

Patrícia dos Santos Pereira

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM
NEOPLASIA ORAL PARA O INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO
PORTO NO ANO 2013**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2015

Patrícia dos Santos Pereira

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM
NEOPLASIA ORAL PARA O INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO
PORTO NO ANO 2013**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2015

Patrícia dos Santos Pereira

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM
NEOPLASIA ORAL PARA O INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO
PORTO NO ANO 2013**

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, sob orientação do Professor Doutor Lúcio Lara Santos.”

Resumo

Introdução: O cancro oral em Portugal no passado era diagnosticado tardiamente, porém atualmente, existe um número elevado de profissionais de saúde com capacidades de realizarem o diagnóstico de cancro oral. O objetivo principal deste estudo foi conhecer o perfil de referência dos doentes com cancro oral, no ano de 2013 no Instituto Português de Oncologia do Porto, com o intuito de avaliar se o diagnóstico é realizado mais precocemente.

Materiais e Métodos: O estudo descritivo de caso efetuado envolveu 215 doentes com neoplasias orais, a colheita de dados foi realizada através do recurso à base de dados do IPO-Porto (Registo Oncológico Hospitalar), onde foram selecionados os doentes com neoplasias orais, do ano 2013.

Resultados: Dos 215 doentes com neoplasias orais, (74%) são do género masculino. Em relação à idade média foi de 61,5 anos (*SD* 13,7), esta era no género masculino significativamente mais baixa que no género feminino. A língua foi a localização topográfica mais prevalente com (33,0%) dos casos. Em 207 casos as neoplasias eram malignas, apenas 8 doentes tinham neoplasias benignas. O tipo histológico o mais observado foi o carcinoma espinocelular com (86%). O profissional que referenciou mais doentes com cancro oral ao IPO-Porto foi a especialidade de otorrinolaringologia (29,8%). No que diz respeito ao estágio, a maioria dos doentes encontrava-se no estágio IV (48,4%).

Conclusão: Apesar de existir um número considerável de profissionais potencialmente habilitados para o diagnóstico do cancro oral, os resultados obtidos mostram que o diagnóstico do cancro oral em 2013, foi realizado na maior parte dos casos tardiamente.

Palavras chave: “*oral cancer*”, “*risk factors*”, “*early diagnosis*”, “*epidemiology*”, “*potentially malignant lesions*”

Abstract

Introduction: Oral Cancer in Portugal last was diagnosed late, but currently, there is a high number of health professionals with capabilities to conduct the diagnosis of oral cancer. The aim of this study was to know the profile referral of patients with oral cancer in 2013 at the Portuguese Institute of Oncology of Porto, in order to assess whether the diagnosis is made earlier.

Materials and Methods: The descriptive case study carried out involving 215 patients with oral cancers, the data collection was performed through the IPO-Porto database to use (Hospital Cancer Registry), where patients were selected with oral cancers, the year 2013.

Results: Of the 215 patients with oral cancers, (74%) are males. Compared to the average age was 61.5 years (SD 13.7), this was significantly lower in males than in females. The tongue was the most prevalent topographical location with (33.0%) of cases. In 207 cases the tumors were malignant, only 8 patients had benign tumors. The histological type as squamous cell carcinoma was observed with (86%). The professional referenced more patients with oral cancer to IPO-Porto was the specialty of otolaryngology (29,8%). With respect to the stage, most of the patients was at the stage IV (48.4%).

Conclusion: Although there is a potentially large number of qualified professionals in the diagnosis of oral cancer, the obtained results show that the diagnosis of oral cancer in 2013 was carried out in most cases later.

Key words: *“oral cancer”, “risk factors”, “early diagnosis”, “epidemiology”, “potentially malignant lesions”*

Dedicatórias

Dedico este trabalho aos meus Pais Rosa Maria e Herculano Oliveira, meus heróis e exemplos de vida, porque só graças a vocês eu posso hoje transformar o meu sonho realidade. Eu sei que foi através de muito sacrifício, de muita luta todos os dias.... Com o vosso apoio e amor tudo se torna mais fácil!

Muito obrigada por tudo!

Agradecimentos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Lúcio Lara Santos, pela ajuda na escolha do tema, por todo o conhecimento que me transmitiu ao longo da faculdade, por toda a disponibilidade e tempo que me dedicou na execução deste trabalho.

A todos os professores que cruzaram comigo ao longo destes 5 anos, pelo conhecimento, aprendizagem, incentivo e apoio.

Ao Instituto Português de Oncologia do Porto, por a colaboração neste trabalho.

À minha melhor amiga, a minha mãe quem sempre acreditou neste meu percurso, me apoiou eternamente em todos os momentos da minha vida, por todo o amor, devo-lhe tudo...

Aos meus Avós, Natércia Oliveira e António Oliveira, por terem sido para mim sempre um porto-abrigo desde pequena. Em especial à minha avó Natércia que sempre me deu coragem, muito amor e fé para nunca desistir.

Aos meus Padrinhos, Anabela Oliveira e Hélder Oliveira, por todo o vosso tempo dedicado desde a minha infância até hoje, pela amizade, interesse e presença assídua em todos os momentos da minha vida.

Às minhas queridas amigas Ana Rita, Flávia Farinha, Mafalda Ascenso e Liliana Abrantes por nesta longa caminhada me terem sempre apoiado em tudo.

A todos os doentes oncológicos!

Índice Geral

I.	Introdução	1
II.	Desenvolvimento	6
1.	Materiais e Métodos	6
2.	Epidemiologia do Cancro da Cavidade Oral	7
3.	Principais fatores etiológicos para o desenvolvimento de cancro oral	8
	i. Tabaco.....	9
	ii. Álcool.....	9
	iii. Infecções Víricas.....	10
	iv. Hábitos Alimentares.....	11
	v. Exposições ocupacionais, ambientais e radiações.....	12
4.	Lesões potencialmente malignas	12
	i. Leucoplasia.....	13
	ii. Eritroplasia	14
5.	A importância da avaliação da cavidade oral para deteção precoce de lesões potencialmente malignas	15

6.	Como referenciar doentes com cancro oral ou lesões suspeitas.....	16
III.	Resultados.....	17
1.	Caraterização da amostra.....	17
i.	Género	17
ii.	Idade	17
iii.	Idade Média	18
iv.	Distribuição dos doentes segundo a área de residência.....	18
v.	Profissional de saúde que referênciam os doentes com cancro oral.....	20
vi.	Locais mais prevalentes do cancro oral.....	21
vii.	Tipo Histológico	22
viii.	Estádio da doença no momento da referenciação.....	23
ix.	No que diz respeito à classificação TNM.....	24
x.	Presença de gânglios linfáticos à distância:.....	25
xi.	Presença de metástases à distância:.....	26
xii.	Determinação da taxa de sobrevivência dos doentes:	27
IV.	Discussão	28

V. Conclusão	31
VI. Bibliografia.....	32
Anexo 1- Os Números da Ordem Dos Médicos Dentistas - Estatísticas 2014.....	38
Anexo 2- Ordem Dos Médicos – Distribuição por Especialidades, Idade e Sexo.....	40
Anexo 3- Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	42
Anexo 4- Autorização do Trabalho de Investigação do Instituto Português de Oncologia do Porto - Pedido de listagens.....	44

Índice de Figuras

Figura 1 - Leucoplasia (Retirado de Junior Celso <i>et al.</i> , 2013).....	14
Figura 2 - Eritroplasia (Retirado de Junior Celso <i>et al.</i> , 2013).....	15
Figura 3 - Distribuição da amostra por residência.....	19
Figura 4 - Taxa de sobrevivência dos doentes.....	27

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por profissional de saúde que referencia os doentes com cancro oral 21

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por localização topográfica das neoplasias orais .. 22

Índice Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos tumores malignos por localização e extensão da doença (Registo Oncológico IPO-Porto), Taxas de Incidência	3
Tabela 2 - Distribuição da amostra por género.....	17
Tabela 3 - Distribuição da amostra por grupo etário	18
Tabela 4 - Medidas descritivas da variável Idade.....	18
Tabela 5 - Idade média dos doentes por género	18
Tabela 6 - Distribuição da amostra por residência	20
Tabela 7 - Distribuição da amostra por profissional de saúde que referencia os doentes com cancro oral	21
Tabela 8 -Distribuição da amostra por localização topográfica das neoplasias orais	22
Tabela 9 - Distribuição da amostra por tipo histológico de cancro.....	23
Tabela 10 - Distribuição da amostra por estágio da doença	24
Tabela 11 - Distribuição da amostra por classificação do tumor primário.....	25
Tabela 12 - Distribuição da amostra por classificação de gânglios linfáticos à distância	26
Tabela 13 - Distribuição da amostra relativamente à presença de metástases à distância	26

Índice de Siglas e Abreviaturas

OMS: Organização Mundial de Saúde

HPV: Vírus do Papiloma Humano

UV: Radiação Ultravioleta

RORENO: Registo Oncológico da Região Norte

TNM: Tumor- Gânglio linfático- Metástase

IPO: Instituto Português de Oncologia

IARC: International Agency for Research on Cancer

UE: União Europeia

UICC: União Internacional Contra o Cancro

SIDA: Síndrome da imunodeficiência adquirida

AJCC: American Joint Committee on Cancer

cTNM: Classificação clínica pré-tratamento

pTNM: Classificação histopatológica

I. Introdução

A definição de cancro, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste num processo de crescimento descontrolado caracterizado pela disseminação das células, que pode afetar qualquer parte do organismo. Este crescimento muitas vezes implica a invasão do tecido envolvente, o que pode provocar metástases para locais distantes. Muitos tipos de cancro podem ser prevenidos, evitando a exposição aos fatores de risco comuns, tais como: o tabaco, o álcool entre outros. Além disso, uma percentagem significativa desta patologia pode ser tratada através de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, sobretudo se forem detetados precocemente (WHO, 2015).

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (ICD10) a expressão cancro oral designa um conjunto de tumores malignos que podem ocorrer em qualquer localização da cavidade oral, tais como: lábios (C00), base da língua (C01), outros locais indeterminados da língua (C02), gengivas (C03), assoalho da boca (C04), palato (C05), outras partes indefinidas da boca (C06), glândula parótida (C07), outras e não especificadas glândulas salivares maiores (C08), amígdalas (C09) e orofaringe (C10). (WHO, 2015).

Face aos dados epidemiológicos existentes, podemos afirmar que o cancro oral é o mais frequente nos tumores da cabeça e pescoço (Esmaelbeigi *et al.*, 2014). De acordo com Han *et al.* (2010), o cancro oral tem sido reconhecido como uma ameaça para a Saúde Pública devido à sua alta morbidade e mortalidade. O cancro da cabeça e pescoço é a sexta neoplasia mais comum a nível mundial (Han *et al.*, 2010). Anualmente mais de 500 mil casos são diagnosticados em todo o mundo. A maior incidência de cancro oral é encontrada na Ásia e na Europa do Sul (Larizadeh *et al.*, 2014).

Segundo Patel *et al.* (2005), o sistema de estadiamento TNM descreve a extensão anatómica do tumor primário (T), bem como o envolvimento de gânglios linfáticos regionais (N) e metástases à distância (M) (Patel *et al.*, 2005). A classificação por estádios, TNM foi adotada pela União Internacional Contra o Cancro (UICC) e pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) que usa a classificação TNM para classificar o estágio clínico e para definir a extensão do local das neoplasias malignas. É

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

o sistema mais utilizado pelos médicos no mundo inteiro (American Joint Committee on Cancer, 2015). É importante realizar esta classificação, pois os estádios baseiam-se na verificação de que as taxas de sobrevivência e estes são diferentes quando a doença está localmente estabelecida ou de quando esta invade outros órgãos.

Todos os tumores malignos são classificados com base em duas etapas: inicialmente antes do tratamento, designada a classificação clínica (cTNM) ou TNM, que reúne todas as informações em relação à dimensão do tumor obtidas pelo exame físico ou por exames complementares de diagnóstico. Deste modo, após a intervenção cirúrgica obtemos a classificação patológica, denominada de classificação histopatológica (pTNM) ou TNM, que se baseia na informação a partir do exame histopatológico da peça cirúrgica (Santos & Teixeira, 2011).

O prognóstico, é a condição ou a situação de uma característica do paciente, que é utilizado para estimar a probabilidade de recuperação de uma determinada doença ou a possibilidade de recidiva da mesma. Ou seja, quanto mais precocemente for diagnosticado o cancro da cavidade oral melhor será o seu prognóstico.

Contudo importa, no entanto, referir que cerca de 50% dos doentes com cancro oral, no momento do diagnóstico encontram-se num estágio avançado (III- IV), o que limita a sua taxa de sobrevivência muito devido à sintomatologia silenciosa desta patologia e ao diagnóstico tardio que se verifica. Embora, os doentes que são diagnosticados com uma lesão num estado inicial e localizada, as taxas de sobrevivência aumentam para 70% a 90% (Esmaelbeigi *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2009).

Em Portugal, as neoplasias orais da cavidade oral não se encontram nas dez neoplasias mais frequentes nos homens e nas mulheres. A taxa de incidência foi em 2008 de 7,9 por 100 mil habitantes (homens 12,2 e mulheres 3,6 por 100 mil habitantes) (RORENO, 2008). Na região Norte esta incidência é ligeiramente menor, em 2009 a taxa de incidência nos homens foi de 11,5 por 100 mil habitantes e nas mulheres 4,2 por 100 mil habitantes (RORENO, 2009).

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Com base no Registo Oncológico do Instituto Português de Oncologia- Porto (IPO-Porto) os dados referentes aos anos 2008 a 2013, em relação ao estágio da doença no momento de admissão:

Tabela 1 - Distribuição dos tumores malignos por localização e extensão da doença (Registo Oncológico IPO-Porto), Taxas de Incidência

	Tumor Localizado: C00: lábio; C0102: língua; C03:boca	Tumor Localizado : C00: lábio; C0102: língua; C03:boca	Metastização Regional	Metastização à distância	Não classificada	Total
<i>Ano 2013</i>	38,7%	56,6%	56,6%	56,6%	4,6%	173
<i>Ano 2012</i>	20,7%	69,1%	69,1%	69,1%	10,1%	178
<i>Ano 2011</i>	25,6%	67,1%	67,1%	67,1%	0,6%	152
<i>Ano 2010</i>	20,4%	61,9%	61,9%	61,9%	17,7%	147
<i>Ano 2009</i>	18,3%	75,8%	75,8%	75,8%	5,7%	174
<i>Ano 2008</i>	22,7%	68,3%	68,3%	68,3%	8,8%	180

As neoplasias orais da cavidade oral têm sido diagnosticadas tardiamente. Estas quando de grandes dimensões (T2-T3), estruturas adjacentes (T4) ou com envolvimento gânglionar (Nt) têm mau prognóstico. Assim é espetável que a sobrevivência da maioria dos doentes com cancro oral seja muito diminuta. Ou seja, torna-se fundamental encontrar estratégias que alterem este cenário.

**Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Devido a estas circunstâncias, principalmente ao fato dos tumores da cavidade oral serem detetados tardiamente, quisemos por isso investigar quais os profissionais de saúde envolvidos na deteção do cancro oral e descobrir o perfil de referenciação destes doentes, de forma a conseguir intervir se possível numa deteção mais precoce. Sendo que os profissionais de saúde responsáveis por diagnosticar o cancro oral são: os médicos dentistas, médicos estomatologistas, médicos de família, médicos otorrinolaringologistas e os os médicos cirurgia maxilo-facial. Segundo dados da Ordem dos Médicos Dentistas existem cerca de 8147 médicos dentistas, conforme se pode verificar em (Anexo 1). De acordo com os dados da Ordem dos Médicos existem 614 médicos estomatologistas, 6155 médicos de família, 622 médicos otorrinolaringologistas e, por fim, 95 médicos de cirurgia maxilo-facial, conforme se verifica em (Anexo 2).

Deste modo, é de realçar a importância e a necessidade da formação contínua dos profissionais de saúde, neste caso fundamentalmente dos médicos dentistas, pois estes têm a oportunidade de realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do cancro oral, nas consultas de rotina.

Os objetivos deste trabalho são através de um estudo realizado no IPO-Porto dar a conhecer o perfil de referenciação dos pacientes no ano de 2013, com patologia oncológica oral:

- Definir qual o profissional de saúde que mais referencia os doentes com cancro oral;
- Estádio da doença no momento da referenciação;
- Locais mais prevalentes do cancro oral;
- Determinação da taxa de sobrevivência global dos doentes;
- Perfil dos doentes referenciados (género).

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

A motivação de realizar este tema foi devido ao interesse pessoal que desde cedo tenho pela Oncologia Oral, como futura profissional de saúde no âmbito da Medicina Dentária pretendo saber identificar sinais e sintomas desta patologia, de forma a atuar o mais rápido possível no seu diagnóstico e contribuir para a redução do diagnóstico tardio, a grande problemática atual.

Pretendo desta forma, com o meu trabalho alertar e sensibilizar para um assunto que se tem tornado cada vez mais pertinente na nossa prática clínica, tendo presente que se tivermos do nosso lado a conduta médica correta para saber diagnosticar e reencaminhar estes doentes, teremos taxas de mortalidade e morbilidade diminutas.

Assim, foi realizado no âmbito deste trabalho, um estudo no IPO-Porto sobre a avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral relativamente ao ano 2013, onde se procedeu à identificação dos seguintes dados (género, idade, local de proveniência, profissional de saúde que referenciou o paciente, estágio).

II. Desenvolvimento

1. Materiais e Métodos

O trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo de caso. Este estudo enquadra-se na modalidade de risco mínimo investigacional e máximo sigilo para os seres humanos envolvidos, e obteve a aprovação da Comissão de Ética da UFP e do IPO-Porto de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

A colheita de dados foi realizada através do recurso à base de dados do IPO-Porto (Registo Oncológico Hospitalar) onde foram selecionados os registos dos doentes com Neoplasias Orais, do ano 2013.

O estudo foi desenvolvido, com base numa amostra de 215 doentes do IPO-Porto relativamente ao ano de 2013. Os nomes dos doentes não serão do conhecimento dos investigadores uma vez que o IPO-Porto fornece apenas dados solicitados com a anonimização dos mesmos.

Os dados resultantes do estudo de investigação foram colocados numa matriz, através do programa *Microsoft Excel 2007*, e foram tratados pelo programa de análise e tabulação estatística *SPSS 22*.

No sentido de sustentar o estudo cientificamente às questões previamente delineadas foram pesquisados artigos através dos seguintes motores de busca: *PubMed*, *Science Direct*, *B-on*, *SciELO*, *Elsesier* e *Wiley*. Esta revisão teve como limites temporais os anos entre, 2000 a 2015, onde foram analisados apenas os artigos de acesso livre e nos idiomas: inglês, francês, espanhol e português.

As palavras-chave utilizadas foram: “*oral cancer*”, “*risk factors*”, “*early diagnosis*”, “*epidemiology*”, “*oral premalignant lesions*”.

Os artigos foram obtidos com as palavras-chave, artigos incluídos 41 e artigos excluídos 20. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos e obras científicas cujo o tema cancro oral e diagnóstico tardio, artigos dentro do limite temporal estabelecido e artigos de acesso livre. Para os critérios de exclusão foi definido que os artigos que não estavam dentro do limite temporal e que não tinham livre acesso.

2. Epidemiologia do Cancro da Cavidade Oral

Através da epidemiologia, podemos afirmar que a patologia oncológica oral apresenta uma alta incidência no mundo inteiro e que atualmente é considerado um problema de Saúde Pública, em que a prevenção e o diagnóstico precoce constituem um instrumento urgente para reverter este panorama (Santos et al., 2010).

O Relatório Mundial de Cancro (World Cancer Report), publicado pela IARC (Internacional Association for Research on Cancer), associado à OMS diz-nos que existem 400.000 mil novos casos de cancro da cabeça e pescoço no mundo anualmente (Junior et al., 2013).

A literatura refere que aproximadamente 10% dos tumores malignos que ocorrem no corpo humano estão localizados na cavidade oral, sendo esta a sexta neoplasia mais incidente no mundo (Oliveira et al., 2006). Em 95% dos casos o tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular, também designado de carcinoma de células escamosas, apresentando-se clinicamente como uma lesão ulcerovegetante infiltrativa, com contornos irregulares e tendência à hemorragia espontânea após fricção (López et al., 2015).

Segundo estudos epidemiológicos, em 2004 havia 67.000 mil novos casos de cancro oral registados na União Europeia, o risco de desenvolver cancro da cabeça e pescoço nos europeus é estimado em 1,85% para os homens e 0,37% para as mulheres (Wamakulasuriya, 2009). A Índia, apresenta 56.000 novos casos anualmente de neoplasias orais, encontra-se provavelmente entre as taxas de incidência mais altas do mundo (Castro et al., 2006). Outro aspeto importante é a maior predominância no género

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

masculino, cerca de 75% dos casos são diagnosticados entre as idades de 50 e 70 anos (Oliveira et al., 2006).

Importa, no entanto, ressaltar que aconteceram alterações da estrutura das populações, especialmente nos países da Europa Ocidental, em que aumentou o número de idosos e também a exposição aos fatores de risco, como o tabagismo e os hábitos etílicos nos jovens (Buelvas, 2009). Relativamente às taxas de mortalidade do cancro oral, no género masculino diminuíram significativamente principalmente na Europa e na Ásia. Porém as taxas de mortalidade do sexo feminino têm aumentado devido ao consumo de tabaco, na maioria dos países europeus principalmente na Europa do Leste (Santos & Teixeira, 2011).

3. Principais fatores etiológicos para o desenvolvimento de cancro oral

Um dado fulcral é o conhecimento dos fatores de risco, pois só assim se consegue a prevenção desta patologia, o tabaco e o álcool são os mais importantes para o desenvolvimento desta e contribuem também para o prognóstico (Oliveira *et al.*, 2006).

Os fatores de risco aumentam a probabilidade de desenvolver uma determinada doença. Outros dos fatores etiológicos associados ao aparecimento desta neoplasia são: a exposição prolongada aos raios ultravioleta (UV), os fatores infecciosos como por exemplo, a *Candida albicans*, o Vírus do Papiloma Humano (HPV), principalmente os subtipos 16 e 18 e ainda o Vírus Epstein Barr (Santos & Teixeira, 2011).

Embora, existam outros fatores de risco e também muito relevantes, tais como: os fatores traumáticos, tais como, as próteses dentárias desadaptadas, os dentes com áreas cortantes ou fraturados, constituem uma ameaça constante para esta doença. Os fatores nutricionais particularmente uma dieta pobre em ferro e ainda uma má higiene oral contribuem positivamente para o aparecimento desta patologia.

i. Tabaco

Foi demonstrado que o tabaco é constituído por cerca de 60 agentes carcinogénicos, tais como (benzopirenos, aldeídos voláteis, nitrosaminas, compostos inorgânicos - arsénio e níquel -, e até radioelementos, como o polónio (Santos & Teixeira, 2011; Stefano Petti, 2009). A relação entre cancro oral e consumo de tabaco tem sido bem estabelecida, ao longo dos anos, através de estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, Europa, América Latina e Ásia (Prieto *et al.*, 2006).

O risco de cancro oral aumenta, conforme o aumento do consumo de cigarros por dia, como na duração do hábito de fumar, configurando um efeito dose- dependente (Stefano Petti, 2009). Indivíduos com hábitos tabágicos têm 6 a 16 vezes mais probabilidade de desenvolver neoplasias orais, do que os indivíduos não-fumadores e cerca de 37% dos pacientes tratados que persistem com este hábito, voltam a sofrer recidiva da doença oncológica (Nemoto, 2014). De acordo, com Stefano Petti (2009), o risco de cancro da cabeça e pescoço aumenta, quando a duração do hábito é superior a 20 anos e a frequência é igual ou superior a 20 cigarros por dia (Stefano Petti, 2009). Recentemente após alguns estudos, chegaram à conclusão que a exposição ao fumo do tabaco provoca patologia oncológica oral, segundo a IARC (Petersen, 2009).

ii. Álcool

Importa, no entanto, referir que o consumo abusivo do álcool tem sido identificado como um dos mais potenciais fatores de risco no processo carcinogénico do cancro oral (Silva *et al.*, 2010). O agente carcinogénico mais marcante no álcool é o acetaldeído, age como um solvente e é responsável por facilitar a passagem deste carcinogénico através das membranas celulares provocando mutações no DNA (Leite *et al.*, 2005).

O consumo regular de bebidas alcoólicas, está associado ao aumento do risco de desenvolver cancro da cavidade oral. Os indivíduos que consomem 4 a 5 bebidas por dia, o risco de cancro oral é de 2 a 3 vezes maior, do que os indivíduos que não bebem nenhuma bebida alcoólica (Stefano Petti, 2009). Segundo Varoni *et al.* (2015), a ingestão

de álcool com valores superiores a (30 g de etanol / dia) nos homens, e uma dose por dia (15 g de etanol / dia) nas mulheres está associado á incidência de cancro oral (Varoni *et al.*, 2015).

iii. Infecções víricas

Alguns estudos realizados, demonstraram a importância do papel do HPV no aparecimento dos tumores da cabeça e pescoço, sugerem que o HPV 16 possa estar envolvido no desenvolvimento do carcinoma oral (Castro *et al.*, 2006). Por conseguinte, as taxas de incidência da patologia oncológica oral nas localizações anatómicas relacionadas com o HPV, como a amígdala, orofaringe e base da língua, têm vindo a aumentar em adultos jovens, tanto nos Estados Unidos como na Europa. Cerca de 25% dos cancros da área da orofaringe são HPV positivos (Santos & Teixeira, 2011).

Segundo Montenegro *et al.* (2014), a alteração dos comportamentos sexuais das populações favoreceu o aparecimento do HPV, porque anteriormente o cancro oral tinha maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino, com idades superiores a 50 anos, fumadores e/ou com hábitos etílicos. Atualmente considera-se existir uma associação entre o HPV e estas neoplasias malignas, principalmente por afetarem homens jovens na faixa etária dos (30 - 45 anos), que não têm hábitos tabágicos e nem bebem álcool em excesso, mas praticam sexo oral desprotegido (Montenegro *et al.*, 2014). De acordo, com Castro (*cit. in* Herrero *et al.*, 2003) realizou um estudo em que verificou a alta frequência do HPV 16 nas neoplasias orais e da orofaringe com predominância principalmente nos pacientes que tinham mais de um parceiro sexual e ou que praticavam sexo oral, e menor frequência de pacientes fumadores (Castro *et al.*, 2006).

Tem vindo a ser descrito, que pacientes com HPV positivo tem melhor prognóstico comparativamente aos pacientes não portadores de HPV muito provavelmente devido ao consumo excessivo de tabaco e álcool. No entanto, pacientes portadores de HPV e com a agravante dos hábitos tabágicos e o consumo de álcool, tem um prognóstico reservado (José Hernández, 2015).

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Outra entidade vírica envolvida é o vírus Epstein-Barr, que tem sido associado a doenças neoplásicas, pois este é capaz de interferir com os mecanismos fisiológicos que regulam e controlam a proliferação celular (Herrero *et al.*, 2010).

Indivíduos com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), ou seja, com imunossupressão crónica têm grande probabilidade de desenvolver patologia oncológica (Epstein *et al.*, 2005). A SIDA, e outras condições de imunossupressão, como por exemplo os doentes transplantados, também demonstram favorecer o aparecimento de neoplasias (Santos & Teixeira, 2011).

iv. Hábitos Alimentares

Em relação aos fatores dietéticos, 30% das neoplasias que ocorrem nos países ocidentais estão justificadas devido ao consumo elevado de hidratos de carbono simples, tais como o açúcar, e outros alimentos como os produtos animais e gorduras (Stefano Petti, 2009).

A deficiência em ferro e a Síndrome de Plummer-Vinson, estão associadas ao aparecimento da patologia oncológica oral, sobretudo no sexo feminino (Santos & Teixeira, 2011).

Em contrapartida, evidências científicas apontam para o papel protetor de determinados alimentos na nossa dieta, o que pode permitir a proteção no desenvolvimento do cancro oral. Ou seja, é indispensável adotar uma dieta rica em vegetais e frutas pois estas são abundantes em vitaminas A, C e E, que são fundamentais para a prevenção do cancro.

A dieta mediterrânica, tem sido associada a um baixo risco de desenvolver neoplasias, pois é rica em frutas e vegetais (Meurman, 2010).

v. Exposições ocupacionais, ambientais e radiações

Indivíduos que desenvolvem as suas atividades laborais ao ar livre e que estejam expostos à radiação ultravioleta, tem maior probabilidade de desenvolver cancro da cavidade oral, principalmente o cancro do lábio (Galbiatti *et al.*, 2013). Um estudo de Oliveira *et al.* (2008) demonstrou que os trabalhadores expostos a diversos agentes carcinogénicos, tais como: o fumo de cromatos (níquel e aço), pigmentos (tintas e ácidos fortes), pó de algodão (colheita e indústria têxtil), pesticidas e poeira da madeira mostraram uma relação bem estabelecida com o desenvolvimento do cancro da cavidade oral (Oliveira *et al.*, 2008).

4. Lesões potencialmente malignas

A OMS, em 1978 definiu que a leucoplasia e eritroplasia devido á sua potencialidade de transformação maligna deviam ser designadas de lesões pré-malignas, incorporando também o líquen plano, a candidíase crónica, o lúpus eritematoso discóide, fibrose submucosa, leucoplasia displástica e a disqueratose congénita (Santos & Teixeira, 2011).

No entanto, em 2005, a OMS alterou o termo lesão pré-maligna porque erroneamente dava a entender que estas lesões evoluíam sempre para uma neoplasia. Então assim, foi necessário substituir esta terminologia por lesões potencialmente malignas, incluindo nessa classificação a leucoplasia e a eritroplasia (Silveira *et al.*, 2009; Santos & Teixeira, 2011).

Quando um doente apresenta uma lesão potencialmente maligna, devemos ter em atenção que este tipo de lesões apresentam um aumento do risco de transformação maligna, e que muito provavelmente pode evoluir para o carcinoma espinocelular (Farah *et al.*, 2014). As lesões potencialmente malignas mais frequentes são a leucoplasia e eritroplasia, por isso torna-se fundamental saber identificar os sinais e sintomas de forma a serem detetadas numa fase inicial para evitar a sua progressão.

No que diz respeito, à probabilidade de o doente desenvolver carcinoma na cavidade oral é de cerca de 33% quando tem eritroplasia, e 4,9% quando possui leucoplasia e por último a eritroleucoplasia com 60% (Buelvas, 2009).

i. Leucoplasia

Foi Schwimmer, em 1877, que usou o termo leucoplasia pela primeira vez, para descrever uma placa branca na língua (Mortazavi *et al.*, 2014). Entretanto em 1978, a OMS, definiu leucoplasia como, uma mancha branca ou placa que não é removível por raspagem e não pode ser caracterizada clinicamente ou histopatologicamente como qualquer outra doença (van der Waal, 2014).

Passados alguns anos, em 2005, Warnakulasuriya alterou o conceito de leucoplasia. Este autor defende que o termo leucoplasia deveria ser usado em lesões brancas com o elevado risco de transformação maligna, após eliminação de outras patologias sem esse risco (Santos & Teixeira, 2011). É importante realçar que a leucoplasia é a lesão potencialmente maligna mais predominante na cavidade oral (Feller *et al.*, 2011). Segundo Silveira *et al.* (2009), as taxas de transformação maligna da leucoplasia são reduzidas pois variam entre 0% a 20%, ou seja, a média é 5% o que demonstra baixo risco (Silveira *et al.*, 2009).

A literatura refere que a leucoplasia é 6 vezes mais frequente em indivíduos fumadores, do que em não fumadores (Yardimci *et al.*, 2014). O tabaco tem sido identificado como o fator etiológico mais alarmante e responsável pelo aparecimento desta lesão, mas está demonstrado que após a cessação deste hábito, pode ocorrer regressão da lesão ou até mesmo o seu desaparecimento em poucos meses (van der Waal, 2014).

Esta lesão pode desenvolver-se em qualquer parte da cavidade oral, no entanto, as localizações anatómicas mais afetadas são a mucosa jugal, o lábio inferior, a língua e o pavimento da boca. Em relação ao seu aspeto clínico foram divididas em únicas, múltiplas, homogéneas e não homogéneas (Rodrigues *et al.*, 2000; Santos & Teixeira, 2011).

Outro aspeto muito importante, é a verificação de fatores traumáticos que possam estar a provocar esta lesão, tais como: próteses dentárias desajustadas, restos radiculares que provocam traumatismos crónicos. Para se estabelecer um diagnóstico definitivo é necessário realizar um exame histológico, a biópsia incisional da leucoplasia suspeita.

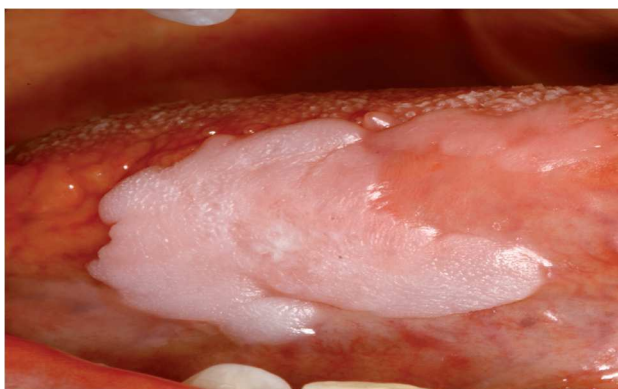


Figura 1 - Leucoplasia (Retirado de Junior Celso *et al.*, 2013)

ii. Eritroplasia

O termo clínico eritroplasia, sugere uma placa vermelha, mas o que na verdade acontece, com frequência são lesões atróficas de cor vermelha associadas a lesões brancas, designada de eritroleucoplasia (Santos & Teixeira, 2011). Tal como as lesões de leucoplasia, estas também podem aparecer em qualquer localização anatómica na mucosa oral, sendo que esta distribui-se preferencialmente pelo assoalho da boca, palato mole e na zona ventral da língua (Messadi, 2013).

Apesar de não ser uma lesão tão frequente, comparativamente com a leucoplasia, têm taxas de transformação maligna muito elevadas, relativamente às restantes lesões que ocorrem na mucosa oral, pois em 90% dos casos já existe displasia, carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo (Hosni *et al.*, 2009). A eritroplasia, também partilha o mesmo fator de risco que a leucoplasia, o tabaco. Na maioria dos casos os doentes apresentam-se assintomáticos, embora possam mencionar dor ou sensação de queimadura na mucosa oral (Pereira *et al.*, 2010; Santos & Teixeira, 2011).

Ou seja, é urgente que as práticas de rotina da inspeção da cavidade oral, sejam realizadas com rigor de forma a detetar estas lesões o mais precocemente possível, explicando aos pacientes os riscos e a importância de não ignorar lesões que permanecem num período de tempo superior a 15 dias. Perante uma lesão vermelha suspeita, devemos proceder à realização de uma biópsia incisional.



Figura 2 - Eritroplasia (Retirado de Junior Celso et al., 2013)

5. A importância da avaliação da cavidade oral para deteção precoce de lesões potencialmente malignas

Torna-se determinante que a deteção do cancro oral seja precoce, isto requer um esforço generalizado, por parte da classe médica, principalmente dos médicos dentistas que reúnem todas as condições para intervir de forma ativa neste assunto, tendo essa obrigação e dever, como profissionais de saúde e especialistas nesta área. A avaliação da cavidade oral é a única forma de conseguirmos detetar lesões suspeitas, por isso devemos realizar sempre um exame sistemático onde a inspeção e a palpação são os elementos fundamentais desta avaliação.

Desde sempre, que uma boa anamnese, é um passo fulcral na prática clínica para o conhecimento de toda a informação do doente, inclusive como a cronologia dos sintomas e sinais, dos fatores de risco como a ingestão de álcool, o consumo de cigarros, hábitos alimentares, antecedentes familiares e pessoais entre outros (Buelvas.,2009).

Segundo Silva et al. (2009), a falta de conhecimento por parte do doente, acerca dos sinais e sintomas do cancro oral são um dado preocupante, pois desta forma estes ignoram

determinadas lesões atrasando o seu diagnóstico, assim sendo é necessário realizar esforços no sentido de esclarecer a população sobre os fatores etiológicos, sinais e sintomas comuns desta doença, apostando na prevenção (Silva *et al*, 2009).

6. Como referenciar doentes com cancro oral ou lesões suspeitas

Quando temos um doente, que aparece na nossa consulta de Medicina Dentária e apresenta uma lesão na cavidade oral suspeita de malignidade, devemos proceder de acordo com o algoritmo de atuação e referenciação e assim disponibilizar a informação adequada ao médico assistente do centro de referenciação, que no caso de Portugal é o Instituto Português de Oncologia.

Não devemos arriscar e realizar biópsias excisionais pois não conseguimos saber qual a respetiva margem de segurança, devemos sim optar por uma destas duas opções, ou realizamos uma biópsia incisional ou efetuar a referenciação do doente pois referenciar um doente em tempo útil pode representar a preservação da sua vida. Devemos escrever uma carta ao médico assistente com os dados do doente, com os sintomas relevantes, com as informações detalhadas do exame objetivo, com a descrição da lesão, o tipo de biópsia realizada e o seu respetivo resultado e por fim a nossa identificação e contato telefónico (Santos & Teixeira, 2011).

III. Resultados

1. Caracterização da amostra

i. Género

A amostra foi constituída 215 doentes referenciados com suspeita de neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013, de acordo com os dados obtidos, no que diz respeito ao género, 159 doentes (74%) eram do género masculino, e 56 doentes (26%) do género feminino.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por género

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	56	26,0%
Masculino	159	74,0%
Total	215	100,0%

ii. Idade

Em termos de grupos etários, verifica-se que 26,5% dos doentes tem uma idade compreendida entre os 55 e os 64 anos, 26,0% entre os 45 e os 54 anos, e 18,6% entre os 75 e os 84 anos.

Com idades entre os 65 e os 74 anos apresentam-se 15,8% dos doentes, e 7,9% apresentam idades entre os 35 e os 44 anos. Entre os 85 e os 94 anos apresentam-se 4,7% dos doentes, e apenas 0,5% dos doentes apresentam idades entre os 25 e os 34 anos.

**Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Tabela 3 - Distribuição da amostra por grupo etário

	Frequência (n)	Percentagem (%)
25-34 anos	1	0,5%
35-44 anos	17	7,9%
45-54 anos	56	26,0%
55-64 anos	57	26,5%
65-74 anos	34	15,8%
75-84 anos	40	18,6%
85-94 anos	10	4,7%
Total	215	100,0%

iii. Idade Média

A idade média da amostra foi de 61,58 anos, com o mais novo a apresentar 33 anos, e o mais idoso com 92 anos. Verificamos que a idade média dos pacientes do género masculino é de 58,35 anos, e do género feminino é de 70,75 anos.

Tabela 4 - Medidas descritivas da variável Idade

	Idade (anos)
Média (SD)	61,58 (13,7)
Mediana	59
Valor Mínimo	33
Valor Máximo	92

Tabela 5 - Idade média dos doentes por género

	Masculino	Feminino
Idade média	58,35	70,75

iv. Distribuição dos doentes segundo a área de residência

No que respeita à residência dos doentes da presente amostra referenciados com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia no ano de 2013, verifica-se que praticamente metade (47,9%) são oriundos do distrito do Porto, 18,1% do distrito de Braga, e 12,6% do distrito de Aveiro.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Provindos do distrito de Viana do Castelo são 9,8% dos doentes, do distrito de Bragança 7%, e 2,3% são oriundos do distrito de Viseu. Do distrito de Vila Real são oriundos 1,8% dos doentes, e apenas um doente (0,5%) é oriundo do distrito de Coimbra.

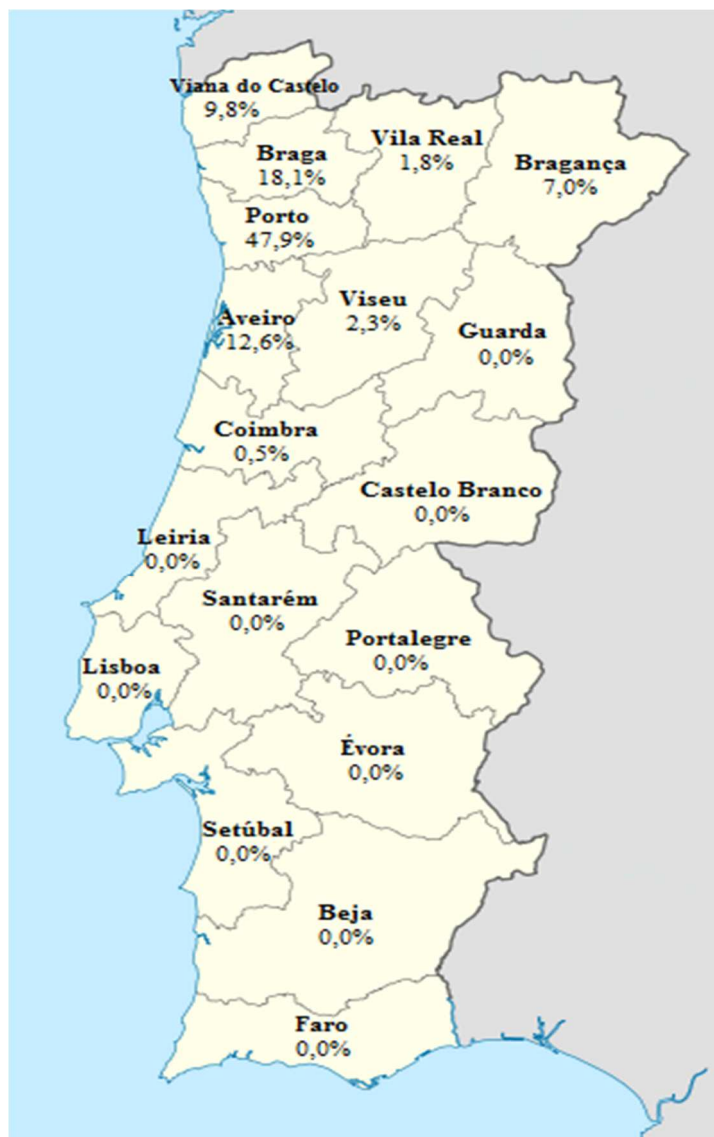


Figura 3 - Distribuição da amostra por residência

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Tabela 6 - Distribuição da amostra por residência

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Coimbra	1	0,5%
Vila Real	4	1,8%
Viseu	5	2,3%
Bragança	15	7,0%
Viana do Castelo	21	9,8%
Aveiro	27	12,6%
Braga	39	18,1%
Porto	103	47,9%
Total	215	100,0%

v. Profissional de saúde que referênciam os doentes com cancro oral

No que diz respeito ao profissional de saúde que mais referencia os doentes com cancro oral da presente amostra, verificamos pela análise da tabela 7 e gráfico 1 que é Médico Otorrinolaringologista, com 29,8% dos doentes a serem referenciados por este último, seguido pelo Médico de Família, com 26,9% dos doentes da amostra a serem referenciados com cancro oral por este profissional.

Torna-se relevante salientar ainda que 9,3% dos doentes da presente amostra foram referenciados com cancro oral pelo Médico Estomatologista, 6,9% pelo Médico Cirurgião, e 6,5% pelo Médico Dentista.

Com percentagens menores, apresentam-se os Médicos do Serviço de Urgência ORL, com 2,8% dos doentes a serem referenciados por estes médicos, 1,4% dos doentes ainda foram referenciados pelos Médicos Dermatologistas, e 0,9% por Médicos Gastroenterologistas. Apenas houve um doente (0,5%) referenciado por um Médico Pneumologista.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Tabela 7 - Distribuição da amostra por profissional de saúde que referencia os doentes com cancro oral

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Pneumologia	1	0,5%
Gastrenterologia	2	0,9%
Dermatologia	3	1,4%
Serviço de Urgência (ORL)	6	2,8%
Medicina Dentária	14	6,5%
Cirurgia	15	7,0%
Estomatologia	20	9,3%
Outro hospital	32	14,9%
Médico de Família	58	26,9%
Otorrinolaringologia	64	29,8%
Total	215	100,0%

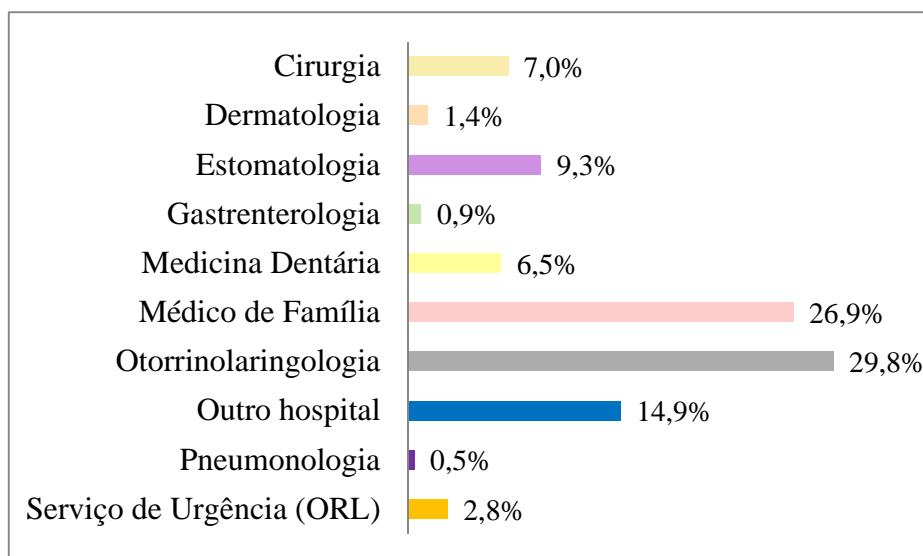


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por profissional de saúde que referencia os doentes com cancro oral

vi. Locais mais prevalentes do cancro oral

Relativamente ao local anatómico mais prevalente do cancro oral nos doentes da presente amostra referenciados, verifica-se que o mesmo é na língua, com 33% dos doentes a serem referenciados com essa localização topográfica. Seguidamente apresenta-se o cancro oral situado na Boca, com 28,4% dos doentes referenciados. Localizados na

Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

amígdala apresentaram-se 21,9% dos doentes referenciados, e ainda 13,9% dos doentes foram diagnosticados com cancro oral no lábio.

Tabela 8 -Distribuição da amostra por localização topográfica das neoplasias orais

	Frequência (n)	Percentagem (%)
C07-08 Glândulas Salivares	6	2,8%
C00 Lábio	30	13,9%
C09 Amígdala	47	21,9%
C03-06 Outras Localizações da Boca	61	28,4%
C01-02 Língua	71	33,0%
Total	215	100,0%

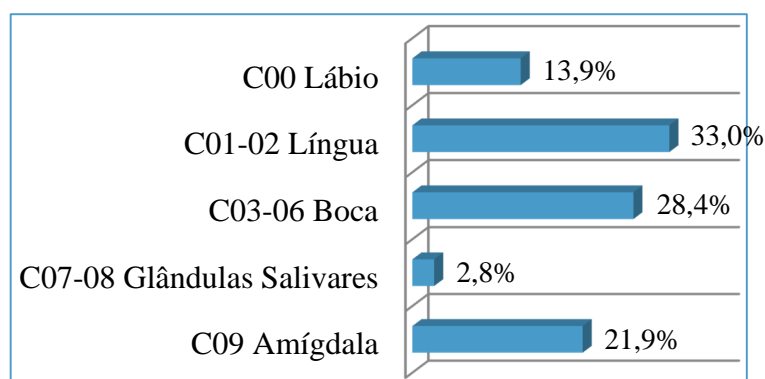


Gráfico 2 - Distribuição da amostra por localização topográfica das neoplasias orais

vii. Tipo Histológico

No que diz respeito ao estudo histológico mais observado nos doentes referenciados com cancro oral no ano de 2013 da presente amostra, verifica-se que mais de metade dos doentes da amostra (86,0%) apresentam Carcinoma espinocelular.

O segundo tipo histológico mais observado nos doentes referenciados é o Linfoma maligno de células grandes B, com 4,6% dos doentes amostrais a apresentarem o referido tipo de cancro oral.

**Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Tabela 9 - Distribuição da amostra por tipo histológico de neoplasias da cavidade oral

	Frequência (n)	Percentagem (%)
8052 Papiloma escamoso	1	0,5%
8074 Carcinoma espinocelular de células fusiformes	1	0,5%
8083 Carcinoma espinocelular basalóide	1	0,5%
8200 Cilindroma dérmico écrino	1	0,5%
8525 Adenocarcinoma poliformo de baixo grau	1	0,5%
9650 Linfoma de Hodgkin	1	0,5%
9699 Linfoma de zona marginal tipo células B	1	0,5%
9714 Linfoma analplásico de grandes células T e null	1	0,5%
8097 Carcinoma basocelular nodular	2	0,9%
8000 Neoplasia maligna	2	0,9%
8430 Tumor mucoepidermóide	2	0,9%
8010 Tumor epitelial maligno	2	0,9%
8982 Mioepitelioma (tumor mioepitelial/adenoma mioepitelial)	2	0,9%
8090 Tumor basocelular	2	0,9%
9680 Linfoma maligno de células grandes B	10	4,6%
8070 Carcinoma espinocelular	185	86,0%
Total	215	100,0%

viii. Estádio da doença no momento da referenciação

Dos 215 doentes foram retirados 8 pois tinham tumores benignos (papiloma escamoso, cilindroma dérmico écrino, carcinoma basocelular nodular, mioepitelioma e tumor basocelular) que não podem ser classificados com TNM.

Relativamente ao estágio da doença no momento da referenciação, verificamos que dos doentes com cancro oral da presente amostra apresentavam-se no estágio IVA (48,3%) quando foram referenciados, (18,4%) no estágio I, e (13,0%) no estágio II.

No estágio III apresentavam-se (20,3%) dos doentes quando referenciados com Neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013.

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Tabela 10 - Distribuição da amostra por estágio da doença

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Estádio I	38	18,4%
Estádio II	27	13,0%
Estádio III	42	20,3%
Estádio IV	100	48,3%
Total	207	100,0%

ix. No que diz respeito à classificação TNM

- **T (Tumor primário)**

No que diz respeito à presença de tumor primário, verificamos que um quarto da amostra (25,6%) apresentava um tumor maior do que 2cm, podendo ter até 4cm na sua maior dimensão, (21,7%) apresentava doença localmente avançada, e (21,3%) dos doentes apresentavam um tumor primário até 2cm na sua maior dimensão.

Com um tumor maior do que 4cm na sua maior extensão apresentavam-se (20,3%) dos doentes, e (5,8%) dos doentes apresentavam um tumor primário que não pode ser avaliado.

Com a doença localmente avançada com extensa invasão apresentaram-se (1,4%) dos doentes, e apenas um doente referenciado com cancro oral durante o ano de 2013 apresentava um Carcinoma *in situ*.

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Tabela 11 - Distribuição da amostra por classificação do tumor primário

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Tis - carcinoma <i>in situ</i>	1	0,5%
T4b – doença localmente avançada com extensa invasão	3	1,4%
T4	3	1,4%
Sem informação	4	1,9%
Tx – não pode ser avaliado	12	5,8%
T3 – maior do que 4cm	42	20,3%
T1 – até 2 cm	44	21,3%
T4a – doença localmente avançada	45	21,7%
T2 – maior do que 2cm até 4cm	53	25,6%
Total	207	100,0%

x. Presença de gânglios linfáticos à distância:

Relativamente à presença de gânglios linfáticos à distância da presente amostra, observa-se que (36,7%) dos doentes referenciados com cancro oral no ano de 2013 apresentaram ausência de gânglios clinicamente metastásicos, (18,8%) apresentaram gânglios menores do que 3cm e único ipsilateral, e (9,7%) dos doentes referenciados apresentaram gânglios que não puderam ser avaliados. No caso de (7,2%) dos doentes referenciados apresentaram gânglios múltiplos ipsilaterais menores do que 6m, e (6,8%) apresentaram gânglios contralaterais ou bilaterais menores do que 6cm. A presença de gânglios linfáticos maiores do que 6cm foi apresentada por (4,3%) dos doentes referenciados, e (2,9%) apresentaram gânglio único ipsilateral entre 3 e 6cm. Sem informação sobre a presença de gânglios linfáticos à distância apresentaram-se (13%) dos doentes referenciados com Neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO) durante o ano de 2013.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Tabela 12 - Distribuição da amostra por classificação de gânglios linfáticos à distância

	Frequência (n)	Percentagem (%)
N2a	6	2,9%
N3	9	4,3%
N2c	14	6,8%
N2b	15	7,2%
Nx	20	9,7%
Sem informação	28	13,0%
N1	39	18,8%
N0	76	36,7%
Total	207	100,0%

xi. Presença de metástases à distância:

No que concerne à presença de metástases à distância, a maioria (80,2%) dos doentes da amostra apresentaram ausência de metástases à distância.

Com metástases à distância que não podem ser avaliadas apresentaram-se 14,5% dos doentes, e apenas 2,9% dos doentes apresentaram presença de metástases à distância. Não foi possível obter informação sobre eventual existência de metástases à distância no caso de 2,4% doentes da presente amostra.

Tabela 13 - Distribuição da amostra relativamente à presença de metástases à distância

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem informação	5	2,4%
M1	6	2,9%
Mx	30	14,5%
M0	166	80,2%
Total	207	100,0%

xii. Determinação da taxa de sobrevivência dos doentes:

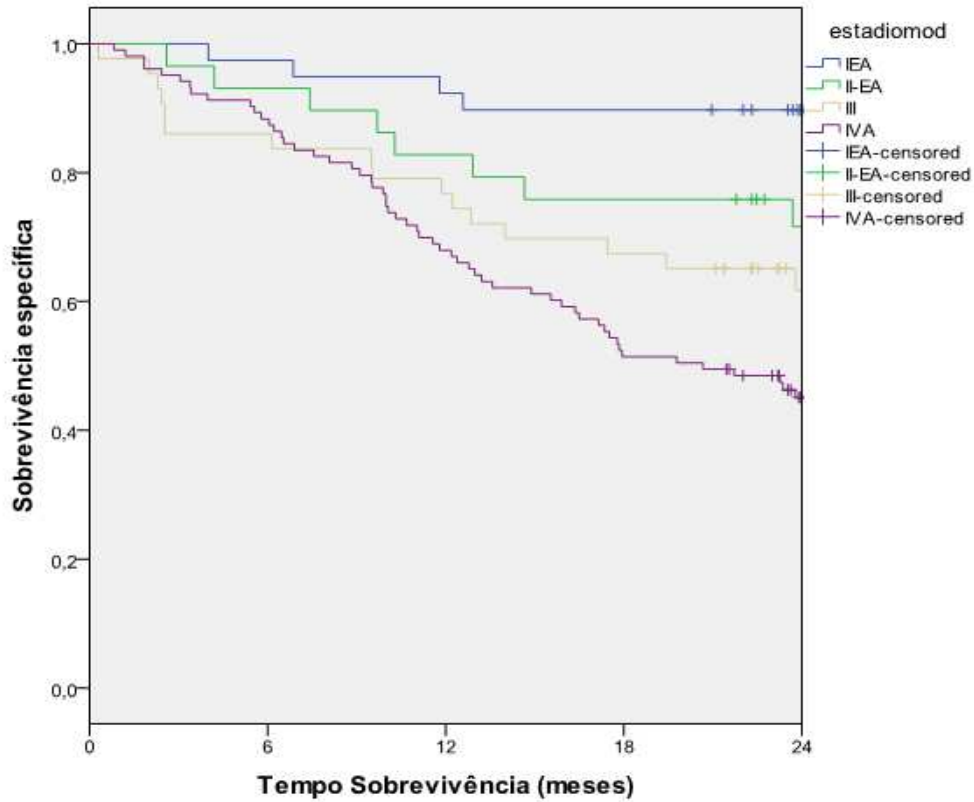


Figura 4 – Taxa de sobrevivência dos doentes

Apesar do período de seguimento ser curto a sobrevivência mediana no estadio IV foi de 24 meses.

IV. Discussão

O perfil dos doentes com neoplasia oral para o IPO- Porto no ano de 2013, coincide com estudos realizados. No que concerne, ao género mais afetado verificamos que é o sexo masculino com 159 (74%) dos doentes, muito devido à exposição aos fatores de risco, como o tabaco e o álcool. Em relação ao género, a nossa amostra reforça os estudos já existentes na literatura que demonstram maior incidência desta neoplasia no sexo masculino. De acordo com o estudo realizado por Silva *et al.* (2009), também houve predomínio do género masculino, (86,5%) dos doentes eram do sexo masculino. Em relação, ao grupo etário verificou-se que existem duas faixas etárias predominantes, sendo que 57 (26,5%) dos doentes tem uma idade compreendida entre os 55 e os 64 anos e 56 (26,0%) doentes entre a faixa etária dos 45 aos 54 anos. No estudo de Santos *et al.* (2010), observou também maior frequência na faixa etária acima dos 60 anos.

Um dos grandes objetivos deste estudo foi descobrir relativamente ao ano de 2013, quais eram os profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico das neoplasias orais e que mais referenciavam os doentes para o IPO-Porto. Verificou-se que na presente amostra, os médicos otorrinolaringologistas, foram os profissionais de saúde a referenciar mais doentes com cancro oral 64 (29,8%), seguido pelo médico de família com 58 (26,9%) e o médico dentista que apenas referenciou 14 (6,5%) doentes. No estudo de Jaqueline *et al.* (2009) demonstrou que dos 65 pacientes avaliados com cancro oral apenas 2 (7,14%) foram referenciados por médicos dentistas, os restantes foram por médicos generalistas (Jaqueline *et al.*, 2009).

As razões que estão na base deste perfil de referenciadores estão eventualmente associadas a ausência de conhecimentos de oncologia oral, o fato dos doentes de risco, geralmente com classes sociais com menor poder económico não recorrerem ao médico dentista dado que na sua maioria são privados. A ausência de conhecimento por parte da população sobre oncologia em geral e oral em particular e o desconhecimento dos programas de Saúde Pública nacionais dedicados o cancro oral.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

O presente estudo demonstrou que a localização anatómica do cancro oral, mais prevalente nesta amostra foi a língua com 71 (33%) dos casos, enquanto que a segunda localização mais frequente foi outras localizações da boca com (28,4%) (inclui gengiva, assoalho da boca, palato e outras partes não especificadas da boca). Quando comparado, através de diversos estudos constatamos que a língua é o local mais acometido. Segundo Nogueira *et al.*, (2012), avaliou 340 pacientes com carcinoma espinocelular sendo que a localização mais frequente com 95 casos (27,9%) foi a língua. Por outro lado, Teixeira *et al.* (2009), no seu estudo verificou que os locais mais afetados foram o assoalho da boca 51(22,7%) de doentes e a língua com 49 (21,8%) dos casos (Teixeira *et al.*, 2009). Segundo Breyner *et al.* (2007), consoante a localização anatómica do tumor, estes apresentam um comportamento clínico diferente, conforme a sua localização.

Relativamente ao tipo histológico, a amostra indicou que 185 (86%) doentes após a realização do exame histológico, o resultado mais prevalente foi o carcinoma espinocelular. De acordo com o estudo realizado por Ordóñez *et al.* (2013), o tipo histológico mais frequente foi também o carcinoma espinocelular com 66% (Ordóñez *et al.*, 2013).

Ao analisar os resultados obtidos, no que diz respeito, ao estágio em que se encontravam os doentes no momento da referência, podemos verificar que a maioria (48,3%) dos doentes apresentavam-se no estágio IVA, doença localmente avançada, com envolvimento ganglionar e sem metástases. Ou seja, podemos afirmar que os pacientes referenciados chegaram ao IPO num estágio avançado, consequência de um diagnóstico tardio, provocado muito provavelmente devido a falta de informação acerca dos sinais e sintomas da doença por parte do doente e também porque muitas destas lesões permanecem assintomáticas durante algum tempo e quando estes procuram ajuda médica já chegam com a doença avançada. Num estudo elaborado por Teixeira *et al.* (2009), verificou-se que na amostra de 225 doentes atendidos na Santa Casa de Fortaleza, cerca de (52,4%) dos doentes encontravam-se com um estágio avançado III ou IV (Teixeira *et al.*, 2009). Um estudo também realizado no IPO-Porto com 136 doentes relativamente aos anos 1992 a 2002, demonstrou que 51(39%) dos doentes tinha o estágio IV (Monteiro *et al.*,2012). Comparando com o presente estudo podemos verificar que existem mais

Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

doentes com estágio IV (48,3%), logo o diagnóstico tem sido realizado cada vez mais tarde.

Quanto ao TNM, podemos verificar que o T (tumor primário) na nossa amostra evidencia o T2 como mais prevalente, com 53 (25,6%) de doentes e T4a com 45 (21,7%) doentes. Segundo Jotz *et al.*, (2007) obtiveram resultados semelhantes, neste caso, o T2 foi também o mais prevalente, com 43% dos doentes e seguido de T4 com 28% (Jotz *et al.*, 2009). No que concerne à presença de gânglios linfáticos, a amostra revelou 76 (36,7%) dos doentes não apresenta gânglios clinicamente metastásicos. Em relação à presença de metástases verificou-se que 166 (80,2) % dos doentes não apresenta metástases.

Atualmente o Grupo de Estudos Cancro de Cabeça e Pescoço está a realizar uma campanha de sensibilização a nível nacional, onde pretende alertar para os fatores de risco, sinais e sintomas desta patologia. A prevenção primária constitui um desafio para alcançar a modificação do perfil dos doentes com cancro da cabeça e pescoço. O auto-exame da cavidade oral assume um papel fundamental na educação para a saúde, e neste caso, para a oncologia oral pois é a única forma de atuar na deteção precoce desta patologia. Importante também realizar campanhas de sensibilização para os fatores de risco: tabaco, álcool, vírus HPV.

V. Conclusão

O perfil dos doentes com neoplasia orais referenciados para IPO-Porto em 2013, foram na sua maioria do sexo masculino, o grupo etário mais frequente foi o de 55 a 64 anos de idade, o distrito do Porto foi o distrito mais de onde provinham mais doentes, as lesões mais frequentes localizam-se na língua, o tipo histológico mais prevalente nos doentes é o carcinoma espinocelular. O médico otorrinolaringologista foi o especialista mais vezes responsável pela referência destes doentes. O estágio IV foi o mais frequente, demonstrando que o diagnóstico é realizado em fases muito avançadas e com taxas de sobrevivência muito baixas.

Torna-se necessário um programa que informe a população sobre oncologia oral, é necessário viabilizar o acesso dos doentes de risco ao médico dentista, é importante treinar todos os especialistas que potencialmente podem contactar com estes doentes no sentido de minimizar o número de doentes com patologia avançada no momento do diagnóstico, permitindo maiores sobrevivências e menor sofrimento.

VI. Bibliografia

American Joint Committee on Cancer. [Em linha]. Disponível em <<http://cancerstaging.org>>. [Consultado em 21/06/2015].

Buelvas, A. (2009). Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control, *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 21(1), pp. 112-121.

Castro, T. Filho, I. (2006) Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe, *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(2).

Chang, J. *et alii*. (2013). Investigating the association between oral hygiene and head and neck cancer, *Oral Oncology*, 49, pp. 1010-1017.

Dar, N. *et alii*. (2013) Poor oral hygiene and risk of esophageal squamous cell carcinoma in Kashmir, *British Journal of Cancer*, 109, pp. 1367-1372.

Esmaelbeigi, F. *et alii*. (2014). Factors Affecting Professional Delay in Diagnosis and Treatment of Oral Cancer in Iran, *Arch Iran Med*, 17(4), pp. 253-257.

Epstein, J., Cabay, R. e Glick, M. (2005). Oral malignancies in HIV disease: Changes in disease presentation, increasing understanding of molecular pathogenesis, and current management, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 100(5), pp. 571-578.

Farah, C. *et alii*. (2014). Oral Cancer and Oral Potentially Malignant Disorders, *International Journal of Dentistry*, pp. 1-6.

Feller, L. Lemmer, J. (2011). Oral Leukoplakia as It Relates to HPV Infection: A Review, *International Journal of Dentistry*, 2012, pp. 540-561.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Galbiatti, A. *et alii.* (2013). Head and neck cancer: causes, prevention and treatment, *Brazilian Journal Otorhinolaryngology*, 79(2), pp. 239-247.

Han, S., *et alii.* (2010). Epidemiology and cost analysis for patients with oral cancer in a university hospital in China, *BMC Public Health*, 10(196), pp. 1471-2458.

Hernández, J. (2015). Cáncer de cabeza y cuello, *Gaceta Mexicana De Oncologia*, 14(1), pp. 1-2.

Herrero, J., Hernández, E. e Gómez, J. (2010) Espectro clínico de las infecciones por el vírus de Epstein-Barr, *Medicine*, 10(58), pp. 3968-3976.

Herrero, R. *et alii.* (2003) Human papillomavirus and oral cancer: the international Agency for Research on cancer Multicenter Study, *J Natl Cancer Int*, 95(23), pp. 1772-1783.

Hosni, E. *et alii.* (2009). Eritroplasia e leucoeritroplasia, *Brazilian Journal of Otolaryngology*, 75(2), pp. 295-299.

Jaqueline, E. e Fontanella, V. (2009). Perfil Epidemiológico dos pacientes portadores de cancer bucal atendidos no Hospital Santa Rita, Porto Alegre/RS, *Stomatos*, 15(28), pp. 3-16.

Jotz, G. *et alii.* (2007). Prognóstico em dois anos do câncer de cavidade oral, *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 36(3), pp. 146-151.

Junior, C. *et alii.* (2013). Oral cancer based on scientific evidences, *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 67(3), pp. 178-86.

Larizadeh, M., Damghani, M. e Shabani, M. (2014). Epidemiological Characteristics of Head and Neck Cancers in Southeast of Iran, *Iran Journal Cancer Prev*, 7(2), pp. 80-86.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Leite, A., Guerra, E, e Melo, N. (2005). Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão, *Rev. De Clín. Pesq. Odontol*, 1(3), pp. 31-36.

López, J., Cepeda, C. e Salas, E. (2015). Precáncer y cáncer bucal, *Med Clin (Bar)*, 11(14), pp. 1-5.

Messadi, D. (2013). Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions, *International Journal of Oral Science*, 5, pp. 59-65.

Meurman, J. (2010). Infectious and dietary risk factors of oral cancer, *Oral Oncology*, 46, pp. 441-413.

Mortazavi, H., Baharvand, M. e Mehdipour, M. (2014). Oral Potentially Malignant Disorders: An Overview of More than 20 Entities, *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 8(1), pp. 6-14.

Monteiro, L. *et alii*. (2012). Fatores de prognóstico em neoplasias malignas de glândulas salivares, *Rev Port Estomatol Med Dent Cir MaxiloFac*, 53(4), pp. 199-205.

Montenegro, L., Veloso, H. e Cunha, P. (2014). Papiloma vírus humano como fator carcinogénico e co-carcinogénico do câncer oral e da orofaringe, *Rev Odontol Bras Central*, 23(67).

Nogueira, A. *et alii*. (2012). Perfil Epidemiológico de 23 casos de neoplasias malignas da cavidade oral atendidos em uma instituição odontológica de nível secundário, *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 41(4), pp. 181-185.

National Cancer Institute. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cancer.gov/>>. [Consultado em 13/06/2015].

Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Ordóñez, D. *et alii.* (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad, *Salud Pública de México*, 56(5), pp. 465-472.

Oliveira, L., Silva, A. e Zucoloto, S. (2006). Perfil de incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira, *J Bras Patol Med Lab*, 42(5), pp. 385-392.

Oliveira, J. *et alii.* (2008). A exposição ocupacional como fator de risco no câncer de cavidade oral e orofaringe no Estado de Goiás, *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 37(2), pp. 82-87.

Ordem dos Médicos Dentistas. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/>>. [Consultado em 18/07/2015].

Ordem dos Médicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemdosmedicos.pt/>>. [Consultado em 27/07/2015].

Patel, S., Shah, J. (2005). TNM Staging of Cancers of the Head and Neck: Striving for Uniformity Among Diversity, *A Cancer Journal for Clinicians*, 55(4), pp. 242-258.

Prieto, I., Fenech, A. e Martínez, A. (2006). Cancer oral, *Med Clin (Bar)*, 127(7), pp. 258-264.

Pereira, G. *et alii.* (2010). Clinical and histopathological diagnosis of the oral erythroplasia, *MEDISAN*, 14(4), pp. 433-438.

Petti, S. (2009). Lifestyle risk factors for oral cancer, *Oral Oncology, Journal Elsevier*, 45, pp. 340-350.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Petersen, P. (2009). Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization, *Oral Oncology*, 45, pp. 454-460.

Rodrigues, T. *et alii.* (2000). Leucoplasias bucais: relação clínico- histopatológica, *Pesqui Odontol Bras*, 14(4), pp. 357-361.

Registo Oncológico Nacional (2008). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Registo Oncológico Nacional (2009). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Registo Oncológico Nacional (2010). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Registo Oncológico Nacional (2011). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Registo Oncológico Nacional (2012). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Registo Oncológico Nacional (2013). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2015].

Santos, L, Batista, O e Cangussu, M. (2010). Characterization of oral diagnostic delay in the state of Alagoas, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(4), pp. 416-422.

Santos, L., Teixeira, L. (2011). *Oncologia Oral*. Lisboa, Lidel, pp. 1-215.

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

Silva, M. *et alii.* (2009). Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), pp. 329-335.

Teixeira, A. *et alii.* (2009). Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), pp. 229-236.

Varoni, E., Lodi, G e Iriti, M. (2015). Ethanol *versus* Phytochemicals in Wine: Oral Cancer Risk in a Light Drinking Perspective, *International Journal of Molecular Sciences*, 16, pp. 17029-17047.

van der Vall, I. (2014). Oral potentially malignant disorders: Is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 19(4), pp. 386-390.

Wamakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer, *Oral Oncology*, 45, pp. 309-316.

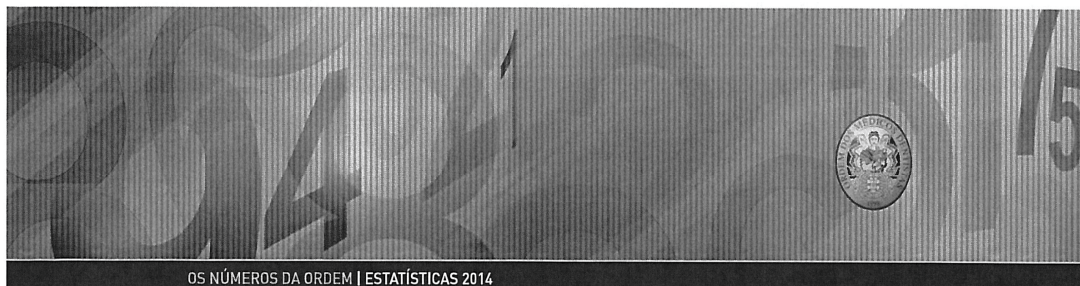
World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/en/>>. [Consultado em 09/06/2015].

Yardimci, G. *et alii.* (2014). Precancerous lesions of oral mucosa, *World Journal of Clinical Cases*, 2(12), pp. 866-872.

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

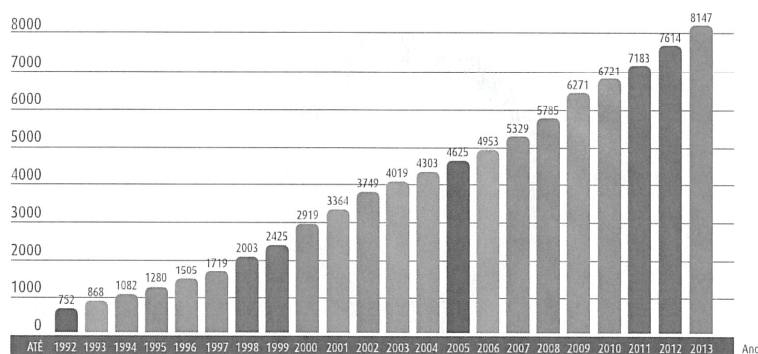
Anexo 1- Os Números da Ordem Dos Médicos Dentistas - Estatísticas 2014

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013



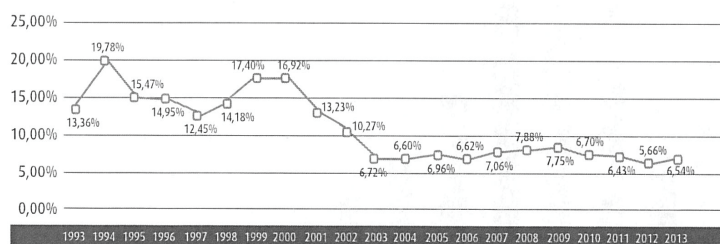
OS NÚMEROS DA ORDEM | ESTATÍSTICAS 2014

OS NÚMEROS DA ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ASSOCIADOS ATIVOS



O número de associados ativos tem vindo a crescer desde 1993, compreendendo já um total de 8147 médicos dentistas associados.

TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE ASSOCIADOS ATIVOS



A partir de 2003, registou-se uma diminuição na taxa de crescimento anual de associados ativos. No período compreendido entre 1993 a 2002, o número de associados cresceu em média 14,56% (IC95%=16,6-20,2) ao ano; no entanto, de 2003 a 2013 esse crescimento foi em média de 6,70% (IC95%=7,0-11,8) ao ano.

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Anexo 2- Ordem Dos Médicos – Distribuição por Especialidades, Idade e Sexo

Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013

ESPECIALIDADE	31/35		36/40		41/45		46/50		51/55		56/60		61/65		>65		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
ANATOMIA PATOLÓGICA	0	0	7	7	10	9	14	14	12	41	15	33	17	7	27	21	163
ANESTESIOLOGIA	10	6	121	56	172	64	127	54	112	188	77	151	78	158	159	143	1198
CARDIOLOGIA	0	0	40	36	42	41	21	42	40	45	76	22	95	20	68	27	244
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	9	1	4	0	8	1	4	0	3	4	0	5	6	7	38
CIRURGIA GERAL	0	0	30	25	62	78	74	95	54	82	153	54	171	27	180	24	448
CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA	0	0	0	0	3	1	7	4	5	1	12	1	12	2	22	1	109
CIRURGIA MAXILO-FACIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA E CIRURGIA VASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	22	5	285	113	258	81	285	102	172	83	889	892	756	160	324	3683	2472
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	0	0	24	12	28	11	24	8	26	19	20	116	29	11	31	32	15
DOENÇAS INFECCIOSAS	0	0	11	2	15	8	10	4	7	2	16	8	12	23	5	9	81
ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO	0	0	25	4	10	4	16	3	21	10	18	9	12	12	13	19	133
ESTOMATOLOGIA	0	0	0	0	2	2	1	4	6	3	39	43	40	108	31	63	283
FARMACOLOGIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	7	0	6	0	10	37
GASTROENTEROLOGIA	0	0	26	18	36	18	21	19	43	27	34	44	16	41	14	37	208
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA	1	0	61	14	101	24	64	19	110	42	207	76	135	109	118	93	217
IMUNO-HEMOTERAPIA	0	0	3	0	10	1	6	4	18	6	42	13	43	13	37	10	14
HEMATOLOGIA CLÍNICA	0	0	12	7	13	2	18	5	13	6	18	7	14	6	23	14	130
IMUNO-ALERGOLOGIA	1	0	16	7	24	4	21	5	14	3	17	7	10	7	13	19	89
MEDICINA DESPORTIVA	0	0	0	0	0	0	1	4	2	4	1	18	2	20	1	23	8
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	2	2	32	31	41	23	34	12	38	17	66	30	50	51	48	39	362
MEDICINA INTERNA	0	0	135	73	164	83	163	79	124	85	233	163	164	162	96	159	1119
MEDICINA LEGAL	0	0	5	3	8	5	3	4	2	3	6	4	3	14	3	12	53
MEDICINA NUCLEAR	0	0	3	8	6	2	8	0	8	1	6	4	3	4	5	3	40
MEDICINA DO TRABALHO	0	0	3	2	6	8	20	20	25	22	78	55	149	208	53	164	600
MEDICINA TROPICAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	34
NEFROLOGIA	0	0	24	16	27	15	22	9	22	10	13	19	11	29	8	35	6
NEUROLOGIA	0	0	7	11	17	11	17	17	6	23	5	23	2	12	2	25	2
NEUROLOGIA	0	0	4	18	18	13	14	11	15	8	11	12	5	8	6	0	17
NEURORADIOLOGIA	0	0	26	26	27	23	25	17	23	14	45	32	26	29	17	38	28
OFTALMOLOGIA	5	5	49	52	37	43	35	36	34	55	61	79	34	103	50	111	33
ONCOLOGIA MÉDICA	0	0	30	5	19	0	24	6	18	26	29	54	22	175	18	34	15
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0	22	24	20	25	24	22	18	26	29	54	22	175	18	34	15
ORTOPEDIA	0	0	14	58	20	86	10	59	27	58	129	470	11	157	7	160	5
PAATOLOGIA CLÍNICA	0	0	154	29	208	35	134	20	152	45	180	54	126	97	116	87	1308
ESQUATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA	0	0	10	3	15	5	24	2	12	3	18	5	12	6	10	6	128
PNEUMOLOGIA	1	0	34	11	45	17	32	12	35	16	49	31	40	44	53	59	328
PSIQUIATRIA	1	0	42	23	61	38	35	19	27	28	77	61	109	103	45	85	103
RADIOLOGIA	0	0	36	22	51	43	41	41	53	47	100	99	54	88	41	75	18
RADIOMIOLOGIA	1	0	10	6	7	3	5	8	12	4	13	4	13	4	13	2	10
REUMATOLOGIA	0	0	7	3	22	9	17	3	8	3	10	10	5	13	4	14	4
SAÚDE PÚBLICA	0	0	5	3	35	4	43	0	30	0	48	27	110	66	39	55	34
UROLOGIA	0	0	3	35	4	43	0	30	0	37	2	46	2	45	1	59	13
E. G./NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	2	1	6	3	5	6	9	12	10	15	29
GENÉTICA MÉDICA	0	0	2	1	5	4	2	3	1	1	6	4	5	7	2	4	6
HIDROLOGIA MÉDICA	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	5	11	26	4	20	3
MEDICINA FARMACÉUTICA	0	0	1	2	2	2	0	7	4	10	15	10	20	6	8	2	4
NEUROFISIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDICINA INTENSIVA	0	0	1	4	22	15	23	17	18	24	30	43	21	27	15	32	6
EMERGÊNCIA MÉDICA	0	0	3	12	20	20	66	49	55	42	55	52	34	41	18	3	8
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	0	0	1	1	2	8	9	5	16	14	61	72	106	168	96	134	25
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	3	0	2	3	1	3	0
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	0	0	2	3	5	12

***** DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADES, IDADE E SEXO *****
 ORDEM DT. ESTADÍSTICA RM4005M
 DOS FOLHA RESUMO 31/12/2014 Pág. 1
 * MEDICOS Conselho Nacional Executivo *****

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

Anexo 3- Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

**Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 14 de Janeiro de 2015

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de Mestrado em Medicina Dentária de Patrícia Santos Pereira, intitulado "Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com Neoplasia oral para o IPO-Porto no ano de 2013", considera nada haver a opor ao mesmo, desde que obtida autorização formal do IPO para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 25 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA • Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 507 1300 • F. +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
Faculdade de Ciências da Saúde | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal • T. +351 22 507 4630 • F. +351 22 507 4637 • R. Delm.Maia, 334 • 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 • geral.saude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida • R. Conde de Bernardos • 4990-078 Ponte de Lima-Portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351 258 741 412 • geral.plima@ufp.pt

**Avaliação do perfil de referência dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de
Oncologia do Porto no ano de 2013**

**Anexo 4- Autorização do Trabalho de Investigação do Instituto Português de
Oncologia do Porto - Pedido de listagens**

Avaliação do perfil de referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2013



PEDIDO DE LISTAGENS

Autorizado em ____/____/____

O Director Clínico

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

NOME DO AA: Lúcio LARA Souto SERVIÇO: Denturo

TELEM. INTERNO: _____ E-MAIL: llara@souto@guimil.com

CÓDIGO: _____ DESCRIÇÃO DA LISTAGEM PRETENDIDA: 2013

C0 a C6 + C8 e C9 - T10, Localização, Sexo, Indicação, idade, N.º de dentes, e Indicações, T.M. estado

TÍTULO DO TRABALHO: Avaliação da ^{perfil de} referenciação dos doentes com neoplasia oral para o Instituto Português de Oncologia do Porto

OBJECTIVOS DO ESTUDO: _____

Avaliar o perfil de referenciação e os locais de proveniência dos doentes com neoplasia oral que são admitidos e tratados no IPO-Porto

MATERIAL: _____

PARTICIPANTES NO TRABALHO: Lúcio LARA Souto, J. Amador, do Serviço Patologia Pericoma, - Trabalho académico,

ORÇAMENTO PREVISTO: Ø

OBSERVAÇÕES: _____

Parecer do Director do Serviço
D. J. Amador do Serviço
Data 1/12/2013
Ass: _____

Parecer do Director do Centro de Investigação
Amador
Data 2/12/2013
Ass: _____

A entregar na Direcção Clínica depois de devidamente preenchido