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO

Quando questionados se informavam os pacientes sobre quais são os fatores de risco para o cancro oral a maioria dos alunos respondeu afirmativamente em percentagens idênticas, 91,9% e 91,1% para o 4º e 5º ano respetivamente (Figura 2).

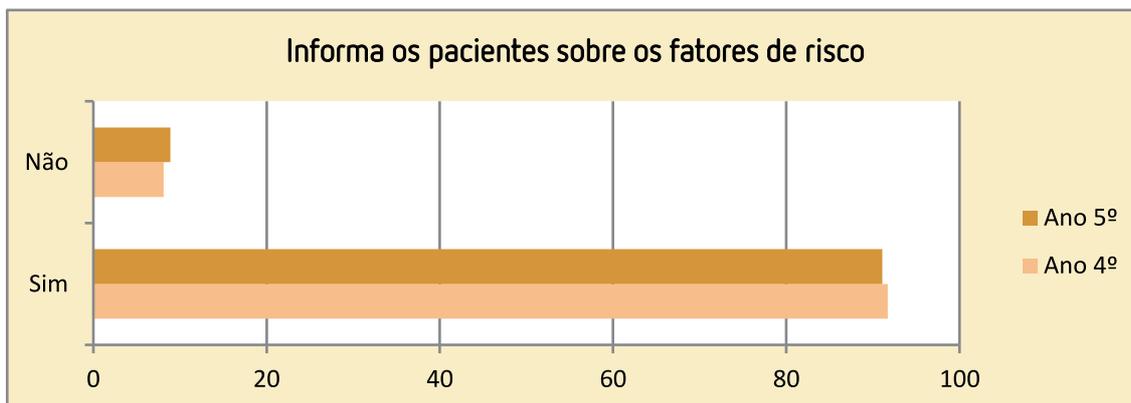


Figura 2: Informa os pacientes sobre os fatores de risco

5.4. CONDUTA AO OBSERVAR ALTERAÇÕES NA MUCOSA QUE APARENTAM SER LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS

Na questão 3 “Qual a sua conduta ao observar alterações na mucosa que aparentam ser lesões orais potencialmente malignas?”, 65% (N=39) dos alunos do 4º ano tentavam obter um diagnóstico enquanto apenas 26,3% (N=20) dos alunos do 5º ano escolheu essa opção. A opção “referencio imediatamente para o médico dentista ou médico” tem percentagens mais equilibradas, com 23,3% (N= 14) de respostas do 4º ano e 30,3% (N=23) do 5º ano. Dos alunos do 5º ano, 43,4% (N=33) disse aguardar duas semanas para encaminhar o paciente para um especialista, enquanto que apenas 11,7% (N=7) dos alunos do 4º ano escolheu essa opção. Nenhum dos grupos escolheu a opção “Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste pedindo orientação”. Verificou-se que as diferenças de respostas entre os grupos são estatisticamente significativas ($p=0,000$) (Figura 3).



Figura 3: Conduta ao observar alterações na mucosa oral

5.5. CONDIÇÃO QUE ASSOCIA A MAIOR PREVALÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA

A condição mais assinalada por ambos os grupos da amostra como a que tem maior prevalência de transformação maligna foi a Eritroleucoplasia com 40,2%, seguida da Leucoplasia com 34,8% e pela Eritroplasia com 19,6%. O Líquen plano foi a opção com menor percentagem, 3,6%, assim como a opção “não sei”. As respostas estão representadas na Figura 4.



Figura 4: Condição associada a maior prevalência de transformação maligna

5.6. FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA ETIOLOGIA DO CANCRO ORAL

Em relação ao conhecimento acerca dos fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral, o historial de cancro oral, o consumo de álcool excessivo e tabaco foram os mais indicados pela amostra. A imunossupressão foi um dos fatores de risco presentes no questionário, após a análise estatística verificou-se que existem diferenças entre os grupos estatisticamente significativas para esta variável ($p=0,000$). Tal como a imunossupressão, também a variável " patologias sistémicas adjacentes" apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p=0,000$). A distribuição dos vários fatores de risco está visível na Tabela 2.

Tabela 2: Fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral

Fatores de risco	4ºano (N=64)		5ºano (N=79)		Qui- quadrado (X ²)	Valor da p
	%	N	%	N		
Historial de cancro oral	92,2%	59	84,8%	67	1,837	0,175
Consumo de álcool excessivo	92,2%	59	87,3%	69	0,884	0,347
Consumo de tabaco	93,8%	60	93,7%	74	0,000	0,985
Idade > 40anos	56,3%	36	48,1%	38	0,940	0,332
Má higiene dentária	39,1%	25	32,9%	26	0,583	0,445
Exposição solar	67,2%	43	64,6%	51	0,109	0,742
Radiação	85,9%	55	73,4%	58	3,343	0,067
Imunosupressão	79,7%	51	45,6%	36	17,274	0,000 *
Dieta pobre em frutas e vegetais	28,1%	18	20,3%	16	1,209	0,272
Patologias sistémicas adjacentes	60,9%	39	27,8%	22	15,826	0,000 *

• Valor de p estatisticamente significativo

5.7. ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL ASSOCIADAS COMO INDÍCIO DE MALIGNIDADE

Na questão 6 “Que alteração da cavidade oral associa como indício de malignidade?”, tal como na questão anterior existe a opção de resposta única ou múltipla. As manchas vermelhas (X² de 18,586, p=0,000), as manchas brancas (X² de 7,851 e p=0,005), o edema (X² de 8,902 e p=0,003) e o nódulo (X² de 7,466 e p=0,006) foram as alterações da cavidade que após analisadas estatisticamente apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo. As respostas assinaladas nas diferentes alterações da cavidade oral estão representadas na Tabela 3.

Tabela 3: Alterações da cavidade oral

Alterações da cavidade oral	4ºano (N=64)		5ºano (N=79)		Qui-quadrado (X ²)	Valor da p
	%	N	%	N		
Úlcera que persiste à terapia	98,4%	63	97,5%	77	0,162	0,688
Mancha vermelha	48,4%	31	15,2%	12	18,586	0,000*
Mancha branca	64,1%	41	40,5%	32	7,851	0,005*
Dor	7,8%	5	7,6%	6	0,002	0,961
Hemorragia	7,8%	5	11,4%	9	0,531	0,474
Edema	14,1%	9	1,3%	1	8,902	0,003*
Nódulo	60,9%	39	38%	30	7,466	0,006*
Não sei	0 %	0	1,3%	1	0,816	0,366

*valor de p estatisticamente significativo

5.8. ESPECIALISTA

A maioria da amostra, 62,9% (N= 90) referencia pacientes com suspeita de malignidade para o médico estomatologista. Após análise estatística, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p=0,000$). Sendo o médico dentista o segundo especialista para quem referenciavam, com 56,6% (N=81), seguido do cirurgião maxilofacial com 27,3% (N=39). A distribuição das respostas por especialista está ilustrada na Figura 5 e a percentagem de alunos que escolheu o médico dentista como especialista está representada na Figura 6.

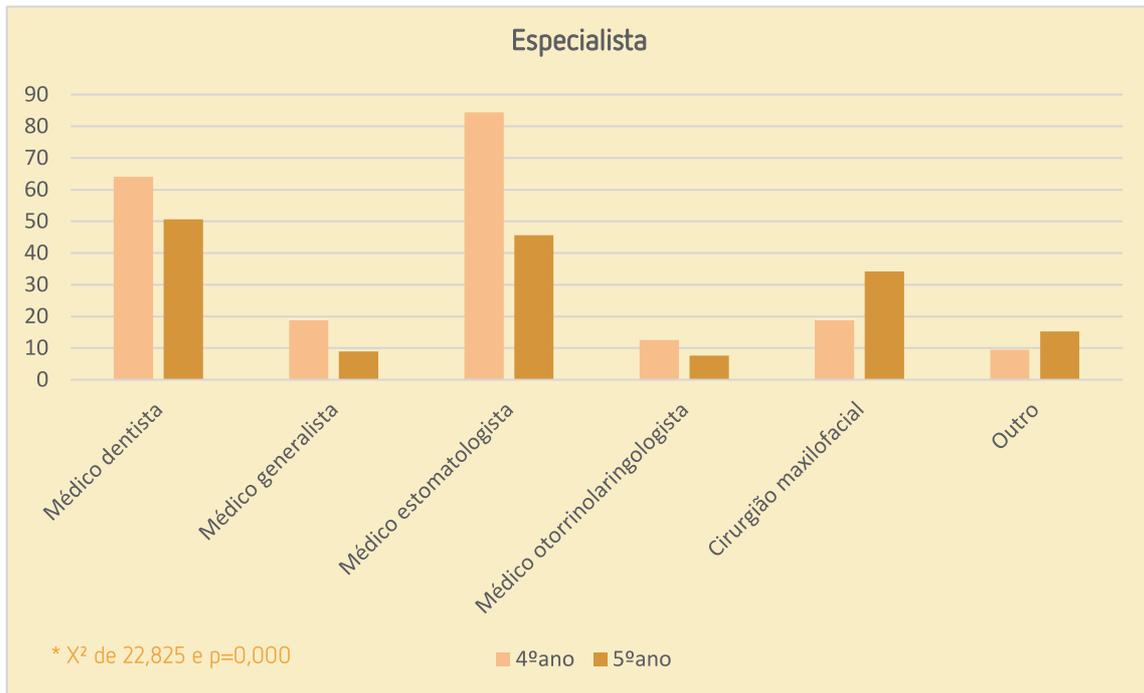


Figura 5: Especialista para referênciação

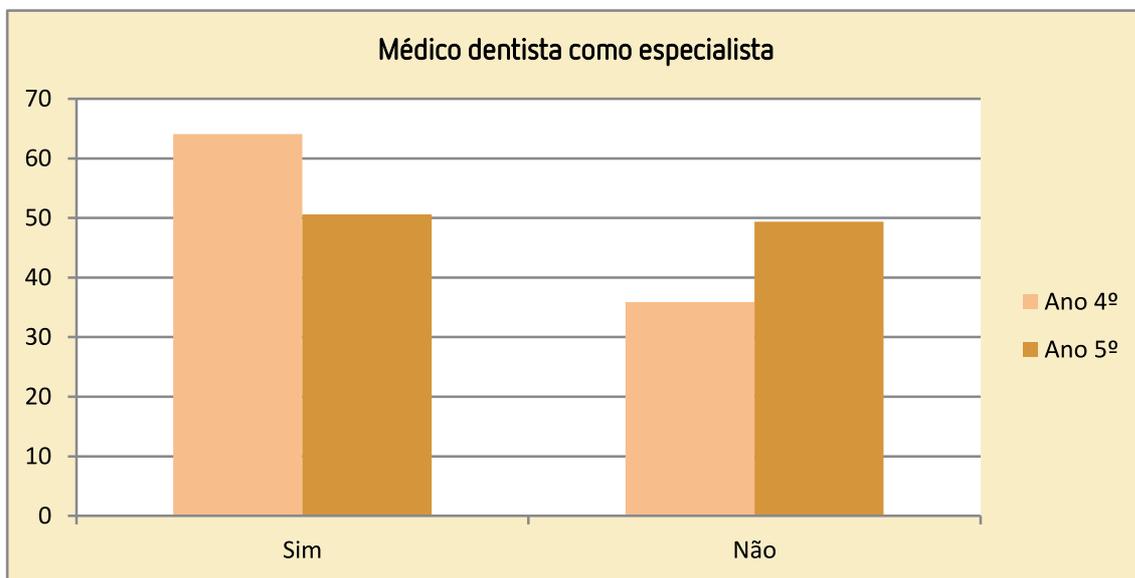


Figura 6: Médico Dentista como especialista de referênciação

5.9. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA

O papel do Médico Dentista na prevenção e diagnóstico das lesões orais potencialmente malignas e do cancro oral foi classificado por 96,5% (N=138) da amostra total como “Muito Importante” (Figura 7). Dos 96,5% dos alunos que classificaram o papel do MD como muito importante na prevenção e diagnóstico das LOPM e cancro oral, apenas 56,5% (N=78) escolheu o MD como especialista a quem devem referenciar lesões suspeitas (Figura 8).



Figura 7: Papel do Médico Dentista

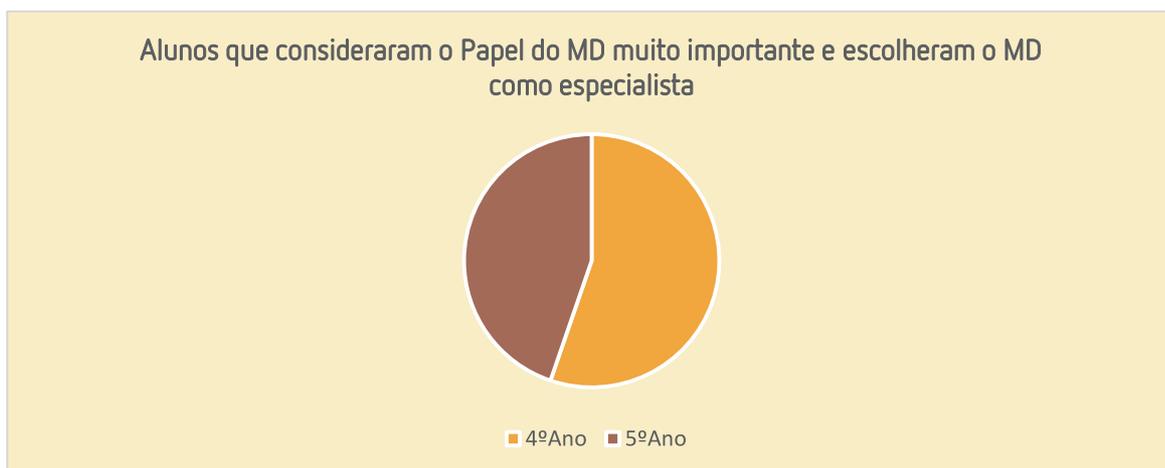


Figura 8: Alunos que consideraram o papel do MD muito importante e o escolheram como especialista

5.10. CASOS ILUSTRATIVOS DE LESÕES BENIGNAS, POTENCIALMENTE MALIGNAS E MALIGNAS

A terceira parte do questionário apresentado aos alunos continha quatro casos clínicos. Cada um dos casos era apresentado com uma imagem ilustrativa da lesão e com uma breve história clínica. Em cada caso era pedido para classificar a lesão como benigna, potencialmente maligna ou maligna.

O caso 1 representava o Líquen plano, que corresponde a uma lesão potencialmente maligna. A lesão foi classificada como benigna por 28,9% (N=41), como potencialmente maligna por 68,3% (N=97) e apenas 2,8% (N=4) classificou como maligna. Quando comparados os dados do 4º e 5º ano, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (X^2 de 12,380 e $p=0,002$) na identificação da lesão de líquen plano (Figura 9).

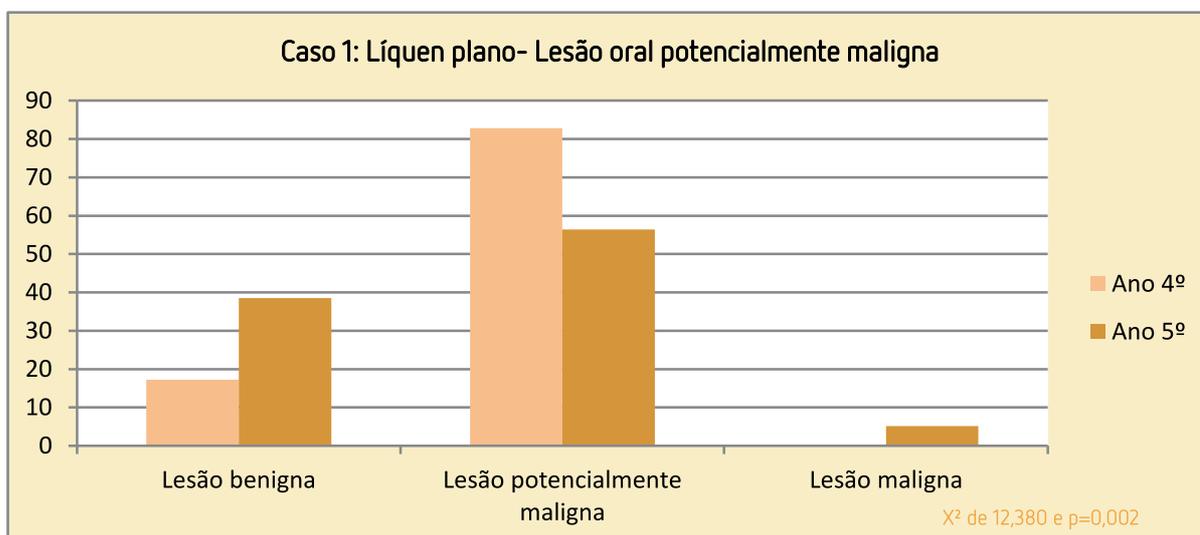


Figura 9: Caso 1:Líquên plano-Lesão oral potencialmente maligno

No caso 2 estava representada uma candidíase, uma lesão benigna. A maioria da amostra identificou corretamente o caso, 88,7% (N=126), contudo 9,9% (N=14) classificou como potencialmente maligna e 1,4% (N= 2) como maligna. Os dados da amostra foram cruzados e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas do 4º e 5º ano letivo (Figura 10).

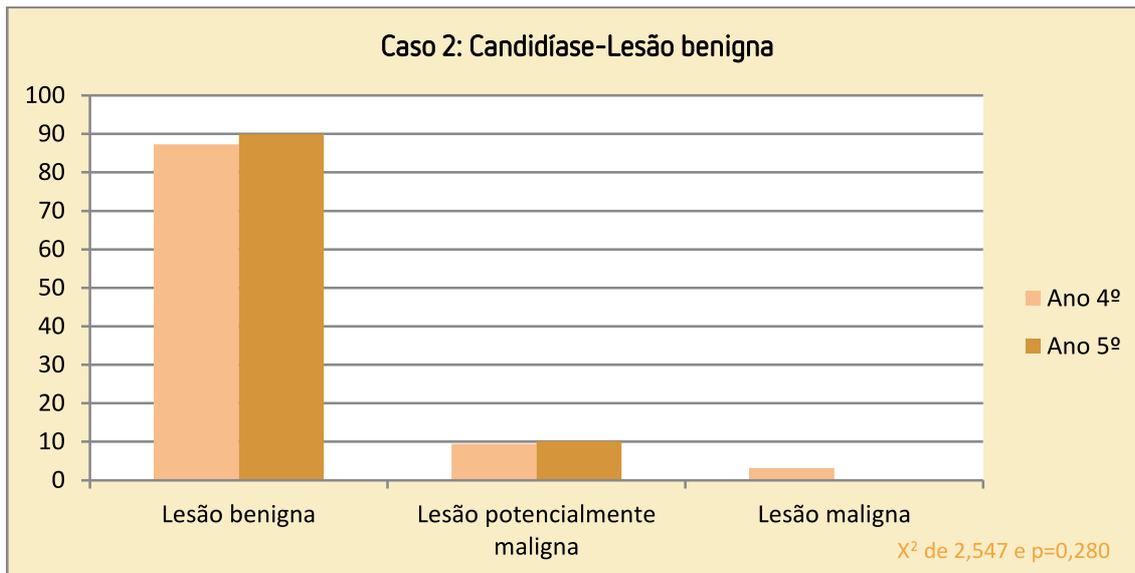


Figura 10: Caso 2: Candidíase-Lesão benigna

O caso 3 representava uma lesão benigna, neste caso uma ulceração aftosa herpetiforme. Da amostra total, 84,6% (N=121) classificou corretamente a lesão benigna. A lesão foi classificada como potencialmente maligna por 13,3% (N=19) dos alunos e por 2,1% (N=3) como maligna. Após análise estatística com o teste do qui quadrado não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas (Figura 11).

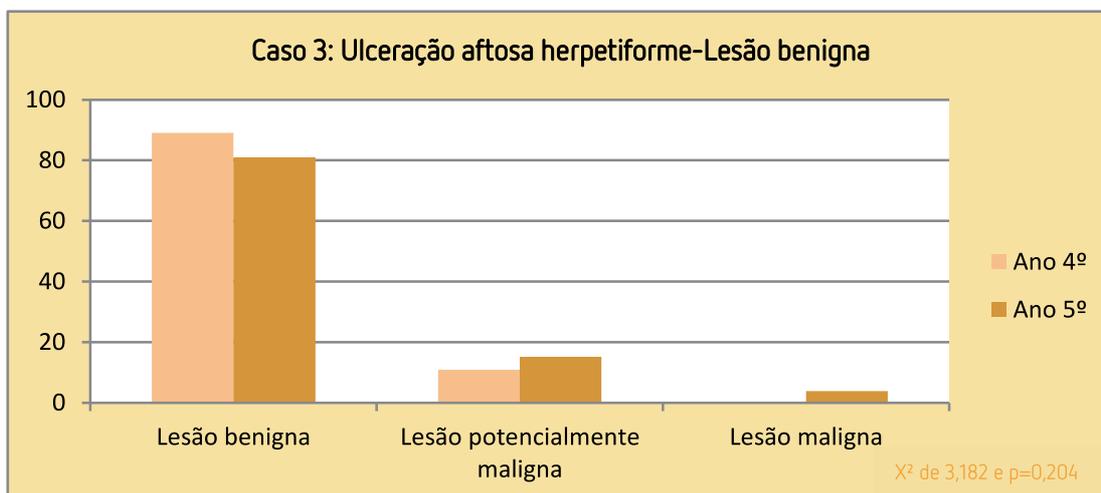


Figura 11: Caso 3: Ulceração aftosa herpetiforme-Lesão benigna

O caso 4 representava uma lesão potencialmente maligna, a queratose do fumador. A lesão foi classificada como benigna por 37,8% (N=54), 53,1% (N=76) classificou como potencialmente maligna e 9,1% (N=13) como sendo uma lesão maligna. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Figura 12).

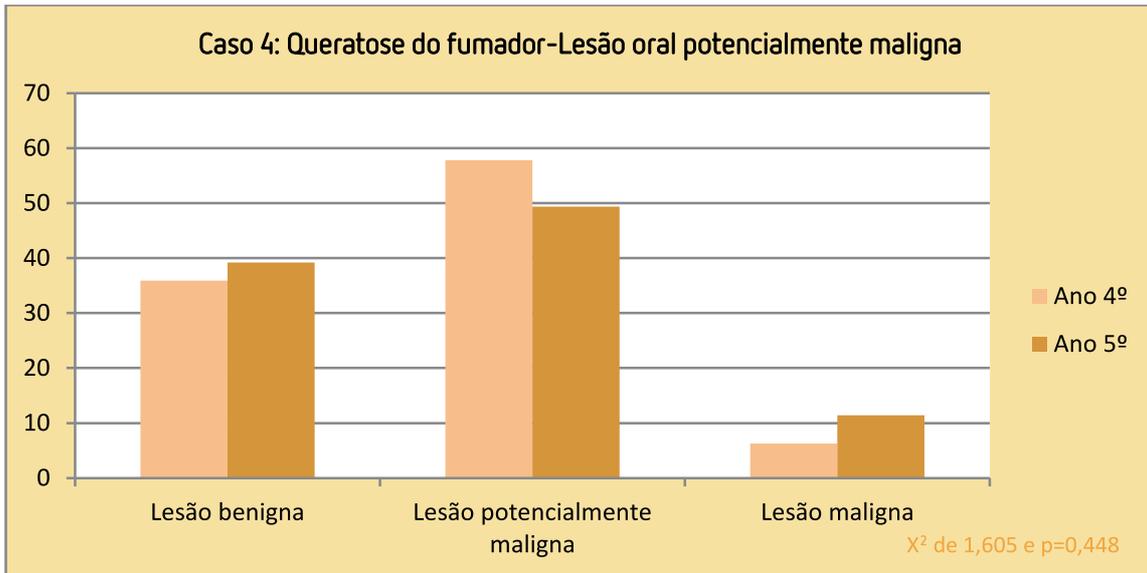


Figura 12: Caso 4: Queratose do fumador-Lesão oral potencialmente maligna

O objetivo da última parte do questionário era identificar o tipo de lesão que cada caso representava. A percentagem válida de cada caso identificado corretamente está representada na Figura 13.

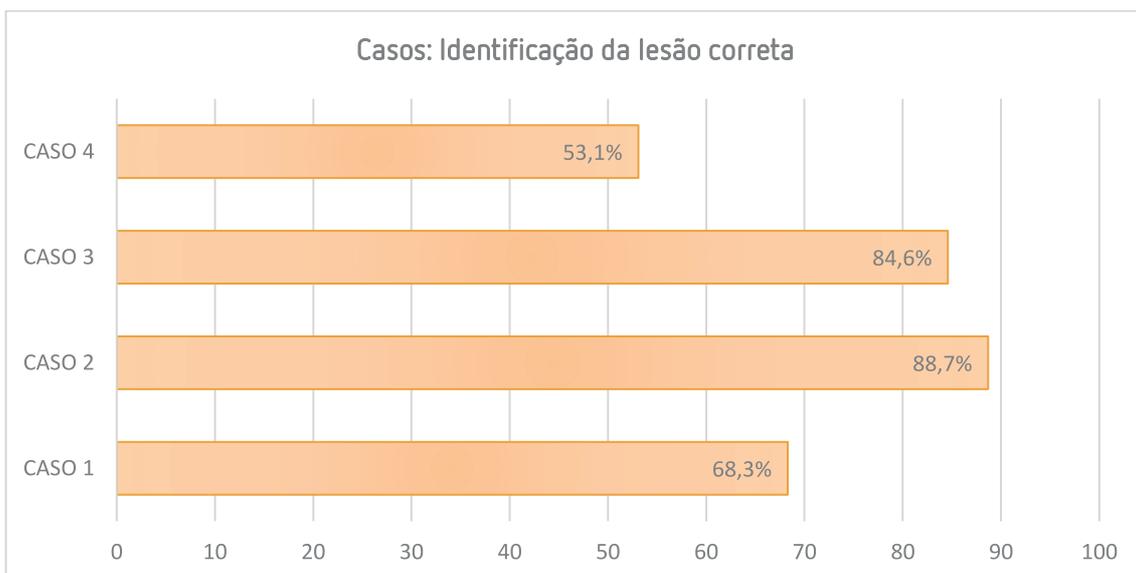


Figura 13: Casos: Identificação da lesão correta

6. Discussão

6.1. AUTOAVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E O CANCRO ORAL

A maioria dos alunos da amostra, 46% (N=29) do 4º ano e 55,7% (N=44) do 5º ano, avaliou o seu conhecimento sobre as lesões orais potencialmente malignas e cancro oral como suficiente. No estudo de Odgen ²⁹, que também avalia uma amostra de alunos do 4º e 5º ano de Medicina Dentária, a maioria dos alunos do 4º (57,1%) e do 5º (57,5%) disse sentir-se adequadamente informado sobre o cancro oral.

6.2. INFORMAÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO

Quando questionados se informavam os seus pacientes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do cancro oral, 91,5% (N=129) dos alunos de ambos os anos afirmou que o fazia. Também em estudos idênticos ^{13,15,19,29}, os alunos na sua grande maioria alertavam os pacientes sobre o consumo de álcool e tabaco. A transmissão de conhecimento sobre os fatores de risco é fundamental para que os pacientes possam reduzir ou cessar certos hábitos. É importante que os médicos dentistas adotem uma postura ativa ao alertar os pacientes sobre os fatores de risco do cancro oral ¹⁶.

6.3. CONDUTA AO OBSERVAR ALTERAÇÕES NA MUCOSA QUE APARENTAM SER LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS

O cancro oral é precedido, na maioria dos casos, por alterações na cavidade oral designadas por LOPM. Perante a observação de alterações na mucosa oral, a conduta dos alunos diferia entre os anos. A maioria do 4º ano, 65% (N=39), disse tentar obter um diagnóstico, enquanto a maioria dos alunos do 5º ano, 43,4% (N=33) preferia aguardar duas semanas para encaminhar o paciente para um especialista. Em estudos semelhantes, diferentes atitudes eram adotadas. No estudo de Jaber ²¹, 26,8% dos alunos aguardavam 6 meses desde a identificação inicial da lesão até referenciar, enquanto 52,9% da amostra tentavam obter um diagnóstico. Enquanto que no estudo de Uti ¹⁵, também um estudo

semelhante, 71,4% da amostra referenciava imediatamente para um especialista e 7,5% aguardava 6 meses.

6.4. CONDIÇÃO QUE ASSOCIA A MAIOR PREVALÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA

O carcinoma espinocelular (CEC) corresponde a mais de 90% de todos os câncros da cavidade oral. O CEC desenvolve-se a partir de lesões potencialmente malignas como a leucoplasia e a eritroleucoplasia ¹⁴. É importante que os alunos tenham conhecimento das características clínicas das lesões orais potencialmente malignas e estejam atentos à mucosa oral. O total da amostra associou a eritroleucoplasia (40,2% N=45) e a leucoplasia (34,8% N=39) como as condições que têm uma maior prevalência de transformação maligna. O que está de acordo com os estudos de Carter ¹⁹ e Dumitrescu ¹⁴, em que estas também foram as condições mais referidas.

A eritroplasia apesar do seu potencial maligno foi pouco associada como condição de maior prevalência pelos estudantes, apenas 19,6% (N=22). Histopatologicamente, está bem documentado que na eritroplasia homogênea 52% apresentam carcinoma invasivo e a transformação maligna da eritroplasia pode ir até aos 50%. A leucoplasia foi das condições mais associadas pelos alunos. Apesar de esta ter um potencial maligno menor que a eritroplasia, como existem vários tipos de leucoplasia, as taxas de transformação maligna são geralmente similares à eritroplasia ¹⁹.

6.5. FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA ETIOLOGIA DO CÂNCRO ORAL

A etiologia do cancro oral está predominantemente associada ao tabaco e consumo de álcool. Contudo existem outros fatores envolvidos, como o HPV, deficiência em ferro, radiação, imunossupressão, carcinógenos e genes supressores tumorais ²⁹.

No presente estudo, os fatores de risco mais referidos pelos alunos da amostra foram o historial de cancro oral (4ºano: 92,2% (N= 59); 5ºano: 84,8% (N=67)), álcool (4ºano: 92,2% (N=59); 5ºano: 87,3% (N=69)) e tabaco (4ºano: 93,8% (N=60); 5ºano: 93,7% (N= 74)). Também no estudo de Dumitrescu ¹⁴ o tabaco, lesão prévia de cancro oral e consumo de álcool foram os fatores de risco mais referidos, juntamente com a idade avançada. O que está de acordo com outros estudos, em que o tabaco e o álcool também são dos fatores etiológicos mais referidos ^{13,15,19}. A deficiente higiene oral foi apontada como um fator de risco por 35,7% (N=51), apesar de falta de evidências que o suportem ¹³⁻¹⁴. Uma dieta pobre em frutas e vegetais foi apontada por 23,8% (N=34) dos alunos como sendo um fator de risco. Não há evidência que seja um fator de

risco mas está provado que a nutrição tem um papel importante e que uma dieta rica em vegetais e frutas são benéficas e tem um papel protetor ^{4,10,27}.

6.6. ALTERAÇÕES DA CAVIDADE ORAL ASSOCIADAS COMO INDÍCIO DE MALIGNIDADE

As alterações da mucosa oral mais referidas pelos estudantes em estudo foram a ulceração persistente à terapia (4ºano:98,4% N=63; 5ºano: 97,5% N=77), as manchas vermelhas (4ºano: 48,4% N=31; 5ºano:15,2% N=12) e brancas (4ºano: 64,1% N=41; 5ºano:40,5% N=32) e nódulo (4ºano: 60,9% N=39; 5ºano: 38% N=30) pelos alunos do 4º ano. As alterações mais referidas, ulceração, mancha brancas e mancha vermelha foram também as mais referidas pela amostra do estudo de Odgen ²⁹.

As alterações da mucosa oral associadas a neoplasia, com exceção da hemorragia, foram melhor identificadas pelos alunos do 4º ano.

6.7. ESPECIALISTA

O médico estomatologista (84,4% (N=54) do 4º ano e 45,6% (N=36) do 5ºano foi o especialista mais indicado pelos alunos, seguido pelo médico dentista e pelo cirurgião maxilofacial. Noutros estudos semelhantes ^{5,19}, o especialista para quem a maioria dos alunos disse referenciar os pacientes era o cirurgião maxilofacial. Contudo é possível que o cirurgião maxilofacial tenha sido o mais selecionado pela sugestão do seu próprio nome.

6.8. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA

O papel do médico dentista foi considerado como muito importante por 96,5% (N=138). No entanto apenas 56,5% (N=78) dos que consideraram o médico dentista como muito importante, e o escolheram como o profissional para quem reencaminhavam lesões suspeitas de lesão oral. O M.D. tem um papel importante como parte da equipa de tratamento, ao assegurar a saúde oral do paciente antes dos tratamentos de forma a minimizar complicações. Prevenção, tratamento e reabilitação do cancro oral faz parte dos cuidados de saúde oral. A medicina dentária tem um papel importante no controlo do cancro oral, e pode fazer a diferença ^{5,10}.

6.9. CASOS ILUSTRATIVOS DE LESÕES BENIGNAS, POTENCIALMENTE MALIGNAS E MALIGNAS

O caso 1 ilustrava uma lesão potencialmente maligna, o Líquen plano. Dos alunos do 4º ano, 82,8% (N=53) assinalou o tipo de lesão correta enquanto apenas 56,4% (N=44) dos

alunos do 5º ano o fizeram. No caso 2, a opção de diagnóstico correta era candidíase, que é uma lesão benigna. A taxa de sucesso para os alunos do 4º ano foi 87,3% (N=55), semelhante aos alunos do 5º ano com 89,9% (N=71). No caso 3, a opção de diagnóstico correta também correspondia a uma lesão benigna. A taxa de sucesso também foi elevada para o diagnóstico de ulceração aftosa herpetiforme, 89,1% (N=57) dos alunos do 4º ano identificaram corretamente e os alunos do 5º ano também identificaram numa percentagem identifica, 81% (N=64). O caso 4, tal como no caso 1, o diagnóstico de queratose do fumador corresponde a uma lesão potencialmente maligna. Como no caso 1, a taxa de sucesso a identificar esta lesão é inferior, 57,8% (N=37) dos alunos do 4º ano identificou esta lesão e 49,4% (N=39) dos alunos do 5º ano também identificou corretamente.

Podemos concluir que a percentagem de alunos a identificar corretamente os casos 1 e 4 é bastante inferior que a percentagem de alunos que identificou corretamente os casos 2 e 3.

Também nos estudos de Lapiedra et al.³ quando as lesões potencialmente malignas foram introduzidas, os resultados pioraram significativamente (passou de 73,9% para 42,8%). Dadas as dificuldades dos alunos em identificar as lesões orais potencialmente malignas, é sugerido que a educação sobre o tema e sobre o cancro oral deva ser reforçada para que no futuro estejam preparados para servir os pacientes com eficiência³.

6.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo pode refletir apenas o conhecimento dos alunos do 4º e 5º ano do IUCS em identificar as LOPM, fatores de risco e alterações da mucosa oral. Por esse motivo, os dados não podem ser extrapolados para todos os estudantes de medicina dentária.

Além disso para aferir corretamente o conhecimento destes alunos sobre o tema seria necessário aplicar questionários validados pelas próprias instituições de cursos de Medicina Dentária seguindo as orientações da OMS e da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

7. Conclusão

O cancro oral é, na maioria dos casos, precedido por lesões orais potencialmente malignas. A taxa de sucesso na identificação destas lesões é bastante inferior comparativamente à taxa de sucesso na identificação de lesões benignas. Os alunos do 4ºano mostraram resultados ligeiramente superiores na identificação de LOPM comparativamente aos alunos do 5º ano.

As LOPM manifestam-se clinicamente na mucosa oral de diversas formas. As alterações da mucosa oral associadas a neoplasia, com exceção da hemorragia, foram melhor identificadas pelo 4º ano. Os resultados podem dever-se ao facto de não existir reforço adequado dos conhecimentos e também pelo facto de a disciplina de Patologia Oral ser lecionada no 3ºano logo a matéria está mais presente para os alunos do 4ºano.

Com este estudo pretendemos contribuir para o conhecimento das dificuldades apresentadas pelos alunos do 4º e 5º ano em identificar LOPM.

Perante os resultados obtidos, verifica-se dificuldade por parte dos alunos na identificação das LOPM. Como os médicos dentistas têm um papel ativo na prevenção e diagnóstico deste tipo de lesões, é importante que o assunto seja reforçado nos cursos de Medicina Dentária, para que os alunos, futuros profissionais, sejam capazes de diagnosticar as lesões precocemente e proporcionar um melhor prognóstico a estes pacientes.

O médico dentista é o clínico com maior probabilidade de diagnosticar LOPM, é por isso fundamental que os estudantes de medicina dentária tenham bons conhecimentos sobre quais os fatores de risco e saibam passar a informação aos seus pacientes. Os estudantes da amostra mostraram conhecer os fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral, e informava os pacientes sobre o assunto.

8. Bibliografia

- [1] Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol.* 2009 Apr-May; 45(4-5): 317-23
- [2] Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: Is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014 Jul; 1;19 (4):e386-90
- [3] Lapiedra R , Esparza-Gómez G, Casado-de la Cruz L, Domínguez- Gordillo A, Corral-Linaza C, Seane-Romero J. Ability of Dental Students in Spain to Identify Potentially Malignant Disorders and Oral Cancer. *Journal of Dental Education.* 2015; 79 :959-964
- [4] Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009; 45(4-5):309–316
- [5] Carter L.M, Odgen G.R. Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners. *Br Dent J.* 2007 Sep; 203(5): E10
- [6] DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Projeto de Intervenção Precoce no Cancro oral. Norma nº 002/2014 de 25/02/2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022014-de-25022014.aspx>
- [7] DGS, Ordem dos Médicos Dentistas. Intervenção precoce no cancro oral: Guia para profissionais de saúde.2014. Disponível em: <https://www.omb.pt/noticias/2014/03/livrocancrooral.pdf>
- [8] Seoane J, Varela-Centelles P, González-Reforma N, Aguado A, Esparza G. Assessment of dental students' ability to recognise precancerous lesions and conditions. *Eur J Dent Educ.* 1997; 1:172-175
- [9] Warnakulasuriya S, Kovacevic T, Madden P, Coupland V.H., Sperandio M, Odell E, Møller H. Factors predicting malignant transformation in oral potentially malignant disorders among patients accrued over a 10-year period in South East England. *J Oral Pathol Med.* 2011 Oct;40(9): 677–683
- [10] Silverman Jr S, Ross Kerr A.R, Epstein J.B. Oral and Pharyngeal Cancer Control and Early Detection. *J Canc Educ,* 2010; 25:279–281

- [11] McCullough MJ, Prasad G, Farah CS. Oral mucosal malignancy and potentially malignant lesions: an update on the epidemiology, risk factors, diagnosis and management. *Australian Dental Journal*. 2010; 55(1): 61–65
- [12] Epstein J, Zhang L, Rosin M. Advances in the Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions. *J Can Dent Assoc*. 2002; 68(10):617-21
- [13] Jaber MA, Diz Dios P, Vazquez García E, Cutando Soriano A, Porter SR. Spanish dental students knowledge of oral malignancy and premalignancy. *Eur J Dent Educ*. 1997; 1:167-171
- [14] Dumitrescu LA, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Assessing Oral Cancer Knowledge in Romanian Undergraduate Dental Students. *J Canc Educ*. 2014; 29(3):506-513
- [15] Uti OG, Fashina AA. Oral cancer education in dental schools: knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. *J Dent Educ*. 2006 Jun;70(6):676-80
- [16] Brzak B, Canjuga I, Baričević M, Mravak-Stipetić M. Dental Students' Awareness of Oral Cancer. *Acta Stomatol Croat*. 2012;46(1):50-58.
- [17] Scott SE, McGurk M, Grunfeld EA. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *Eur J Oral Sci*. 2008 Apr; 116(2): 141–147
- [18] Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003 Oct;53(5):285-8.
- [19] Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ*. 2007 Nov; 7:44
- [20] Sarode SC, Sarode GS, Tupkari JV. Oral potentially malignant disorders: a proposal for terminology and definition with review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18 (1): S77-S80
- [21] Warnakulasuriya S, Johnson N.W., Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007 Nov; 36(10): 575–80
- [22] Sarode S. Oral potentially malignant disorders: Precising the definition. *Oral Oncol*. 2012; 48(9) : 759–760
- [23] Tsantoulis PK, Kastrinakis NG, Tourvas AD, Laskaris G, Gorgoulis VG. Advances in the biology of oral cancer. *Oral Oncol* 2007 Jul;43(6):523-34
- [24] Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995–1999. Results and commentary. *Eur J Cancer*. 2009 Apr; 45(6):931-91

- [25] WHO. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Dec; 33(6): 397–9
- [26] Seoane J, Corral-Lizana C, González-Mosquera A, Cecero R, Esparza G, Sanz-Cuesta T, Varela-Centelles P. The use of clinical guidelines for referral of patients with lesions suspicious for oral cancer may ease early diagnosis and improve education of healthcare professionals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Nov; 16(7):e864-9
- [27] Boroumand S, Garcia AL, Selwitz RH, Goodman HS. Knowledge and Opinions Regarding Oral Cancer Among Maryland Dental Students. *Journal of Cancer Education.* 2008; 23(2):85–91
- [28] Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med.* 2008 Jan; 37(1): 1–10
- [29] Ogden GR, Mahboobi N. Oral Cancer Awareness Among Undergraduate Dental Students in Iran. *J Canc Educ.* 2011 Jun; 26(2):380-385
- [30] Lodi G, Porter S. Management of potentially malignant disorders: evidence and critique. *J Oral Pathol Med.* 2008; 37(2):63-69

Anexos A

- Categorização das variáveis da análise estatística

Anexos B

- Declaração de consentimento informado

Anexos C

- Questionário

Anexos D

- Figuras e Tabelas

Anexos A

Categorização das variáveis da análise estatística

Tabela A1: Indicadores sociodemográficos

Indicadores sociodemográficos

<i>Ano letivo</i>
<i>Sexo</i>
<i>Idade</i>
<i>Curso prévio relacionado com a saúde</i>

Tabela A2: Variáveis Sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	
Quantitativas	Qualitativas
Idade (em anos)	Ano: 4º/5º
	Sexo: M/F
	Curso prévio relacionado com saúde: Sim /Não

Tabela A3: Variáveis qualitativas relacionadas com a avaliação do conhecimento dos alunos

Variáveis relacionadas com a avaliação do conhecimento dos alunos
Qualitativas
<ul style="list-style-type: none"> • Autoavaliação: Muito Bom/ Bom/ Suficiente/ Insuficiente • Fatores de risco: Sim/Não • Conduta ao observar alterações na mucosa: Tento obter um diagnóstico/ Referencio imediatamente para médico dentista ou médico /Aguardo duas semanas para encaminhar o paciente para um especialista/ Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste pedindo orientação • Condição associada a maior prevalência de transformação maligna: Leucoplasia/ Liqueficação/ Eritroplasia/ Eritroleucoplasia/ Candidíase/ Não sei • Fatores de risco envolvidos no desenvolvimento neoplásico: Historial de cancro oral/Consumo de álcool excessivo/ Consumo de tabaco excessivo/ Idade >40anos/ Má higiene dentária/ Exposição solar/ Radiação/ Imunosupressão/ Dieta pobre em frutas e vegetais/ Patologias sistémicas adjacentes • Alterações da cavidade oral associadas a indicio de malignidade: úlcera que persiste à terapia/ mancha vermelha/ mancha branca/ dor/ hemorragia/ edema/ nódulo/ não sei • Especialista para quem reencaminhavam pacientes com lesões suspeitas de malignidade: médico dentista, médico generalista, médico estomatologista, médico otorrinolaringologista, cirurgião maxilofacial, outro profissional, não referido. • Papel do médico dentista na prevenção e diagnóstico das lesões orais potencialmente malignas e do cancro oral: muito importante, importante, não relevante. • Caso 1: lesão benigna, lesão potencialmente maligna, lesão maligna • Caso 2: lesão benigna, lesão potencialmente maligna, lesão maligna • Caso 3: lesão benigna, lesão potencialmente maligna, lesão maligna • Caso 4: lesão benigna, lesão potencialmente maligna, lesão maligna

Tabela A4: Variáveis dependentes e independentes

Variável dependente	Variáveis independentes
Ano letivo	Autoavaliação
	Fatores de risco
	Condição associada a maior prevalência de transformação maligna
	Fatores de risco envolvidos no desenvolvimento neoplásico
	Alterações da cavidade oral associadas a indicio de malignidade
	Especialista para quem reencaminhavam pacientes com lesões suspeitas de malignidade
	Papel do médico dentista na prevenção e diagnóstico das lesões orais potencialmente malignas e do cancro oral
	Caso 1
	Caso 2
	Caso 3
	Caso 4

Anexos B

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

_____ (nome completo) aceito participar na investigação com o título “Conhecimento dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária IUCS, sobre as lesões orais potencialmente malignas” conduzida pela aluna Ana Sofia Dias Vilela do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, IUCS.

O objetivo do presente estudo é averiguar o nível de conhecimento dos alunos em estudo acerca das lesões orais potencialmente malignas, assim como o conhecimento de quais os fatores de riscos e sinais associados a neoplasias orais.

A realização deste trabalho de investigação segue as recomendações da Declaração de Helsínquia. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e foi assegurado que a sua participação não coloca o seu bem-estar em risco.

Nestas circunstâncias, consinto participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável, sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data __/__/__

Assinatura do(a) participante:

A Orientadora

Professora Doutora Maria do Pranto Braz

Anexos C

 **CESPU**
INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE

Nr. _____

Este questionário é parte integrante do Relatório Final de Estágio, a desenvolver para conclusão do Mestrado Integrado de Medicina Dentária – IUCS-N). Tem como objetivo aferir os conhecimentos dos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária- IUCS-N sobre o diagnóstico de desordens orais potencialmente malignas.

Por favor, leia as questões com atenção e, para cada uma das perguntas assinale com X a resposta que acha correta. O questionário é anónimo, garantindo a confidencialidade de toda a informação que for fornecida.

Agradeço, desde já toda a colaboração

Ano 4ºano 5ºano Idade (anos)

Sexo M F Curso Prévio relacionado com saúde: Sim Não

1. Em relação ao nível de conhecimento sobre as lesões orais potencialmente malignas e o cancro oral, qual é a sua auto-avaliação?

Muito bom Suficiente

Bom Insuficiente

2. Informa, de quais são os fatores de risco para o cancro oral?

Sim Não

3. Qual a sua conduta ao observar alterações na mucosa que aparentam ser lesões orais potencialmente malignas?

Tento obter um diagnóstico guardo duas semanas para encaminhar o paciente para um especialista

Referencio imediatamente para médico dentista ou médico Não sendo a queixa principal do paciente, espero até que o mesmo se manifeste pedindo orientação

4. Das seguintes condições, quais associa a maior prevalência de transformação maligna?

Leucoplasia Eritroleucoplasia

Liquen Plano Candidíase

Eritroplasia Não sei

Fig. C1: Página 1 Questionário

5. Assinale os fatores de risco que considera estarem envolvidos no desenvolvimento neoplásico?

Opção de resposta única ou múltipla

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de cancro oral | <input type="checkbox"/> Exposição solar |
| <input type="checkbox"/> Consumo de álcool excessivo | <input type="checkbox"/> Radiação |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco excessivo | <input type="checkbox"/> Imunosupressão |
| <input type="checkbox"/> Idade >40 anos | <input type="checkbox"/> Dieta pobre em frutas e vegetais |
| <input type="checkbox"/> Má higiene dentária | <input type="checkbox"/> Patologias sistémicas adjacentes |

6. Que alteração da cavidade oral associa como indício de malignidade?

Opção de resposta única ou múltipla

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Úlcera que persiste à terapia | <input type="checkbox"/> Hemorragia |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Mancha branca | <input type="checkbox"/> Nódulo |
| <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Não sei |

7. Para que especialista reencaminha pacientes com lesões suspeitas de malignidade?

Opção de resposta única ou múltipla

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico Dentista | <input type="checkbox"/> Médico otorrinolaringologista |
| <input type="checkbox"/> Médico Generalista | <input type="checkbox"/> Cirurgião Maxilofacial |
| <input type="checkbox"/> Médico Estomatologista | <input type="checkbox"/> Outro profissional, não referido |

8. Considera o papel do Médico Dentista na prevenção e diagnóstico das lesões orais potencialmente malignas e do cancro oral

- Muito importante
- Importante
- Não relevante

Fig. C2: Página 2 Questionário

As seguintes imagens são uma representação de situações que poderão aparecer em consultório. A cada imagem corresponde UMA opção.

Caso 1

Paciente do sexo masculino, 50 anos, fumador de 20 cigarros/dia. Assintomático, com lesão extensa na mucosa jugal com coloração branca com bordos definidos. Após obtermos mais informações conclui se que o diagnóstico é Líquen Plano



http://www.jofs.in/viewimage.asp?img=JOrofacSci_2012_4_2_114_106202_u4.jpg

Como classifica a lesão:

- Lesão Benigna
- Lesão Potencialmente maligna
- Lesão Maligna

Caso 2

Paciente do sexo masculino, 60 anos, fumador de 10 cigarros/dia. Assintomático, com placas brancas distribuídas por toda a área da língua. As placas brancas foram removidas por raspagem com auxílio de uma gaze seca. O diagnóstico é Candidíase.



http://www.ijdr.in/viewimage.asp?img=InanJDentRes_2012_23_5650_107384_u3.jpg

Como classifica a lesão:

- Lesão Benigna
- Lesão Potencialmente maligna
- Lesão Maligna

Fig. C3: Página 3 Questionário

Caso 3 Paciente do sexo feminino, 30 anos. Não-fumadora. Sem historial médico geral relevante. Apresenta pequenas e múltiplas lesões ulceradas sintomáticas localizadas no bordo da língua, com evolução num curto espaço de tempo. O diagnóstico obtido é ulceração aftosa herpetiforme



<http://estomatologiaonlinepb.blogspot.pt/2014/04/estomatite-aftosa-recorrente.htm>

Como classifica a lesão:

- Lesão Benigna
- Lesão Potencialmente maligna
- Lesão Maligna

Caso 4

Paciente sexo masculino, 46 anos. Fumador a 20 anos, 10cig/dia. Consumo de álcool 1l/ dia. Sem historial médico geral relevante. Lesão de coloração branca e textura enrugada na mucosa jugal direita. A lesão era dura à palpação e tinha "leathery consistency". Foi realizada uma biopsia para a obtenção de um diagnóstico definitivo. A biopsia revelou que a camada de queratina estava espessada, existiam áreas de acantose e fibrose do tecido conectivo. Paciente relatou que o seu médico dentista o tinha informado da lesão à cerca de 2 anos atrás, e que se manteve inalterada exceto por um breve período em que parou de fumar e a lesão regrediu ligeiramente. Diagnóstico: Queratose do fumador



<https://dental.washington.edu/oral-pathology/case-of-the-month-archives/com-june-2006/>

Como classifica a lesão:

- Lesão Benigna
- Lesão Potencialmente maligna
- Lesão Maligna

Fig. C4: Página 4 Questionário

Anexos D

Figuras e Tabelas

Dados sociodemográficos

Tabela 1: Distribuição da amostra por ano letivo, sexo e idade média

Alunos	4ºano		5ºano	
	%	N	%	N
Total	44,8%	64	55,2%	79
Sexo feminino	67,2%	43	57%	45
Sexo masculino	32,8%	21	43%	34
Idade média	25,45 anos *			
(*) χ^2 17,689 $p=$ 0,001				

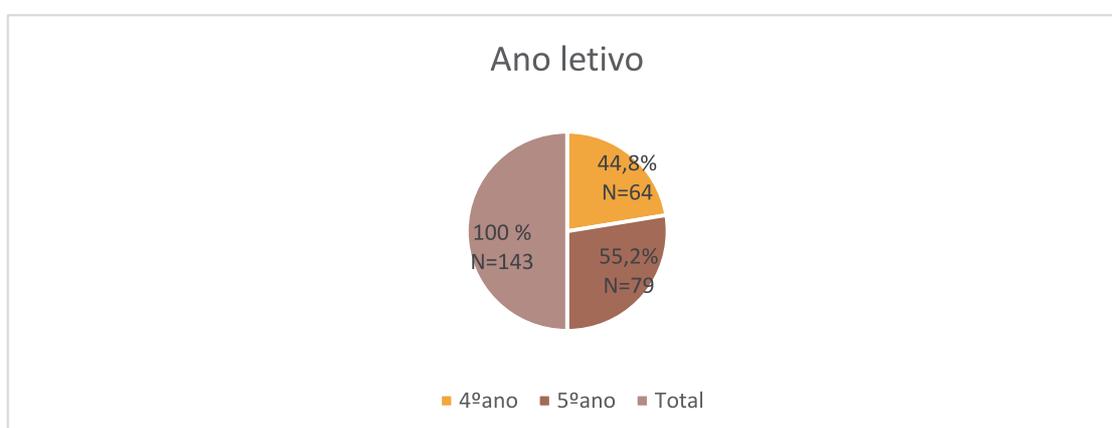


Fig. D1: Dados sociodemográficos- Ano letivo

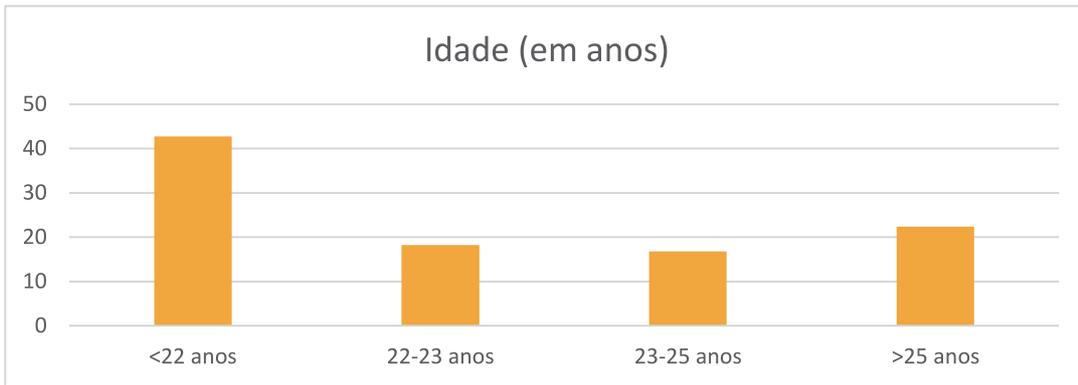


Fig. D2: Dados sociodemográficos- Idade por faixas etárias

Tabela D1: Dados sociodemográficos- Média, Mediana, Moda, Mínimo e Máximo da idade

Média	25,45 anos
Mediana	23,00 anos
Moda	22 anos
Mínimo	21 anos
Máximo	54 anos

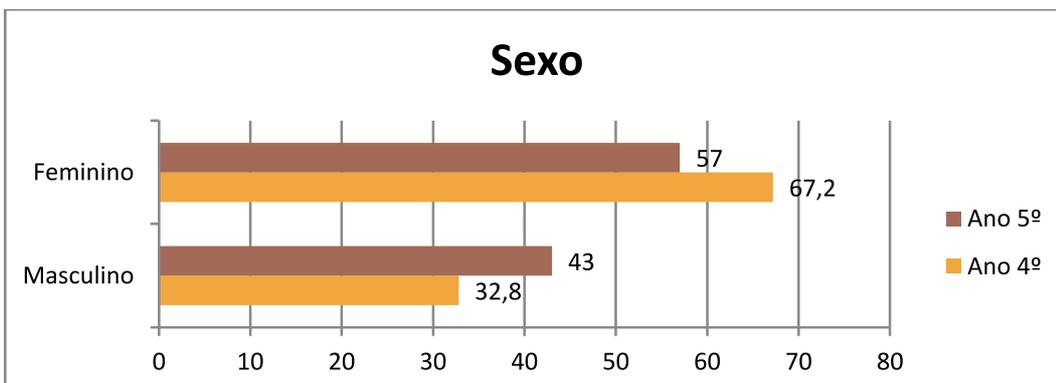


Fig. D3 Dados sociodemográficos- Sexo



Fig. D4: Dados sociodemográficos- Curso prévio relacionado com a saúde

Autoavaliação do nível de conhecimento sobre as lesões orais potencialmente malignas e o cancro oral

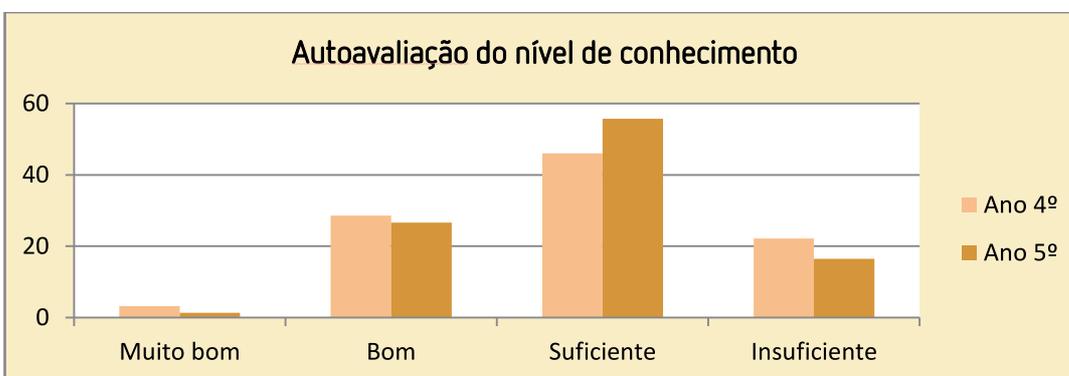


Figura 1: Autoavaliação do nível de conhecimento

Informação sobre os fatores de risco

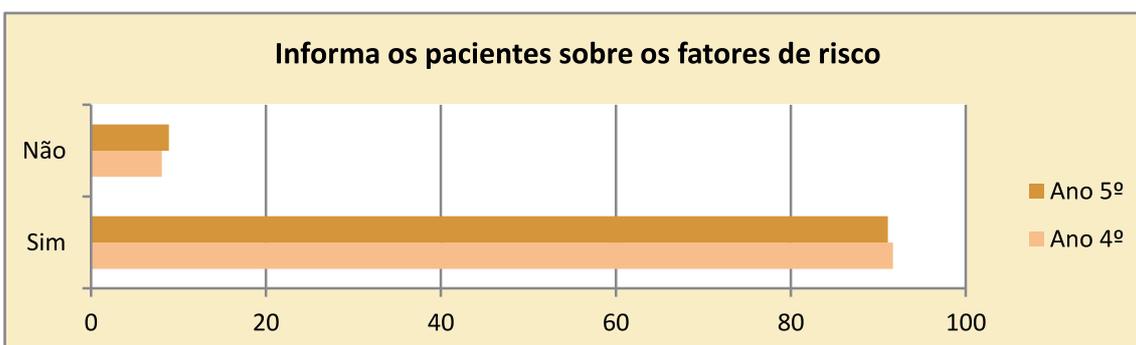


Figura 2: Informa os pacientes sobre os fatores de risco

Conduta ao observar alterações na mucosa que aparentam ser lesões orais potencialmente malignas

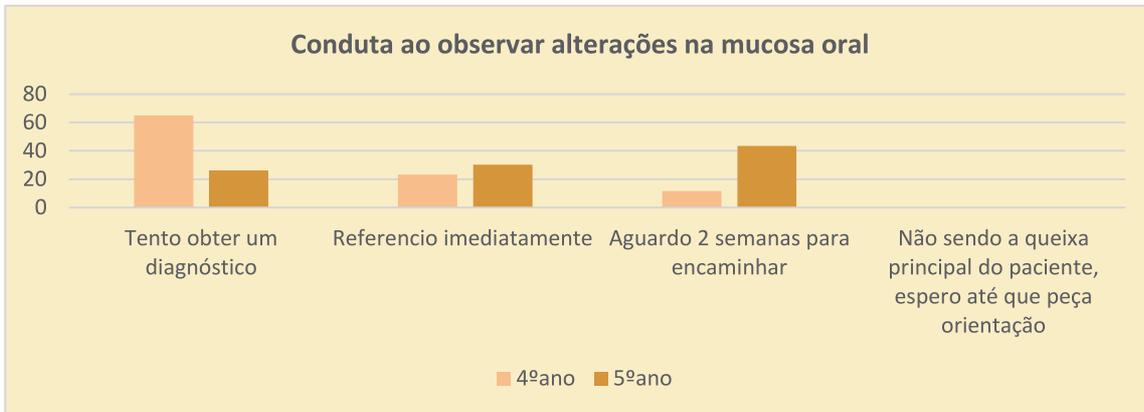


Figura 3: Conduta ao observar alterações na mucosa oral

Condição que associa a maior prevalência de transformação maligna



Figura 4: Condição associada a maior prevalência de transformação maligna

Fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral

Tabela 2: Fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral

Fatores de risco	4ºano (N=64)		5ºano (N=79)		Qui- quadrado (X ²)	Valor da p
	%	N	%	N		
Historial de cancro oral	92,2%	59	84,8%	67	1,837	0,175
Consumo de álcool excessivo	92,2%	59	87,3%	69	0,884	0,347
Consumo de tabaco	93,8%	60	93,7%	74	0,000	0,985
Idade > 40anos	56,3%	36	48,1%	38	0,940	0,332
Má higiene dentária	39,1%	25	32,9%	26	0,583	0,445
Exposição solar	67,2%	43	64,6%	51	0,109	0,742
Radiação	85,9%	55	73,4%	58	3,343	0,067
Imunossupressão	79,7%	51	45,6%	36	17,274	0,000 *
Dieta pobre em frutas e vegetais	28,1%	18	20,3%	16	1,209	0,272
Patologias sistémicas adjacentes	60,9%	39	27,8%	22	15,826	0,000 *

• Valor de p estatisticamente significativo

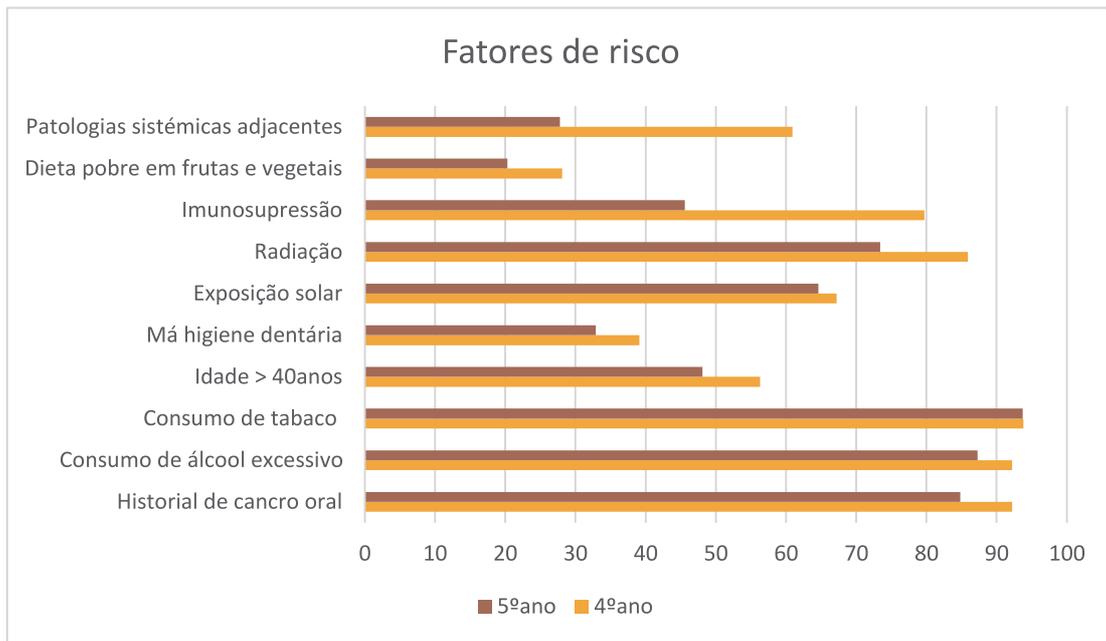


Fig. D5: Fatores de risco envolvidos na etiologia do cancro oral

Alterações da cavidade oral associadas como indício de malignidade

Tabela 3: Alterações da cavidade oral

Alterações da cavidade oral	4ºano (N=64)		5ºano (N=79)		Qui-quadrado (X ²)	Valor da p
	%	N	%	N		
Úlcera que persiste à terapia	98,4%	63	97,5%	77	0,162	0,688
Mancha vermelha	48,4%	31	15,2%	12	18,586	0,000*
Mancha branca	64,1%	41	40,5%	32	7,851	0,005*
Dor	7,8%	5	7,6%	6	0,002	0,961
Hemorragia	7,8%	5	11,4%	9	0,531	0,474
Edema	14,1%	9	1,3%	1	8,902	0,003*
Nódulo	60,9%	39	38%	30	7,466	0,006*
Não sei	0 %	0	1,3%	1	0,816	0,366

*valor de p estatisticamente significativo

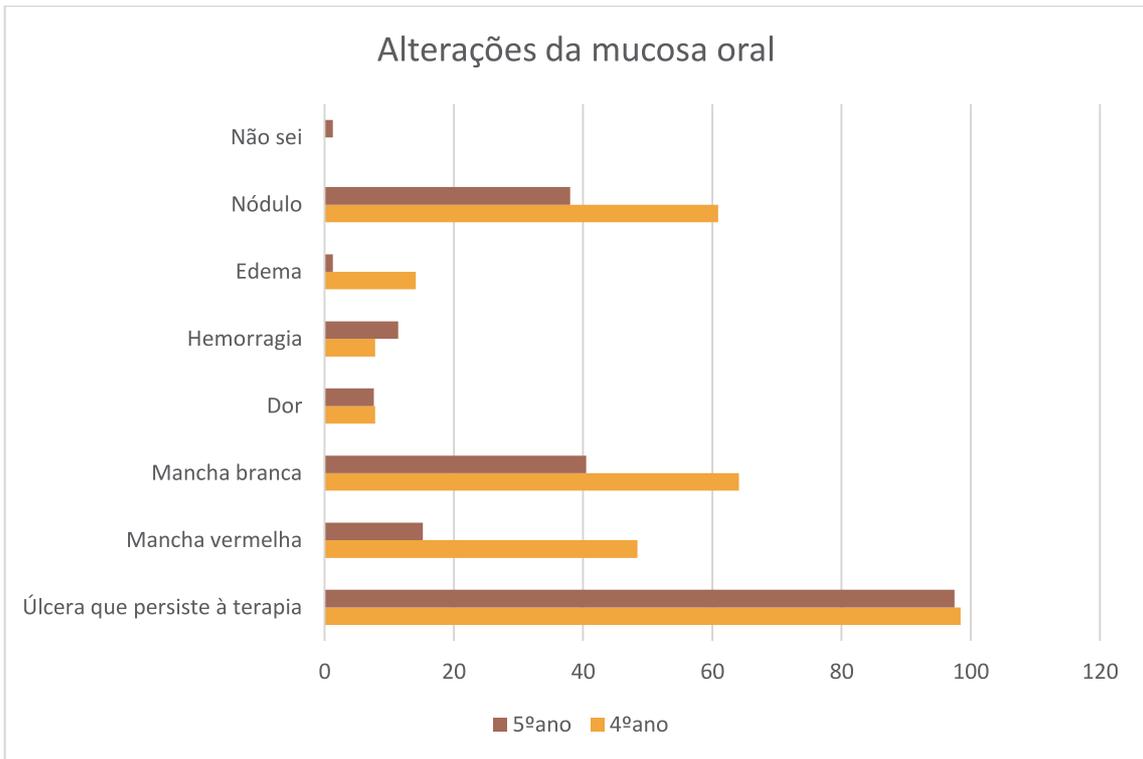


Fig. D6: Alterações da cavidade oral

Especialista

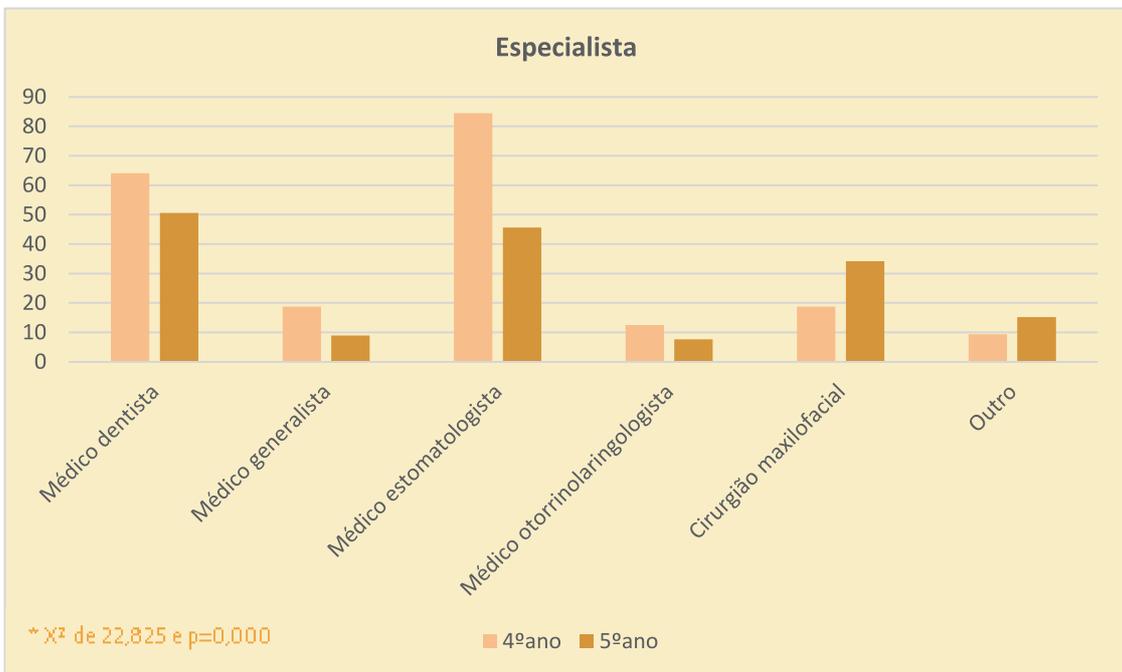


Figura 5: Especialista

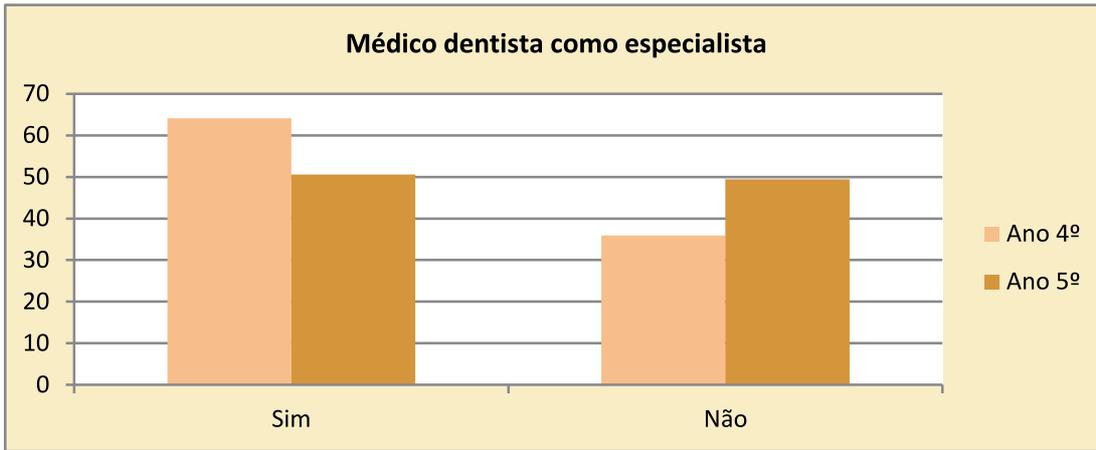


Figura 6: Médico Dentista como especialista

Papel do Médico Dentista



Figura 7: Papel do Médico Dentista

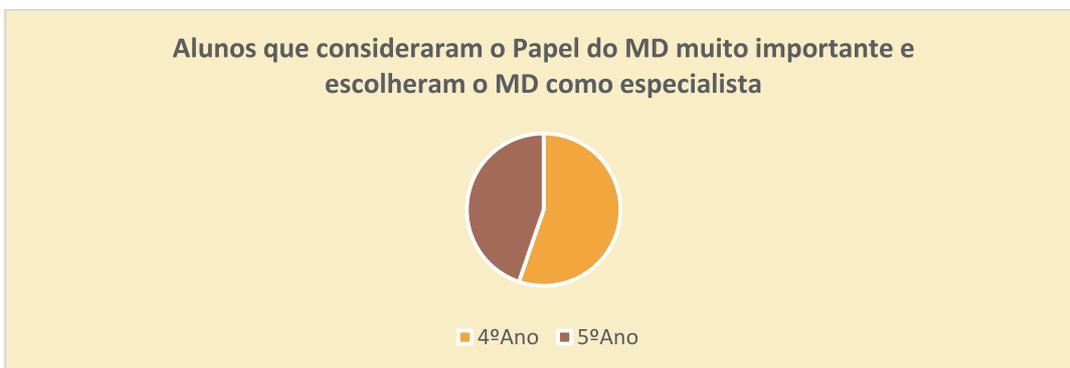


Figura 8: Alunos que consideraram o papel do MD muito importante e o escolheram como especialista

Casos ilustrativos de lesões benignas, potencialmente malignas e malignas

Caso 1

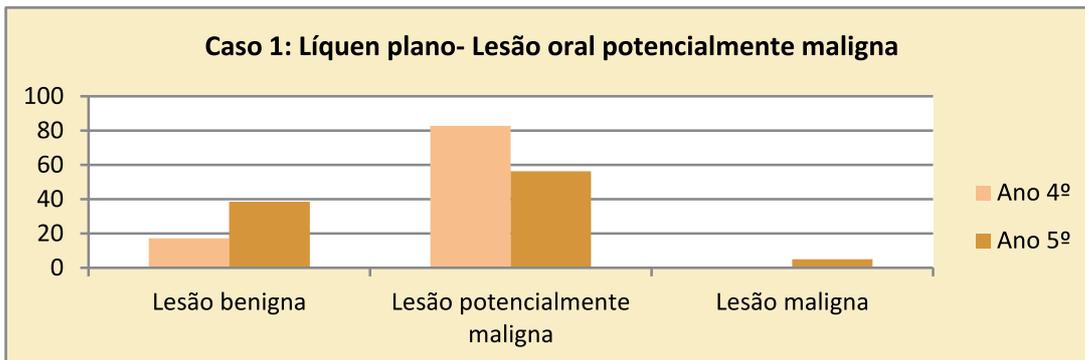


Figura 9: Caso 1: Líquen plano-Lesão oral potencialmente maligna

Caso 2

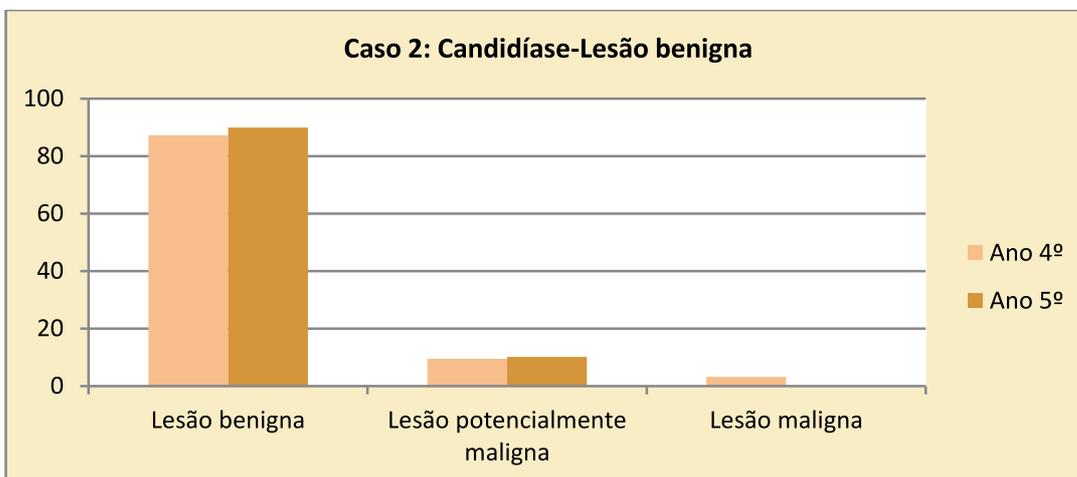


Figura 10: Caso 2: Candidíase-Lesão benigna

Caso 3

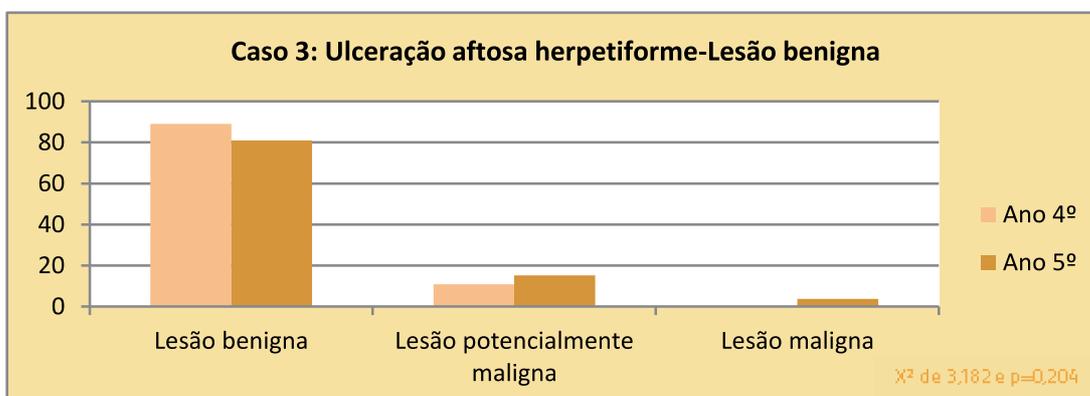


Figura 11: Caso 3: Ulceração aftosa herpetiforme-Lesão benigna

Caso 4

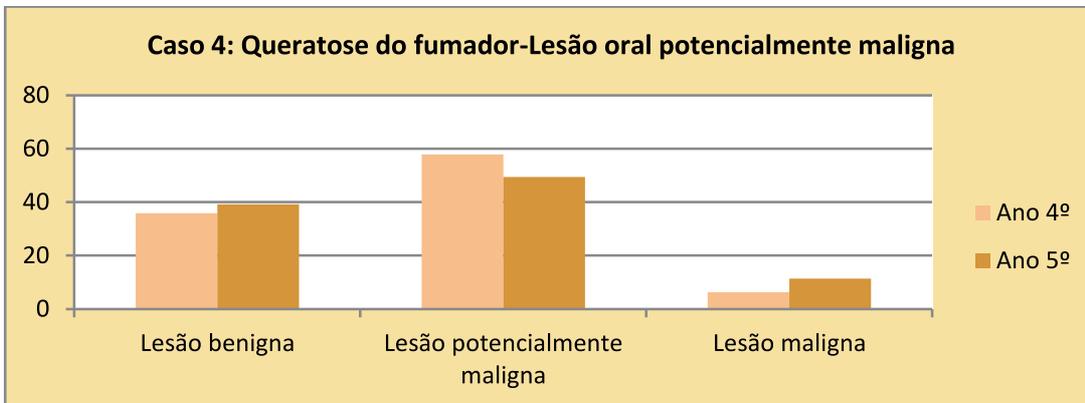


Figura 12: Caso 4: Queratose do fumador-Lesão oral potencialmente maligna

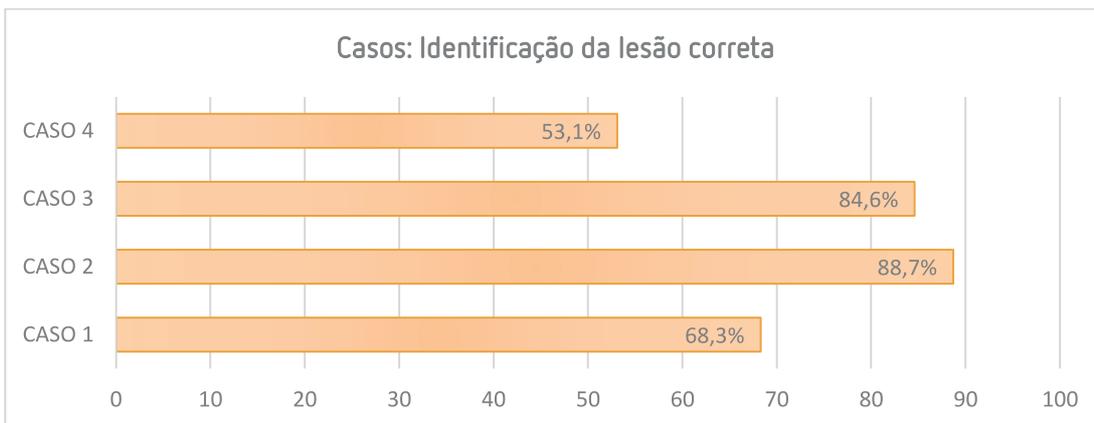


Figura 13: Casos: Identificação da lesão correta

Capítulo II

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

O Estágio em Medicina Dentária tem como objetivo a preparação do aluno para a sua prática clínica no futuro, mediante a aplicação dos conhecimentos teóricos que foram adquiridos ao longo do curso na prática clínica, em colaboração e supervisão por parte dos docentes. Existem três variantes diferentes no estágio: Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre setembro de 2015 e junho de 2016.

1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde (Gandra). O estágio decorreu num período de 5 horas semanais durante o ano letivo (terça-feira, das 19h-24h), o que fez um total de 280 horas de estágio. A unidade curricular é regida pela Prof. Doutora Filomena Salazar, e foi supervisionado pelo Mestre João Batista e Mestre Paula Malheiro. Os atos clínicos realizados encontram-se discriminados na Tabela I. Este estágio revelou-se uma mais-valia, pois permitiu que eu fizesse uma abordagem geral ao paciente com o propósito de elaborar um diagnóstico e plano de tratamento completo que englobasse todas as áreas clínicas no âmbito da Medicina Dentária.

2. ESTÁGIO HOSPITALAR

O Estágio Hospitalar teve a duração de 196 horas e decorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (CHSJ, EPE), sob a orientação do Mestre Carlos Faria.

O total de atos clínicos efetuados estão descritos na Tabela I. Devido à enorme diversidade de pacientes com que contatei, este estágio, proporcionou-me ferramentas que me tornaram mais autónoma, responsável e com capacidade de agir perante as mais diversas situações clínicas.

3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu desde setembro de 2015 a junho de 2016 tendo sido realizado à terça-feira, entre as 9h e as 12.30h sob supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase, o estágio foi lecionado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, onde foi organizado o plano de atividades que seria executado ao longo do restante ano

letivo e posteriormente foram distribuídas as escolas onde o plano de atividades foi aplicado. No total, o estágio teve a duração de 196 horas tendo sido supervisionado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante. As escolas onde trabalhei foram: Escola Básica (EB1) Barreiro (Alfena) e Jardim de infância (JI) Trás-as-vessadas (Gandra). Todas as atividades realizadas nas escolas estão descritas na Tabela II. Todas estas atividades tiveram como objetivo a promoção da saúde oral. Para além disto, foi ainda feito o levantamento do índice dos dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE OS ESTÁGIOS

O Estágio em Medicina Dentária compreendeu três componentes essenciais que considero muito enriquecedoras tanto a nível pessoal, como a nível profissional. Nas suas três componentes integradas, o estágio permitiu-me a aplicação, solidificação e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos até então apreendidos, mas também o desenvolvimento de uma boa prática clínica e a aquisição de uma maior segurança para o exercício profissional.

Tabela I: Atos clínicos realizados nos estágios

Atos clínicos	Estágio em Clínica geral	Estágio Hospitalar	Total
Triagem	2	13	15
Dentisteria	14	22	36
Endodontias	5	3	8
Destartarizações	7	15	22
Exodontias	2	32	34
Prótese fixa	1	0	1
Prótese removível	0	0	0
Outros	1	0	1

Tabela II: Estágio em saúde oral e comunitária

Escolas	Atividades
EB1 Barreiro	Elaboração de adereços: Dente/ou cavidade oral em material a definir Apresentação powerpoint de apoio a um conto Vídeo sobre a escovagem dentária e ensino da utilização do fio dentário Entrega de desenhos para colorir acerca da cavidade oral Flyer informativo para os encarregados de educação Levantamento de dados CPO
Jl Trás-as-vessadas	Elaboração de uma personagem baseada na “fada dos dentes” Elaboração de adereços: Dente/ou cavidade oral e escova de dentes em material a definir Apresentação Powerpoint de apoio de um conto Entrega de desenho para colorir sobre o material necessário para a escovagem Flyer informativo para os encarregados de educação Levantamento de dados CPO