

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

## **FATORES DE RISCO DO CANCRO ORAL E A SUA CONSCIENCIALIZAÇÃO**

Joana Filipa Azevedo Soares

Orientador: Prof. Doutor José Júlio Pacheco

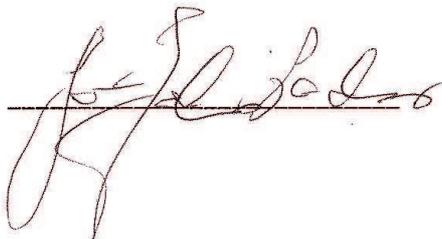
## ACEITAÇÃO DO ORIENTADOR

### DECLARAÇÃO

Eu, **José Júlio Pacheco** com a categoria profissional de **Professor Associado do Instituto Universitário De Ciências Da Saúde – Gandra** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **Fatores de risco do cancro oral e a sua consciencialização**, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Joana Filipa Azevedo Soares**, 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, 12 de Julho de 2016

O Orientador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José Júlio Pacheco', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os docentes que me acompanharam neste percurso académico, em particular ao Prof. Doutor José Júlio Pacheco.

## **Resumo**

**Introdução:** O cancro da cavidade oral é um importante problema de saúde pública, sendo o oitavo tipo de cancro mais frequente entre os homens e o décimo quarto entre as mulheres no mundo. A combinação de riscos genéticos e ambientais predispõem um indivíduo para o desenvolvimento de cancro da cavidade oral. O álcool, o tabaco ou o tabaco de mascar têm sido referidos como os principais fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento do cancro oral.

**Objetivos:** Referir os fatores de risco que estão associados ao cancro oral, assim como, a sua interação. Referir também a consciencialização das pessoas acerca do mesmo.

**Metodologia:** Revisão narrativa da literatura com pesquisa nas bases de dados Pubmed, Ebsco-host e Science direct e seleção de 46 artigos.

**Discussão:** O cancro oral comumente desenvolve-se em pessoas que fumam e bebem álcool. Ambos são fatores de risco independentes, mas têm um efeito sinérgico considerável. Existe um grande número de estudos que sustentam a hipótese da associação da infeção por vírus do papiloma humano (HPV) no cancro oral. O risco de cancro oral aumenta com a idade, a maioria dos casos ocorre em pessoas com 50 anos ou mais. Fatores de risco como a candidíase, a infeção por vírus herpes simples, a imunossupressão, o nível socioeconómico, a exposição à luz solar, os fatores nutricionais, a etnia, a higiene oral, as próteses dentárias, a doença periodontal e a hereditariedade também podem estar relacionados com o desenvolvimento de cancro oral. Em alguns casos de cancro oral existe uma associação entre os fatores de risco. No que diz respeito à consciencialização sobre o cancro oral torna-se necessário que haja uma educação adequada, assim como campanhas de sensibilização e informação sobre o cancro oral e fatores de risco.

**Conclusão:** O cancro oral diminui consideravelmente a qualidade vida destes pacientes. A maioria dos casos de cancro oral está associada a fatores de risco como o consumo de tabaco e álcool. Sendo assim necessário que o médico dentista eduque o seu paciente a mudar comportamentos ou estilos de vida. Estratégias de promoção da saúde oral, a realização de campanhas de sensibilização do cancro oral e programas de rastreio adequados para o cancro oral, devem ser realizadas.

**Palavras-chave:** Cancro oral; Tabaco; Fatores de risco; Álcool; HPV; Cavidade oral.

## **Abstract**

**Introduction:** Cancer of the oral cavity is a major public health problem and is the eighth most common type of cancer among men and the fourteenth among women worldwide. The combinations of genetic and environmental risks predispose an individual to develop cancer of the oral cavity. Alcohol, tobacco or chewing tobacco have been referred to as the main risk factors that lead to the development of oral cancer.

**Objectives:** Referring risk factors associated with oral cancer, as well as their interaction. also mention the awareness of people about it.

**Methodology:** Review literature narrative research in Pubmed, Ebsco-host and Science direct and selection of 46 articles.

**Discussion:** Oral cancer usually develops in people who smoke and drink alcohol. Both are independent risk factors, but have a considerable synergistic effect. A large number of studies support the hypothesis of association between infection with human papilloma virus (HPV) in oral cancer. The risk of oral cancer increases with age in most cases occurs in people aged 50 years or more. Risk factors such as candidiasis, the infection by herpes simplex virus, immunosuppression, socioeconomic status, exposure to sunlight, nutritional factors, ethnicity, oral hygiene, dental prostheses, periodontal disease and heredity may also be related to the development of oral cancer. In some cases of oral cancer there is an association between risk factors. Regarding the awareness of oral cancer becomes necessary to have a proper education, as well as awareness campaigns and information about oral cancer and risk factors.

**Conclusion:** Oral cancer significantly reduces the quality of life of these patients. Most cases of oral cancer is associated with risk factors such as smoking and alcohol. Therefore necessary that the dentist doctor educate your patient to change behavior or lifestyles. Strategies to promote oral health, performing oral cancer awareness campaigns and screening programs suitable for oral cancer should be performed.

**Key words:** Oral cancer; Tobacco; Risk factors; Alcohol; HPV; Oral cavity.

## ÍNDICE

Aceitação do orientador .....	II
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
<b>CAPÍTULO I - FATORES DE RISCO DO CANCRO ORAL E A SUA CONSCIENCIALIZAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1. Introdução.....	1
2. Objetivos .....	3
3. Metodologia.....	4
4. Discussão .....	4
4.1 Fatores de risco do cancro oral.....	4
4.1.1 Álcool.....	4
4.1.2 Tabaco.....	5
4.1.3 Tabaco de mascar .....	6
4.1.4 Cannabis.....	7
4.1.5 Infecção por vírus do papiloma humano .....	7
4.1.6 Candidíase.....	8
4.1.7 Infecção por vírus herpes simples.....	8
4.1.8 Imunossupressão.....	8
4.1.9 Nível socioeconómico.....	8
4.1.10 Fatores Nutricionais .....	9
4.1.11 Etnia .....	9
4.1.12 Idade e Género.....	9
4.1.13 Exposição à luz solar .....	10
4.1.14 Higiene oral.....	10
4.1.15 Próteses dentárias .....	10
4.1.16 Hereditariedade .....	11
4.1.17 Doença periodontal.....	11
4.1.18 Interação entre os diversos fatores de risco.....	11
4.2 Consciencização dos fatores de risco do cancro oral.....	13

5. Conclusão.....	16
6. Bibliografia.....	16
CAPÍTULO II – RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO.....	21
1. Introdução.....	21
2. Estágio em Clínica Geral Dentária.....	21
3. Estágio Hospitalar.....	22
4. Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	23
5. Considerações Finais Das Actividades De Estágio .....	23

## CAPÍTULO I - FATORES DE RISCO DO CANCRO ORAL E A SUA CONSCIENCIALIZAÇÃO

### 1. Introdução

A cavidade oral é propensa a muitas alterações com o avançar da idade, sendo estas o resultado de fatores relacionados com estilo de vida e ambientais. Do ponto de vista histológico e embrionário, a mucosa da cavidade oral é semelhante à pele, mas é submetida a um meio ambiente mais complexo e inconstante. Esta natureza complexa modifica o padrão de apresentação da doença na cavidade oral. As lesões orais podem interferir com as atividades diárias sociais em pacientes, através da interferência na mastigação, deglutição, fonação, e causa diversos sintomas tais como xerostomia, halitose ou disestesia oral. (1)

É importante conhecer e controlar os fatores de risco que podem desencadear o aparecimento das lesões da cavidade oral. É um dever do Médico Dentista identificá-las, preveni-las e eliminá-las, porque ao examinar o seu processo evolutivo, estão a fazer a deteção e/ou prevenção do cancro oral. As consequências económicas e sanitárias, assim como, o aumento do consumo de tabaco e o envelhecimento progressivo da população convertem-se num grande problema de saúde, prevendo-se que se não forem tomadas medidas de controlo, haverá um aumento da incidência e mortalidade do cancro oral. (2)

O cancro da cavidade oral é um importante problema de saúde pública, com uma incidência anual mundial estimada em cerca de 263000 casos, e a mortalidade em 127000 casos. (3, 4)

A sobrevivência é baixa, com uma taxa de sobrevida aos 5 anos de cerca de 50%, e não melhorou nitidamente nas últimas décadas. (4-8)

O risco de cancro oral aumenta com a idade, a maioria dos casos ocorre em pessoas com 50 anos ou mais. Contudo, cerca de 6% dos casos de cancro oral ocorrem em jovens com idades inferiores a 45 anos, e em países de alta incidência muitos casos surgem antes dos 40 anos. (9)

O cancro da cavidade oral é o oitavo tipo de cancro mais frequente entre os homens e o décimo quarto entre as mulheres no mundo (10) e representa cerca de 4% dos novos casos de cancro e 2% de todas as mortes por cancro no mundo e em países onde a

incidência de cancro oral é alto, como é o caso da Índia. Aqui o cancro oral é responsável por 50% de todos os casos de cancro. (11)

No entanto, a incidência desse tipo de cancro varia em todo o mundo (cerca de 20 vezes), refletindo variações na prevalência de fatores de risco específicos dentro das regiões. Em alguns países de alto risco, como Sri Lanka, Índia, Paquistão e Bangladesh, o cancro oral é o mais comum em homens e pode contribuir com até 25% de todos os novos casos. (12)

Em Portugal, em 2012, ocorreram 1924 novos casos, dos quais, 967 ocorreram em homens. Nesse mesmo ano, Portugal ficou em segundo lugar do ranking Europeu, com elevada incidência do cancro na cavidade oral e no lábio, em homens. Tem sido observado na população, na última década, o aumento da incidência do cancro oral e da orofaringe. (13)

No entanto, a cavidade oral é acessível ao exame físico, sendo a deteção numa fase precoce considerada a melhor forma para aumentar a sobrevivência e vital para o sucesso do tratamento. (4, 5, 14-16) Um melhor conhecimento dos fatores de risco pode permitir uma melhor orientação. (5)

Em Portugal, a Ordem Dos Médicos Dentistas e a Direção Geral De Saúde, em 2014, criaram o PIPCO (Programa de Intervenção Precoce de Cancro Oral), que integra médicos dentistas, médicos de família, médicos hospitalares e laboratórios anatomopatológicos. A estratégia de intervenção passa pelo despiste precoce de lesões na cavidade oral em pacientes de risco, efetuado pelos médicos de família que emitem o cheque dentista e encaminham para o médico dentista aderente. Este realiza uma consulta de diagnóstico diferencial em que avalia a lesão e decide se está indicada ou não a realização de biópsia. (17)

Os números fornecidos pelo PIPCO são indicadores do êxito do mesmo e da sua importância para a sociedade portuguesa. Em 2015, mais de 3800 doentes foram observados por médicos dentistas da sua área de residência. Destes, 23 foram diagnosticados com cancro oral e encaminhados para tratamento no prazo de 15 dias. Outros 49 são acompanhados por lesões em risco de evoluir para cancro oral. O cancro oral é em Portugal responsável por 4% das mortes, sendo a quinta causa de morte por doença oncológica. Apenas 40% dos afetados sobrevivem mais de 5 anos, mas quando detetada na fase inicial, a taxa de sobrevivência pode superar os 80%. (18, 19)

A maioria dos pacientes com cancro oral ou com lesões da mucosa oral potencialmente malignas são muitas vezes assintomáticas no momento do diagnóstico. Alguns pacientes não procuram cuidados até que a dor, ulceração persistente, hemorragia inexplicada ou uma massa na cavidade oral ou no pescoço é descoberta e por vezes nesse momento a doença já se encontra muito desenvolvida. (6)

Tal como acontece com a maioria dos processos de doença, há uma combinação de riscos genéticos e ambientais que predis põem um indivíduo para o desenvolvimento de cancro da cavidade oral. (5, 7) O álcool, o tabaco ou o tabaco de mascar têm sido referidos como os principais fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento das condições orais malignas(1, 3-8, 10, 12, 13, 15, 20-24), mas a ocorrência de casos de cancro da cavidade oral nos jovens e em mulheres que não fumam ou bebem álcool sugere que outros fatores de risco estão envolvidos. (7) O risco de desenvolver cancro oral é maior em indivíduos que fumam, bebem e mascam "*betel quid*" do que a soma do risco individuais de cada um deles. Um risco adicional devido à concomitante exposição, que é denominado de interação ou efeito conjunto. (25) Fatores nutricionais como baixo consumo de vegetais e frutas, o baixo nível sócioeconómico, são fatores de risco que podem encaminhar para o desenvolvimento de distúrbios orais potencialmente malignos, (12, 15, 23, 24, 26). Assim como, o uso do "*Betel quid*" e a infeção por vírus do papiloma humano (HPV). (3, 5, 13, 24). Tendo em consideração os vários fatores de risco do cancro oral, avaliou-se se a população tem consciência desses fatores, dos seus sinais e sintomas e a quem na sua perspectiva atribuem eventualmente mais importância, sendo que os estudos em Portugal parecem mostrar maior consciencialização em relação ao tabagismo. (13, 16)

## 2. Objetivos

Esta revisão narrativa da literatura tem os seguintes objetivos:

- Abordar os fatores de risco do cancro oral dando relevância a alguns tipos mais observados, em que o contributo dos mesmos já é evidente e não gera grande conflito entre autores e referir ainda, alguns fatores de risco que geram controvérsia. Mencionar também que em alguns casos de cancro existe

uma associação entre os fatores de risco, podendo assim, encontrar mais do que um fator de risco relacionado com o cancro oral;

- Abordar a consciencialização das pessoas acerca do cancro oral em Portugal, e fazer a sua comparação com os países com elevada taxa de cancro oral.

### 3. Metodologia

No âmbito deste tema cuja finalidade é fazer uma revisão narrativa da literatura foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Ebsco-host e Science direct com recurso as palavras-chave: "Oral cancer", "Tobacco", "Risk factors", "Alcohol", "HPV" e "Oral cavity". Dos artigos encontrados foram excluídos os que tivesse data de publicação inferior a 2009 e alguns artigos foram excluídos após leitura do resumo por não terem interesse relevante para o trabalho em questão. No total foram selecionadas 46 referências bibliográficas.

### 4. Discussão

#### 4.1 Fatores de risco do cancro oral

##### 4.1.1 Álcool

Sensivelmente, 2 bilhões de pessoas no mundo consomem álcool regularmente. O álcool pode ser carcinogénico através da sua oxidação. As enzimas vão converter o álcool em acetaldeído, este por sua vez é transformado em acetato. Variações genéticas podem influenciar a atividade destas enzimas, podendo assim, influenciar o resultado da exposição ao álcool e a sua carcinogénese. (9) Além disso, o etanol também facilita a absorção de substâncias cancerígenas como por exemplo, o fumo de tabaco na cavidade oral e orofaringe, aumentando também o risco de cancro induzido pelo tabaco. (7)

Albuquerque *et al*, referiram que o consumo de álcool está relacionado como fator de risco para carcinoma das células escamosas, particularmente em indivíduos do sexo masculino. O risco de adquirir cancro aumenta com a quantidade de álcool consumida. Neste mesmo artigo referiram que os indivíduos que consomem acima de 25g/dia podem ter um aumento de risco de 1,15 em contrair cancro oral, aqueles que ingerem acima de

50g/dia, um aumento de 2,85 e os que bebem 100g/dia o risco é de 6,01. No entanto, não houve evidência de aumento de risco com diferentes tipos de bebidas alcoólicas. (24)

Goodson *et al*, referiram que a ingestão de álcool acima de 28 unidades/semana foi significativamente associada com o aumento da displasia da mucosa oral na apresentação inicial da doença. Neste mesmo artigo observou-se que a ingestão de álcool superior a 30 g/dia foi associada a um aumento de 2,5 vezes no risco de desenvolver uma lesão pré-cancerígena. Os pacientes que consomem regularmente uma grande quantidade de álcool têm risco superior de desenvolver cancro oral, após as lesões orais pré-cancerígenas terem sido tratadas a laser. Isto explica-se pelo facto de haver um aumento de recidivas no mesmo local após a excisão e a exposição contínua do álcool puder ter levado a mais alterações displásicas na mucosa vulnerável. (27)

Após a cessação do consumo de álcool é necessário 10 anos para normalizar o risco de contrair cancro oral. (28) A taxa de risco de desenvolver cancro oral é reduzida a 40% após 20 anos ou mais da cessação do consumo de álcool. (29)

Andrade *et al*, observaram que os indivíduos que consumiam álcool há mais de 20 anos apresentaram um risco três vezes maior de desenvolver cancro oral. Os indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas mais de duas vezes por semana tinham cinco vezes maior risco de desenvolver carcinoma das células escamosas. O consumo de bebidas alcoólicas destiladas (água-ardente, vodka, uísque e conhaque) aumentou quase seis vezes o risco de desenvolver cancro oral. (30)

#### **4.1.2 Tabaco**

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública relevante e está relacionado com mais de 50 alterações patológicas. A ação carcinogénica provocada pelos constituintes do tabaco, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas, são convertidos em metabolitos reativos capazes de interagir com o ADN (ácido desoxirribonucleico) através da acção de enzimas oxidativas. Para além da ação das substâncias carcinogénicas, a exposição contínua ao calor resultante da combustão do tabaco, agrava ainda mais a agressão à mucosa oral. (7)

De todos os fumadores do mundo 1 bilhão são homens e 250 milhões são mulheres. Há amplas evidências que sugerem que o tabaco em várias formas, incluindo o de fumar e o de mascar tem impacto cancerígeno na cavidade oral. (9)

Fumar mais de 20 cigarros por dia aumenta o risco de desenvolver cancro oral, incluindo o cancro da laringe e faringe. No mesmo artigo é mencionado um risco de 7,3 para aqueles que fumam até 11-20 cigarros por dia durante 10 anos e 16,5 para os que fuma até 30 ou mais cigarros por dia. (24)

Marron *et al*, constataram que após a cessação tabágica por um período de 1-4 anos o risco de cancro oral diminui. Após 20 ou mais anos da cessação, o risco de desenvolver cancro oral foi semelhante aos indivíduos que nunca fumaram. (29)

Andrade *et al*, concluíram que os indivíduos que fumavam há mais de 20 anos apresentavam 4 vezes mais risco de desenvolver cancro oral, os que fumavam mais de 20 cigarros por dia apresentavam 6 vezes mais risco de desenvolver carcinoma das células escamosas, quando comparado com aqueles que fumavam 1 a 20 cigarros por dia. Os indivíduos que fumavam cigarros sem filtro (cigarros enrolados à mão, charutos e cachimbos) foram mais propensos a desenvolver cancro oral do que aqueles que fumavam cigarros com filtro (cigarros industrializados). (30)

Um dos principais fatores que causam o cancro oral é o hábito tabágico, o qual se responsabiliza por 80% dos tumores malignos. (31)

Segundo Lubin *et al*, fumar mais de 15 cigarros por dia, por um período mais curto têm efeito menos prejudicial do que menos cigarros por dia durante um período mais longo. (32)

#### 4.1.3 Tabaco de mascar

Entre 600 a 1200 milhões de pessoas tem o hábito de mascar "*betel quid*". (9) Este produto é uma mistura de noz de areca, envoltas em folhas de bétete polvilhadas com cal hidratada. A prática de mastigar o "*betel quid*" é socialmente aceite em algumas partes do subcontinente Asiático. (20) O tabaco de mascar aumenta significativamente o risco de cancro oral, sendo a maioria do tabaco de mascar misturado com "*betel quid*". Este produto é cancerígeno para os seres humanos independentemente de ter ou não tabaco. (28)

#### 4.1.4 Cannabis

O papel da cannabis para o contributo do cancro oral é inconclusivo. Stucken *et al*, mencionaram no seu estudo que a cannabis representou um fator de baixo risco para o desenvolvimento de cancro oral. Numa escala de 0-4, a cannabis apresentou risco de 2,1. (5)

Outros autores referiram que o consumo de cannabis aumenta o risco de cancro oral, contudo não há evidências consistentes que apoiem esta afirmação. A influência da cannabis para desenvolver o cancro oral poderia ser devido à interação com o consumo elevado do tabaco. (28)

#### 4.1.5 Infecção por vírus do papiloma humano

A infecção por vírus do papiloma humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível. Fatores como o início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros sexuais, e a prática de sexo oral desprotegido estão incluídos como fatores de risco para a infecção por HPV na cavidade oral. (33) As estirpes HPV 16 e 18 encontram-se mais associadas ao aumento de risco de cancro. (9) No entanto, em muitos casos, a deteção da estirpe de HPV em tumores orais não é rotineiramente feita provavelmente devido ao alto custo de técnicas de identificação do ADN do HPV. Alguns autores sugeriram a deteção imuno-histoquímica de p16 como marcador de infecção por HPV. Esta poderia ser uma opção mais rentável como um marcador de primeira linha de rotina de HPV em amostras de cancro oral. (8)

Outra questão importante a ser abordado é a prevalência da infecção pelo HPV no contato sexual oral-genital em adultos jovens. Estudos têm mostrado que o HPV que infeta a área genital também pode infetar a cavidade oral. (7) Tem sido sugerido que o HPV está relacionado com o cancro oral em indivíduos jovens, no entanto, após a mucosa oral estar infetada com estirpe de HPV de alto risco pode demorar mais de 20 anos para que haja a transformação maligna. (12)

O perfil dos pacientes com carcinoma da cavidade oral associado ao HPV tende a ser caracterizado por um grupo de pacientes mais jovens, com idade inferior a 60 anos, não fumadores ou fumadores leves, pacientes que não bebem e com comportamento sexual mais promíscuo. No entanto, estes dados são controversos. (33)

O carcinoma das células escamosas associado ao HPV, aumentou recentemente e dramaticamente nos homens com menos de 50 anos de idade. Num período de 20 anos passou de menos 20% para mais de 70% nos Estados Unidos e em alguns países europeus. (33)

#### **4.1.6 Candidíase**

A espécie candida não-albicans tem surgido nos casos de cancro oral. As nitrosaminas produzidas pela candida albicans podem ativar pro-oncogénese específicos. No entanto, a sua transformação maligna é associada muitas vezes a outros fatores de risco, como o tabaco e o álcool. Havendo assim um efeito sinérgico entre a candida albicans e estes fatores de risco. (9)

#### **4.1.7 Infecção por vírus herpes simples**

O vírus herpes simples (HSV) tem sido associado ao cancro oral. Os níveis de anticorpos para o HSV-1 e HSV-2 são mais elevados em pacientes com cancro oral. Indivíduos seropositivos para o HSV juntamente com o consumo de tabaco aumentam o risco de desenvolver cancro oral. (9)

#### **4.1.8 Imunossupressão**

Após o transplante renal, o uso de agentes imunossupressores (azatioprina e ciclosporina) pode estar associado a um aumento do aparecimento do cancro do lábio. Na doença de Crohn o uso prolongado de agentes imunossupressores (azatioprina) também pode aumentar o risco de desenvolver cancro da língua. (28)

#### **4.1.9 Nível socioeconómico**

O nível socioeconómico desempenha um papel importante no cancro da cavidade oral, pessoas com baixo nível socioeconómico e com baixo nível de escolaridade apresenta uma maior mortalidade e incidência de cancro oral. (7, 26, 28)

#### 4.1.10 Fatores Nutricionais

Chá e café são as bebidas quentes mais consumidas no mundo. Estas bebidas, ricas em antioxidantes, parecem diminuir o risco de cancro oral. Radoï *et al*, relataram que apesar de o risco de cancro oral diminuir com o consumo de café, a associação foi estatisticamente significativa apenas para consumo de 2-3,9 xícaras de café por dia com duração do consumo de 21-40 anos. Os consumidores de chá têm significativamente o risco mais reduzido de cancro oral quando comparado com quem não nunca bebeu chá. Bebedores de mais de 2 xícaras de chá por dia tiveram um risco 3,3 vezes menor do que os que nunca bebem. O consumo de chá por mais de 20 anos diminuiu o risco 1,8 vezes. (10)

Há evidências que indicam uma correlação positiva entre a baixa ingestão de frutas e legumes frescos e o aumento do risco de cancro oral. Riscos mais elevados também estão associados com alta ingestão de carne e produtos de carne processada. Estima-se que 50% de redução no risco de cancro oral é observado entre as pessoas que consomem uma quantidade diária adequada de frutas e vegetais frescos. (28)

#### 4.1.11 Etnia

As taxas de incidência do cancro oral variam notavelmente entre grupos étnicos/raciais no mundo. A população sul asiática tem maiores taxas de cancro oral. As diferenças nutricionais, padrões de fumo, a diferença de quantidades de tabaco e álcool podem desempenhar um papel nestas variações observadas nas populações de alta incidência de alguns grupos étnicos e raciais. (28)

#### 4.1.12 Idade e Género

Zini *et al*, realizaram um estudo onde concluíram que a maioria dos casos de cancro da cavidade oral fora diagnosticada entre pessoas com idades compreendidas entre 55 anos ou mais (73,3%). Os homens têm percentagens mais elevadas de carcinoma de células escamosas que a mulheres (71,4% vs. 47,2%, respetivamente). (34)

O cancro do lábio é o tumor mais frequente da região oral e maxilo-facial, compreendendo 25 a 30% de todos os cancros orais. Apresenta maior incidência na sexta e sétima década de vida e é mais comum nos homens do que nas mulheres. (35)

Casal *et al*, após realizarem um estudo onde analisaram o cancro do lábio puderam referir que o pico de incidência foi no grupo 61 - 70 anos para os homens e mais de 81 anos para o sexo feminino. (36)

Shamloo *et al*, referenciaram que o carcinoma das células escamosas na língua foi detetado com mais frequência nos homens do que nas mulheres. Neste mesmo artigo referiram que o carcinoma das células escamosas da língua, soalho da boca e palato ocorre em pacientes com idade inferior a 60 anos, enquanto que, o carcinoma dos lábios e gengivas em pacientes com mais de 60 anos de idade. (37)

O carcinoma das células escamosas do palato duro e do alvéolo maxilar são escassos quando comparados com outros locais da cavidade oral. O cancro do alvéolo maxilar e do palato duro têm características únicas e são mais comuns nas mulheres. (38)

#### **4.1.13 Exposição à luz solar**

A exposição crónica à luz solar é o principal fator de risco do carcinoma das células escamosas do lábio. Sousa *et al*, referiram que a exposição à luz solar no seu estudo foi o segundo fator de risco, com uma percentagem de 80% que levou ao aparecimento de lesões orais malignas. Neste mesmo artigo referiram que a exposição à luz aumenta em 5,49 vezes o risco de desenvolver carcinoma das células escamosas do lábio. (39)

#### **4.1.14 Higiene oral**

Há autores que referem que a má higiene oral é um fator de risco independente para o desenvolvimento de cancro oral. (9)

Uma higiene oral má e problemas dentários podem facilitar a exposição a agentes cancerígenos, podendo deste modo atuar como um cofator em indivíduos apenas de alto risco. (28)

#### **4.1.15 Próteses dentárias**

Existem poucos estudos que investiguem a associação das próteses dentárias para o desenvolvimento de cancro oral, mas de uma maneira geral a literatura sugere que as próteses implicam um risco baixo a moderado para o desenvolvimento de cancro oral.

Stucken *et al*, mencionou que as próteses dentárias apresentam baixo risco para o desenvolvimento de cancro oral. (5)

#### **4.1.16 Hereditariedade**

Não existe nenhuma prova que mostre que o cancro oral é mais comum em indivíduos que tem maior risco de desenvolver outros cancros. Apesar de faltar uma característica hereditária clara para o cancro oral, as células cancerígenas da cavidade oral contem alterações genéticas devido a exposição ambiental a agentes cancerígenos devendo ser considerada uma doença genética. (28)

#### **4.1.17 Doença periodontal**

Moraes *et al*, referiram que a periodontite crónica generalizada e grave eram frequentes nos pacientes com cancro oral, referindo que tanto a severidade como a extensão podem ser fatores de risco, concluindo que os pacientes com periodontite crónica têm risco de desenvolver cancro oral. (40)

Na doença periodontal crónica encontramos importantes mediadores inflamatórios, tais como IL-1 e TNF- $\beta$ - $\alpha$ , que parecem estar associados com a carcinogénese. (40) As bolsas periodontais podem servir de reservatórios para agentes carcinogénicos, como por exemplo o HPV. (40, 41)

#### **4.1.18 Interação entre os diversos fatores de risco**

Monteiro *et al*, realizaram um estudo com 128 pacientes, diagnosticados e tratados como carcinoma das células escamosas. Estes autores referiram que o carcinoma das células escamosas ocorreu mais frequentemente no sexo masculino, em pacientes mais velhos, e em pacientes com hábitos de tabaco e/ou alcoólicos. (8)

Segundo Scully *et al*, a associação do tabaco e do álcool aumenta o risco de cancro oral para mais de 80%. (9) Madani *et al*, concluíram que o efeito conjunto do consumo de tabaco e álcool foi significativamente maior quando comparado com o consumo individual de cada um deles. No presente estudo, 30% dos casos de cancro oral encontram-se associados ao efeito conjunto dos dois fatores de risco. Uma das explicações referidas pelos autores é o facto de que o álcool dissolve alguns constituintes do tabaco que estão

ligados ao cancro e o álcool aumenta a permeabilidade da mucosa epitelial na cavidade oral. (11)

Petti *et al*, ao avaliarem a interação do efeito conjunto do álcool, do tabaco e do "betel quid" puderam concluir que o risco de desenvolver cancro oral aumentou de 23 a 34 vezes. Sendo assim, o efeito conjunto dos três fatores de risco é responsável por mais de dois terços do cancro oral. (25)

Indivíduos que fumam mais de 40 cigarros por dia e que ingerem mais de 30 bebidas por semana acima do padrão, têm 38 vezes maior risco de desenvolver cancro oral. Tabaco e álcool são os fatores potenciais mais cancerígenos, apesar do aspeto multifatorial da doença. Andrade *et al*, alertaram também para o efeito sinérgico do tabaco e do álcool que aumenta quase dez vezes o risco de carcinoma das células escamosas, e um risco de 6 a 15 vezes maior de cancro oral. (30)

O principal fator de risco para o cancro do lábio é a exposição à luz solar a longo prazo. A radiação ultravioleta tem ação carcinogénica causando danos no ADN. O consumo de tabaco a longo prazo, as baixas condições sociodemográficas, a susceptibilidade genética e a imunossupressão são outros fatores de risco para o cancro do lábio. (35)

Maruccia *et al*, puderam concluir que o cancro do lábio aumenta com a idade, sendo mais frequente entre os 60-70 anos. No que diz respeito ao género, o masculino apresenta mais casos. Mencionaram também uma associação significativa entre o cancro do lábio e fatores de risco como a exposição à luz solar e o consumo de tabaco e álcool. (42)

Alguns autores têm sugerido que o potencial carcinogénico do HPV pode estar associado com alguns dos fatores considerados de risco (tabagismo e consumo de álcool) e fatores genéticos. Portanto, acredita-se que os indivíduos não fumadores têm uma maior probabilidade de desenvolver tumores relacionados com HPV do que os indivíduos que fumam. Isto poderia ser explicado pela evidência de que enquanto o álcool atua como um potenciador de permeabilidade da mucosa oral, que altera a sua estrutura e auxiliando a penetração do HPV através das camadas epiteliais, o tabaco promove a queratose do epitélio inibindo a infiltração e maturação viral. Em contraste, outros estudos não encontraram diferenças em fumar entre os pacientes HPV-positivos e HPV-negativos. (7)

Petito *et al*, realizaram um estudo onde concluíram que o ADN do HPV esteve presente no cancro da cavidade oral, particularmente no sexo masculino (78%), com uma idade média de 58 anos, e uma alta frequência de fumadores e consumidores de álcool. O DNA do HPV foi detetado em 21 (25.6%) casos num total de 82 casos, e entre os casos positivos, 33,3% foram HPV 16 e 14,3% foram HPV 18. Em relação ao estadiamento do cancro do HPV-positivo, 4,8% estava presente no estadio I e II, enquanto que 95,2% estavam no estadio III e IV. (33)

Dediol *et al*, concluíram que num total de 154 pacientes 41 (27%) tinham carcinoma das células escamosas associado ao HPV. Dos 77 pacientes que não fumavam e não consumiam bebidas alcoólicas cerca de 22% dos casos estava associado ao HPV, e dos 77 que fumavam e ingeriam bebidas alcoólicas 31% estava associado ao HPV. O carcinoma das células escamosas na língua apresentou uma taxa de 37% associado ao HPV e o carcinoma sublingual de 34%. Os tipos de HPV mais frequentemente encontrados foram HPV de alto risco (85%), dos quais o tipo 16 (45,7%) foi o mais comum. Entre os tipos de HPV de baixo risco, tipo 6 foi o mais comum (8,57%). Os homens tiveram uma percentagem de carcinoma associado ao HPV superior as mulheres (68% vs 32%). (43)

#### **4.2 Consciencialização dos fatores de risco do cancro oral**

Monteiro *et al*, realizaram dois estudos para avaliar a consciencialização sobre os fatores de risco. Um foi realizado na cidade do Porto. O tabaco foi identificado por 54,8% dos participantes como um fator de risco do cancro oral, mas apenas 24,6% referiram o álcool como fator de risco, sendo este referido com menos frequência do que má higiene oral que teve uma percentagem de 27%. Os fumadores e os consumidores de álcool estão conscientes que têm um maior risco de desenvolver cancro oral. Os participantes que tinham um nível de educação superior e que visitavam o dentista mais do que uma vez por ano estavam mais conscientes dos efeitos nocivos destes dois fatores de risco. Mais de metade dos participantes (58,%) não identificaram nenhum sinal ou sintoma de cancro oral. O cancro oral foi apenas identificado por 23,7% dos participantes. (13)

Monteiro *et al*, também realizaram um estudo similar no Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV). O tabaco também foi o principal fator de risco identificado pelos participantes com uma percentagem de 89,5%. Contudo o álcool foi

identificado em menor percentagem com 63,3%. Os fumadores estavam conscientes dos danos causados pelo tabaco, pelo que, os fumadores tinham perceção que possuíam maior risco de desenvolver cancro oral. Os indivíduos com melhores hábitos de higiene oral e que visitavam o dentista mais do que uma vez por ano em comparação com os participantes que tinham menor higiene oral e não frequentavam o dentista tão regularmente, tinham menor conhecimento em relação ao cancro oral. (16)

Nos dois estudos o tabaco foi o principal fator de risco identificado pelos participantes, sendo o álcool identificado em menor percentagem. Os fumadores estão conscientes dos danos causados pelo tabaco, pelo que, os fumadores tinham perceção que possuíam maior risco de desenvolver cancro oral. A baixa consciência em relação ao álcool como fator de risco sugere, que várias estratégias de promoção da saúde são necessárias neste campo em Portugal. Quando comparado a cidade do Porto com Valongo, no Porto houve maior dificuldade em identificar os fatores de risco. Programas como campanhas de sensibilização, informação sobre os fatores de risco do cancro oral e rastreios da população permanecem como importantes medidas de saúde pública para reduzir os atrasos no diagnóstico, em Portugal, e para diminuir a mortalidade e morbilidade para este tipo de cancro. (13, 16)

No lémen quando avaliada a consciência em relação aos fatores de risco do cancro oral, 71,5% dos participantes identificou o tabaco como fator de risco e 73,7% o tabaco de mascar. No entanto, apenas 47,9% dos participantes identificaram a idade avançada como fator de risco, e apenas 28,4% identificar a exposição ao sol como fator de risco para o cancro do lábio. Os jovens, as mulheres e os participantes com alto nível de educação tinham mais consciência em relação aos fatores de risco. (44)

Num estudo realizado na Malásia onde foi abordado a consciência sobre os fatores de risco do cancro oral constataram que mais de 90% dos participantes estavam cientes do efeito nocivo do tabaco como fator de risco para o cancro oral, no entanto, apenas metade dos participantes conseguiram identificar o excesso de álcool e o consumo do "*betel quid*" como fator de risco. Características sociodemográficas, tais como a profissão, o estado civil, o salário, a etnia, o sexo, a idade e o nível de escolaridade são fatores significativos que têm influência sobre a consciência dos fatores de risco. Os indivíduos que ainda estudavam mostraram mais conhecimento em relação aos fatores de risco do que os participantes que já trabalhavam. A população Indiana que mora neste país estava

mais consciente dos efeitos nocivos de mascar o "*betel quid*". Mas de uma maneira geral pode-se concluir que havia falta de consciência em relação aos fatores de risco do cancro oral. (45)

Na Arábia Saudita avaliaram a consciência sobre os fatores de risco do cancro oral. O tabaco foi identificado por 81,7% dos participantes como fator de risco, contudo apenas 61,9% e 56,3% identificaram o tabaco de mascar e o consumo de álcool. E apenas uma pequena proporção dos participantes estavam cientes de que a idade avançada e a exposição ao sol no caso do cancro do lábio também são fatores de risco. Fatores socioeconómicos influenciam o conhecimento sobre o cancro oral, os participantes com elevado nível de educação tinham mais consciência em relação aos fatores de risco do cancro oral. Podendo assim concluir que a falta de conhecimento em relação aos fatores de risco foi visível nesta população de estudo, logo mostra a necessidade de implantar programas como campanhas de informação e sensibilização para reconhecer fatores de risco. (46)

Comparado a consciencialização acerca dos fatores de risco do cancro oral em países como Portugal, Iémen, Malásia e Arabia Saudita pode reparar que de uma maneira geral existe falta de conhecimento em relação aos factores de risco do cancro oral. Em ambos os países o tabaco foi o principal fator identificado pelos participantes. No entanto, fatores de risco como o álcool, a idade avançada e a exposição a luz solar foram identificados em menor percentagem. As características sociodemográficas influenciaram o conhecimento acerca dos fatores de risco. Em Portugal os participantes que tinham melhores hábitos de higiene oral, que visitavam o dentista mais frequentemente e os que tinham um nível de educação superior estavam mais conscientes acerca do cancro oral. No Iémen os participantes jovens, do sexo feminino e com alto nível de educação tinham mais conhecimento sobre o cancro oral. Na Malásia os participantes que eram estudantes estavam mais cientes sobre os fatores de risco e na Arabia Saudita um nível de educação superior também mostrou melhor conhecimento sobre os fatores de risco. Em ambos os países torna-se necessário realizar programas de rastreios adequados, campanhas de informação e de sensibilização sobre o cancro oral.

## 5. Conclusão

A cavidade oral pelas importantes funções que proporciona ao indivíduo dá um importante contributo para a vida social do mesmo, sendo que o cancro oral tem um importante impacto na qualidade de vida das pessoas.

A maioria dos casos de cancro oral está associada a fatores de risco como o consumo de tabaco e álcool, sendo assim necessário ao médico dentista educar o seu paciente a mudar comportamentos ou estilos de vida, relevando a importância da cessação tabágica, da cessação alcoólica ou da ingestão moderada de álcool, da ingestão diária das quantidades necessárias de fruta e vegetais, do uso de creme nos lábios para proteção da radiação solar, da vacinação contra o HPV e da promoção de relações sexuais protegidas em homens e mulheres com comportamento sexual de risco.

Há falta de consciencialização sobre os factores de risco do cancro oral em Portugal e noutros países, sendo um forte motivo de preocupação, tornando-se importante reverter esta situação com a realização de estratégias de promoção da saúde oral, campanhas de sensibilização do cancro oral e programas de rastreio adequados.

## 6. Bibliografia

1. Chandroth SV, Venugopal HKV, Puthenveetil S, Jayaram A, Mathews J, Suresh N, et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. *International Maritime Health*. 2014;65(4):192-8.
2. Gonzáles Ramos RM, Bárbara Herrera López I, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatología*. 2010;47(1):105-14.
3. Radoï L, Paget-Bailly S, Guida F, Cyr D, Menvielle G, Schmaus A, et al. Family history of cancer, personal history of medical conditions and risk of oral cavity cancer in France: the ICARE study. *BMC cancer*. 2013;13(1):1.
4. Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *Journal of Applied Oral Science*. 2014;22(6):473-6.
5. Stucken E, Weissman J, Spiegel JH. Oral cavity risk factors: experts' opinions and literature support. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2010;39(1):76-89.

6. McCullough M, Prasad G, Farah C. Oral mucosal malignancy and potentially malignant lesions: an update on the epidemiology, risk factors, diagnosis and management. *Australian Dental Journal*. 2010;55(s1):61-5.
7. Vargas-Ferreira F, Nedel F, Etges A, Gomes APN, Furuse C, Tarquinio SBC. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. *Brazilian Dental Journal*. 2012;23(5):586-90.
8. Monteiro LS, do Amaral JB, Vizcaíno JR, Lopes CA, Torres FO. A clinical-pathological and survival study of oral squamous cell carcinomas from a population of the north of Portugal. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2014;19(2):e120-6.
9. Scully C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2011;16(3):e306-e11.
10. Radoï L, Paget-Bailly S, Menvielle G, Cyr D, Schmaus A, Carton M, et al. Tea and coffee consumption and risk of oral cavity cancer: results of a large population-based case-control study, the ICARE study. *Cancer Epidemiology*. 2013;37(3):284-9.
11. Madani AH, Dikshit M, Bhaduri D, Aghamolaei T, Moosavy SH, Azarpaykan A. Interaction of alcohol use and specific types of smoking on the development of oral cancer. *International journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2014;3(1):e12120.
12. Monteiro LS, Antunes L, Bento MJ, Warnakulasuriya S. Incidence rates and trends of lip, oral and oro-pharyngeal cancers in Portugal. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2013;42(4):345-51.
13. Monteiro LS, Warnakulasuriya S, Cadilhe S, Sousa D, Trancoso PF, Antunes L, et al. Oral cancer awareness and knowledge among residents in the Oporto city, Portugal. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2015;0:1-10.
14. Kavarodi AM, Thomas M, Kannampilly J. Prevalence of oral pre-malignant lesions and its risk factors in an Indian subcontinent low income migrant group in Qatar. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2014;15(10):4325-9.
15. Kumar S, Debnath N, Ismail MB, Kumar A, Kumar A, Badiyani BK, et al. Prevalence and risk factors for oral potentially malignant disorders in indian population. *Advances in Preventive Medicine*. 2015;2015:1-7.
16. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. Oral cancer awareness and knowledge in the city of Valongo, Portugal. *International Journal of Dentistry*. 2012;2012:1-8.

17. Ordem dos Médicos Dentista, OMD e DGS definem Programa de Intervenção Precoce de Cancro Oral [Web page] 2014 [atualizado em 2016; citado em 2016 13 Maio]; Disponível em <http://www.omb.pt/noticias/2014/01/cancro-oral-alargamento>.
18. Ordem dos Médicos Dentistas, Flagelo do cancro oral-todos somos poucos [ Web page] 2016 [atualizado em 2016; ciatado em 2016 13 Maio]; Disponível em <http://www.omb.pt/noticias/2016/02/bastonario-cancro-oral>.
19. Ordem dos Médicos Dentistas, Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral emitiu mais de 3800 cheques diagnóstico no ano passado[ Web page] 2016 [atualizado em 2016; citado em 2016 13 Maio] <http://www.omb.pt/noticias/2016/02/contra-cancro-diagnostico>.
20. Varshney S, Sandhir S, Mishra S. A study of oral pre-malignant lesions and related risk factors. Indian Journal of Community Health. 2015;27(1):130-4.
21. Sujatha D, Hebbar PB, Pai A. Prevalence and correlation of oral lesions among tobacco smokers, tobacco chewers, areca nut and alcohol users. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(4):1633-7.
22. Al-Attas SA, Ibrahim SS, Amer HA, Darwish Zel S, Hassan MH. Prevalence of potentially malignant oral mucosal lesions among tobacco users in Jeddah, Saudi Arabia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014;15(2):757-62.
23. Gheno JN, Martins MAT, Munerato MC, Hugo FN, SANT'ANA FILHO M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. Brazilian Oral Research. 2015;29(1):1-6.
24. Albuquerque R-P, López-López J, Jané-Salas E, Rosa-Santos J, Ibrahim C. A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal. 2012;17(4):550-4.
25. Petti S, Masood M, Scully C. The magnitude of tobacco smoking-betel quid chewing-alcohol drinking interaction effect on oral cancer in South-East Asia. A meta-analysis of observational studies. PloS one. 2013;8(11):e78999.
26. Madani AH, Dikshit M, Bhaduri D, Jahromi AS, Aghamolaei T. Relationship between selected socio-demographic factors and cancer of oral cavity-a case control study. Cancer Informatics. 2010;9:163-8.

27. Goodson M, Hamadah O, Thomson P. The role of alcohol in oral precancer: observations from a North-East England population. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;48(7):507-10.
28. Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer—an appraisal of controversies. *British Dental Journal*. 2009;207(10):471-5.
29. Marron M, Boffetta P, Zhang Z-F, Zaridze D, Wünsch-Filho V, Winn DM, et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39(1):182-96.
30. Andrade JOM, Santos CA dST, Oliveira MC. Associated factors with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18(4):894-905.
31. Rebolledo Cobos M, Escalante Fontalvo M, Espitia Nieto S, Carmona Meza Z. Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. *Revista Salud Uninorte*. 2012;28(3):438-44.
32. Lubin JH, Purdue M, Kelsey K, Zhang Z-F, Winn D, Wei Q, et al. Total exposure and exposure rate effects for alcohol and smoking and risk of head and neck cancer: a pooled analysis of case-control studies. *American Journal of Epidemiology*. 2009:1-11.
33. Petito G, dos Santos Carneiro MA, de Rabello Santos SH, Silva AMTC, de Cassia Alencar R, Gontijo AP, et al. Human papillomavirus in oral cavity and oropharynx carcinomas in the central region of Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2016.
34. Zini A, Czerninski R, Sgan-Cohen HD. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2010;39(4):299-305.
35. Biasoli ÉR, Valente VB, Mantovan B, Collado FU, Neto SC, Sundefeld MLMM, et al. Lip Cancer: A Clinicopathological Study and Treatment Outcomes in a 25-Year Experience. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2016:1-8.
36. Casal D, Carmo L, Melancia T, Zagalo C, Cid O, Rosa-Santos J. Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2010;63(12):2040-5.
37. Shamloo N, Lotfi A, Motazadian HR, Mortazavi H, Baharvand M. Squamous Cell Carcinoma as the Most Common Lesion of the Tongue in Iranians: a 22-Year Retrospective Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(3):1415-9.

38. Eskander A, Givi B, Gullane PJ, Irish J, Brown D, Gilbert RW, et al. Outcome predictors in squamous cell carcinoma of the maxillary alveolus and hard palate. *The Laryngoscope*. 2013;123(10):2453-8.
39. Sousa FB, Fernandes CP, Silva PGdB, Alves APNN. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Brazilian Oral Research*. 2014;28(SPE Spec Iss 1):1-8.
40. Moraes RCd, Dias FL, Figueredo CMdS, Fischer RG. Association between Chronic Periodontitis and Oral/Oropharyngeal Cancer. *Brazilian Dental Journal*. 2016;27(3):261-6.
41. Moergel M, Kämmerer P, Kasaj A, Armouti E, Alshihri A, Weyer V, et al. Chronic periodontitis and its possible association with oral squamous cell carcinoma—a retrospective case control study. *Head & Face Medicine*. 2013;9(1):1-6.
42. Maruccia M, Onesti M, Parisi P, Cigna E, Troccola A, Scuderi N. Lip cancer: a 10-year retrospective epidemiological study. *Anticancer Research*. 2012;32(4):1543-6.
43. Dediol E, Sabol I, Virag M, Grce M, Muller D, Manojlović S. HPV prevalence and p16INKa overexpression in non-smoking non-drinking oral cavity cancer patients. *Oral Diseases*. 2016.
44. Al-Maweri SA, Addas A, Tarakji B, Abbas A, Al-Shamiri HM, Alaizari NA, et al. Public awareness and knowledge of oral cancer in Yemen. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*. 2014;15:10861-5.
45. Ghani W, Doss JG, Jamaluddin M, Kamaruzaman D, Zain RB. Oral cancer awareness and its determinants among a selected Malaysian population. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*. 2013;14(3):1957-63.
46. Al-Maweri SA, Tarakji B, Alsalhani AB, Al-Shamiri HM, Alaizari NA, Altamimi M, et al. Oral cancer awareness of the general public in Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*. 2015;16:3377-81.

## CAPÍTULO II – RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

### 1. Introdução

O Estágio de Medicina Dentária é um período monitorizado, que constitui um momento de aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos, adquiridos durante os anos anteriores, preparando assim, os alunos para o exercício da futura profissão. Este tem como objetivo preparar o aluno mediante uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica.

Este estágio é constituído por três componentes distintas: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

### 2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra, às quartas-feiras das 14h-19h entre 16 de Setembro de 2015 a 15 de Junho de 2016 num período de 5 horas semanais e um total 280 horas. O Estágio foi monitorizado pelos Mestres João Baptista e Luís Santos.

Este Estágio teve como objetivo proporcionar ao aluno competências médico-dentárias onde este pudesse aperfeiçoar a sua autonomia, profissionalismo e relação com o paciente, conferir a tabela abaixo, onde se mostra os atos clínicos.

**Tabela 1.** Atos clínicos realizados em Clínica Geral Dentária.

<b>Ato Clínico</b>	<b>Número de atos Clínicos Realizados</b>
Restauração	10
Endodontia	9

Exodontia	2
Destartarização total	5
Triagem	10
Reavaliação clínica	2
Desgaste oclusal	1
Espigão e coroa de acetato	1

### 3. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar foi realizado na Unidade Hospitalar de Amarante. Teve início no dia 15 de Setembro de 2015 e terminou a 14 de Junho de 2016, era efectuado à Terça-feira entre as 9h e as 12:30 compreendendo um período total de 196 horas. Decorreu sob a supervisão do Mestre José Pedro De Novais Carvalho.

Este estágio permitiu melhorar a qualidade de trabalho e a autonomia devido a dinâmica de trabalho que impunha. Na tabela abaixo mostra os atos clínicos realizados durante este período.

**Tabela 2.** Atos clínicos realizados em Estágio Hospitalar.

Ato Clínico	Número de atos Clínicos Realizados
Restauração	36
Endodontia	10
Exodontia	18
Destartarização total	14

#### **4. Estágio em Saúde Oral Comunitária**

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu à Quinta-feira, entre as 9h e as 12h30, de 17 de Setembro de 2015 a 16 de Junho de 2015, num período total de 196 horas sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase, até Janeiro de 2015 teve lugar no IUCS-N onde foram planeadas e executadas as atividades a realizar posteriormente na escola EB Costa de Valongo. Foram feitas apresentações em PowerPoint, jogos didáticos e escovagem didática em macro modelo. Estas atividades lúdico-educativas permitiram transmitir conhecimentos sobre uma alimentação saudável, promoção da saúde oral e motivação à higiene oral. Todas estas atividades tiveram como objetivo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, para além disto, foi ainda feito o levantamento do índice de CPO.

#### **5. Considerações Finais Das Actividades De Estágio**

A conjugação dos três Estágios foi uma ferramenta bastante útil para o nosso futuro como Médicos Dentistas, pois permitiu que houvesse uma interação com as diversas realidades com as quais nos podemos confrontar durante a nossa vida profissional. Também foi uma mais valia pois permitiu aprimorar a relação do Médico Dentista com os pacientes.

