

Beatriz Fernandes Martins

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral
numa população do Nordeste Transmontano**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Beatriz Fernandes Martins

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral
numa população do Nordeste Transmontano**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre de Medicina Dentária”

(Beatriz Fernandes Martins)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

RESUMO

O cancro é um dos principais causadores de milhões de mortes em todo o mundo e sendo o cancro oral, especificamente, a sexta neoplasia mais frequente a nível mundial. Todos os anos são diagnosticados mais de 500 mil novos casos, sendo que as altas taxas de mortalidade e morbilidade não se têm alterado ao longo dos anos.

A maior incidência de cancro oral encontra-se na Ásia e na Europa do Sul. Em Portugal, mais precisamente em 2012, foram diagnosticados cerca de 1924 novos casos de cancro oral, dos quais 967 ocorreram em homens.

O carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum, sendo que 90% dos casos de cancro oral são deste tipo. Sabe-se também que esta variante é mais frequente no sexo masculino entre a 5^a e 6^a década de vida apesar de, a incidência no sexo feminino, ter vindo a aumentar, devido à contínua exposição ao tabaco, álcool e a outros factores de risco.

Como foi dito anteriormente, o cancro oral tem uma alta taxa de mortalidade e de morbilidade e, apesar dos avanços no diagnóstico, no tratamento e no conhecimento de quais os factores de risco desta patologia, a taxa de sobrevivência ainda é inferior a 50% o que revela que, o grande problema, passa pelo diagnóstico do cancro em estádios avançados.

Assume-se então que, grande parte dos casos de cancro oral, poderiam ter sido evitados se houvesse maior conhecimento e grau de alerta sobre a doença o que tendencialmente, levaria a diagnósticos mais precoces.

Neste sentido, este estudo tem como propósito a avaliação do nível de conhecimento geral e do grau de alerta de uma população do interior do país, mais precisamente do Nordeste Transmontano, bem como, efectuar o registo da percepção dos inquiridos relativamente a esta patologia, passando pelo reconhecimento da doença, pelo conhecimento epidemiológico e etiológico, e pela melhor percepção a nível de sinais e sintomas clínicos próprios desta patologia.

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

Palavras-Chave: “Cancro oral”, “cancro da cabeça e pescoço”, “carcinoma espinocelular da cavidade oral”, “tratamento do carcinoma espinocelular da cavidade oral”, “lesões pré-malignas orais”, “sinais e sintomas do cancro oral”, “HPV”, “factores de risco do cancro oral”, “diagnóstico de cancro oral”.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

ABSTRACT

Cancer is a major cause of millions of deaths around the world, and oral cancer, specifically, is the sixth most common cancer worldwide. Each year 500,000 new cases are diagnosed, being a cancer associated with high rates of mortality and morbidity.

The highest incidence of oral cancer is in Asia and in Southern Europe. In Portugal, more precisely in 2012 were diagnosed about 1924 new cases of oral cancer, 967 occurred in men.

As mentioned, oral cancer has a high mortality rate and poor prognosis, and despite advances in detection, treatment and knowledge of what are the risk factors of this disease, the survival rate is still below 50% which reveals that the major problem remains in the diagnosis of cancer in advanced stages.

It is assumed, that most cases of oral cancer could be prevented if there was greater awareness and knowledge about the disease which in turn would lead to earlier diagnosis.

This study aims to evaluate the general level of knowledge and degree of alert of a specific population, more precisely from the northeast of Portugal and register the perception of this population regarding this pathology, through recognition of the disease, the epidemiological and etiological knowledge, and for better understanding the signs and symptoms of this condition.

Keywords: “oral cancer”, “cancer of the head and neck”, “squamous cell carcinoma of the oral cavity”, “treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity”, “oral premalignant lesions”, “signs and symptoms of oral cancer”, “HPV”, “risk factors for oral cancer”, “oral cancer diagnosis”.

Dedicatória

Aos meus pais.

Por sempre me deixarem voar, mesmo temendo possíveis quedas.

Por me ensinarem a ser frontal e a não desistir de nada.

Por todo o amor que me deram e dão todos os dias.

O meu maior obrigado!

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradecer ao meu orientador, Professor Pedro Trancoso, por toda a transmissão de conhecimentos, pela dedicação e disponibilidade. E também, por toda a paciência que teve comigo.

Aos meus pais e avós por sempre me transmitirem todos os valores que fazem de mim a pessoa que sou hoje. Por não desistirem nunca de mim e transmitirem-me sempre um pensamento positivo, mesmo nos momentos menos bons. Esta vitória também é vossa.

Ao Tomás, por ser um dos pilares na minha vida. Obrigada por todo o carinho e amor que me dás.

Ao meu binómio, Gonçalo Frade, que me acompanhou desde o primeiro dia da clínica e aí se tornou imprescindível. Obrigada, contigo cresci.

À Rita e Ana Filipa, por todas as aventuras e alegrias que me proporcionaram. A vossa amizade eu quero preservar para o resto da minha vida.

A todos os meus amigos que me acompanharam ao longo deste percurso, nunca me vou esquecer de todas as histórias e momentos que colecionamos juntos.

E por fim, mas não menos importante, a todos os professores da Universidade Fernando Pessoa que me acompanharam ao longo do meu percurso academia e que assim contribuiriam para o meu desenvolvimento científico e pessoal.

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

ÍNDICE GERAL

Índice de abreviaturas.....	xii
Índice de tabelas.....	xiii
Índice de gráficos.....	xvii
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. DESENVOLVIMENTO.....	3
1. O que é o Cancro Oral?.....	3
2. População de Risco.....	4
i. Incidência na União Europeia.....	5
ii. Incidência em Portugal.....	6
iii. Aumento de incidência em jovens adultos	8
3. Factores de Risco.....	8
i. Tabagismo e Alcolismo.....	9
ii. Papel do Vírus Papiloma Humano.....	10
4. Sinais e Sintomas.....	11
5. Papel do Diagnóstico Precoce.....	13
6. Como podemos melhorar as taxas em Portugal.....	13
7. Promover a Saúde Oral.....	14
III. MATERIAIS E MÉTODOS	15
IV. RESULTADOS: INQUÉRITO – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO GERAL E GRAU DE ALERTA SOBRE O CANCRO ORAL NUMA POPULAÇÃO DO NORDESTE TRANSMONTANO.....	17
V. DISCUSSÃO.....	49

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

VI. CONCLUSÃO.....	52
VII. BIBLIOGRAFIA.....	53
VIII. ANEXOS.....	55

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

Índice de Abreviaturas

CEC - Carcinoma de Células Escamosas

CEO - Carcinoma Espino Celular

HPV - Vírus do Papiloma Humano

OMS - Organização Mundial de Saúde

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Valores das taxas de incidência padronizada para vários tipos de cancro (Globocan 2012, IARC, 2015)

Tabela 2 - Valores das taxas de mortalidade padronizada para vários tipos de cancro (Globocan 2012, IARC, 2016)

Tabela 3 - Valores das taxas de mortalidade do cancro oral em alguns países da Europa (Globocan 2012, IARC, 2016)

Tabela 4- Caracterização da amostra de estudo segundo o género

Tabela 5- Caracterização da amostra de estudo segundo a idade

Tabela 6- Caracterização da amostra de estudo segundo a profissão

Tabela 7- Caracterização da amostra de estudo segundo as habilitações literárias

Tabela 8- Caracterização da amostra de estudo segundo a popularidade dos vários tipos de cancro

Tabela 9- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de quais os tipos de cancro mais fáceis de detectar

Tabela 10- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual a faixa etária mais susceptível ao cancro oral

Tabela 11- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual a zona mais afectada pelo cancro oral

Tabela 12- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião do cancro oral ser ou não dos 10 tipos de cancro mais frequentes a nível mundial

Tabela 13- Caracterização da amostra de estudo segundo os possíveis factores de risco

Tabela 14- Caracterização da amostra de estudo segundo os possíveis sinais e sintomas do cancro oral

Tabela 15- Caracterização da amostra de estudo segundo o número de cigarro/dia

Tabela 16- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência de consumo de bebidas alcoólicas

Tabela 17- Caracterização da amostra de estudo segundo o tipo de bebidas e as quantidades ingeridas

Tabela 18- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência com que as pessoas lavam os dentes

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Tabela 19- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência com que vão ao dentista

Tabela 20- Caracterização da amostra de estudo segundo as quantidade de frutas ingeridas por dia ou semana

Tabela 21- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis género e conhecimentos

Tabela 22- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis idade e conhecimentos

Tabela 23- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis estado civil e conhecimentos

Tabela 24- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis habilitações e conhecimentos

Tabela 25- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis fumar e conhecimentos

Tabela 26- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis “ser fumador pesado” e conhecimentos

Tabela 27- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis álcool e conhecimentos

Tabela 28- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis “ser consumidor de álcool pesado” e conhecimentos

Tabela 29- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis hábitos de higiene oral e conhecimentos

Tabela 30- Caracterização sócio-demografica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis visitas ao consultório dentário e conhecimentos

Tabela 31- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o conhecimento

Tabela 32- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o tabaco como factor de risco

Tabela 33- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o álcool como factor de risco

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Tabela 34- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e a úlcera como sinal

Tabela 35- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e as manchas vermelhas ou brancas como sinal

Tabela 36- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis género e as opiniões sobre o cancro

Tabela 37- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis idade e as opiniões sobre o cancro

Tabela 38- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis estado civil e as opiniões sobre o cancro

Tabela 39- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis habilitações e as opiniões sobre o cancro

Tabela 40- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis fumador e as opiniões sobre o cancro

Tabela 41- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis “ser fumador pesado” e as opiniões sobre o cancro

Tabela 42- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis álcool e as opiniões sobre o cancro

Tabela 43- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis álcool “pesado” e as opiniões sobre o cancro

Tabela 44- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis fruta e vegetais e as opiniões sobre o cancro

Tabela 45- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis hábitos de higiene oral e as opiniões sobre o cancro

Tabela 46- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis visita ao consultório dentário e as opiniões sobre o cancro

Tabela 47- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião de discordar ser uma questão sorte ter cancro oral

Tabela 48- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre a deteção precoce do cancro

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

Tabela 49- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre influencia de um estilo de vida saudável no risco de cancro oral

Tabela 50- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre a percepção do risco de cancro oral

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Índice de gráficos

Gráfico 1-Estimativa de taxas de incidência e mortalidade padronizadas do cancro oral por cada 100.000 habitantes em diferentes países da Europa (Globocan 2012, IARC, 2016)

Gráfico 2-Estimativa de taxas de incidência e mortalidade do cancro oral por cada 100.000 habitantes em Portugal (Globocan 2012, IARC,2016)

Gráfico 3- Caracterização da amostra de estudo segundo o estado civil

Gráfico 4- Caracterização da amostra de estudo segundo a realização de rastreios orais

Gráfico 5- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual o género mais susceptível ao cancro oral

Gráfico 6- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de quantos morrem de cancro oral

Gráfico 7- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião para a probabilidade de sucesso no tratamento do cancro oral

Gráfico 8- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião valer ou não a pena adoptar estilos de vida saudáveis

1. INTRODUÇÃO

O cancro, segundo a Organização Mundial de Saúde, consiste num processo de crescimento descontrolado e caracterizado pela disseminação de células que pode afectar qualquer parte do organismo sendo que, este crescimento, muitas vezes implica a invasão de tecido envolvente, podendo provocar metástases em diferentes locais. (Who, 2016)

O presente estudo aborda mais precisamente o cancro oral. Este, por sua vez, é definido pela Classificação Internacional de Doenças como sendo um conjunto de tumores malignos que podem ocorrer em qualquer localização da cavidade oral. Entre os possíveis locais temos os lábios, a base da língua, outros locais indeterminados da língua, as gengivas, soalho da boca, palato, amígdalas, orofaringe e glândulas salivares. (Who, 2016)

De acordo com Monteiro et al (2010), o cancro da cabeça e pescoço, é a sexta neoplasia mais comum a nível mundial. Anualmente mais de 500 mil casos são diagnosticados em todo o mundo, no entanto, quase todos são diagnosticados em fase tardia.

Diversos estudos apontam que o cancro oral é consideravelmente mais comum em homens com baixo nível socioeconómico apesar de as taxas de incidência nas mulheres terem aumentado cerca de 3% a cada ano, desde 1989.

Para uma melhor percepção do diagnóstico, tratamento e prognóstico do cancro oral, torna-se particularmente importante uma adequada classificação da patologia. Nesse sentido, a TNM é uma classificação de tumores malignos, que funciona como uma divisão por estádios do Cancro da Cabeça e Pescoço. Esta descreve o quão avançado está o cancro, consoante a sua extensão, o envolvimento ou não dos gânglios linfáticos e a presença de metástases para outros órgãos do corpo. (Awojobi et al., 2012) Depois de classificado é possível saber se o prognóstico do cancro é ou não reservado dado que o estágio do cancro é determinante para melhores resultados durante o tratamento e na redução das taxas de mortalidade. (Awojobi et al., 2012)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Torna-se então importante reforçar a ideia de que, a maioria dos casos, são diagnosticados em fase tardia. A nível estatístico, os números rondam os 50 % de mortalidade para doentes com cancro oral classificados na altura do diagnóstico como estando estadiado avançado (III- IV). Por outro lado, os doentes que são diagnosticados com uma lesão num estágio inicial e bem localizada, os números aproximam-se de 70% a 90% de taxa de sobrevivência. (Esmaerbeig et al., 2014).

Muitos dos pacientes que se submeteram a tratamento, depois de o concluírem, depararam-se com complicações a nível funcional e estético. Complicações como dificuldade ao comer, deglutir, falar e obviamente comprometimento estético. Todas estas condições têm obviamente, um grande impacto negativo no estilo de vida dos pacientes. (Chandu cit. in Ariyawardana 2015)

O carcinoma espinocelular (CEO) é o tipo histológico mais comum, correspondendo a 90% dos casos de cancro da cavidade oral (Ariyawardana et al., 2015).

A ida recorrente a um consultório de Medicina Dentária pode-se tornar numa mais valia no combate ao Cancro Oral. Sendo que, no consultório é feito o exame clínico oral que envolve inspeção visual da cavidade oral, palpação da cabeça, pescoço e tecidos moles.

Também durante a consulta, o Médico dentista deve alertar sobre o problema e, principalmente, incentivar os pacientes a fazerem um auto-exame à cavidade oral a fim de localizar novas lesões. A deteção antecipada de todo o tipo de lesões que não cicatrizem, pode ser fundamental para a melhoria das taxas de mortalidade associadas a esta doença.

II. DESENVOLVIMENTO

1. O que é o Cancro Oral?

O Cancro Oral é considerado por muitos como sendo um problema de saúde pública global (Warnakulasuriya et al., 2009). O cancro oral está no top 10 do ranking de cancros mais comuns a nível mundial, ocupando o preocupante sexto lugar. (Scheer et al., 2015). Apesar de toda a investigação feita, de todo o progresso e melhorias nas formas terapêuticas continua a ser um dos grandes ceifadores de vidas em todo o mundo.

Este apresenta maior incidência em indivíduos do sexo masculino, com predomínio em caucasianos e manifesta-se predominantemente entre os 50 e 70 anos de idade (WHO, 2016).

Define-se como sendo um conjunto de neoplasias que podem ocorrer por toda a cavidade oral e estruturas que a delimitam. Aparece em locais como o lábio inferior, base da língua e outros locais da mesma, gengiva, soalho da boca, palato, glândulas salivares e amígdalas (WHO, 2015). Sendo que os locais mais susceptíveis, são a superfície ventral da língua e o soalho da boca (Rhodus, 2009).

A nível etiológico, estudos levados a cabo por Scully, afirmam que o Cancro Oral é multifactorial. Como tal estão envolvidos factores genéticos, tabaco (nas suas diversas formas), álcool, radiações UV, HPV e uma dieta pobre em vegetais e frutas.

O carcinoma espinocelular (CEO) ou carcinoma de células escamosas (CEC), é o tipo de cancro mais comum, ocorrendo em 90% das neoplasias malignas da boca e em cerca de 38% dos tumores da cabeça e pescoço (Scheer, 2015).

Segundo Neville e Day 2002, o carcinoma espinocelular, quando em fase precoce, pode apresentar-se como uma mancha branca (leucoplasia), mancha vermelha (eritroplasia) ou uma mistura de ambas (eritroleucoplasia). Assim que o cancro se desenvolve, a ulceração superficial da mucosa pode surgir e por vezes o paciente depara-se com uma úlcera que não cicatriza. Com o tempo o crescimento da lesão progride e pode tornar-se numa massa exofítica com uma superfície papilar e ulcerada.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Também se sabe relativamente ao cancro oral, que a maior parte das lesões malignas são assintomáticas na sua fase inicial, tornando-se progressivamente dolorosas (Sciubba, 2001). O comportamento clínico é bastante agressivo, apresentando metastização cervical precoce.

Assim, a detecção precoce de uma lesão potencialmente-maligna é determinante para o melhor prognóstico do cancro.

Pode então concluir-se que o aumento do nível de conhecimento sobre a doença tanto por parte dos profissionais de saúde como por parte da população é fundamental para melhorar as taxas de mortalidade.

2. População de Risco

Seguidamente, vão ser descritas de forma mais meticulosa as taxas de incidência e quais as populações de risco afectadas pelo Cancro Oral. Mas, antes disso, é importante tentar perceber como se apresentam actualmente estas taxas nos diferentes tipos de Cancro, para é possível pesquisar mais sobre o assunto na plataforma GLOBOCAN. Em 2012 houve cerca de 15 milhões de novos casos de cancro e 8 milhões de mortes graça ao mesmo. (Tabela 1 e 2)

No caso desta neoplasia em específico, as populações que estão mais susceptíveis são, predominantemente grupos de pessoas entre os 50 e os 70 anos de idade, homens, com o hábito de consumo de tabaco e(ou) álcool e com um nível sócio-económico baixo. Taís factos, são comprovados com o aumento das taxas de prevalência nestes grupos. Contrariando as estatísticas, países como a França, Alemanha e Inglaterra, têm diminuído as suas a taxas de incidência no género masculino e aumentado no género feminino. (Albuquerque et al., 2012)

Também outros grupos raciais têm vindo a apresentar elevadas taxas de incidência e prevalência de Cancro Oral. Nomeadamente, grupos de pessoas Afro-Americanas, Hispânicos ou grupos Indígenas Australianos isto porque, têm fortes costumes de consumo de tabaco e álcool. Por outro lado, o motivo para o qual as taxas de incidência

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

WORLD (2012)
ESTIMATED CANCER INCIDENCE, ALL AGES: BOTH SEXES

Cancer	Numbers	Crude Rate	ASR (W)	Cumulative Risk
All cancers excl. non-melanoma skin cancer	14067894	199.4	182.0	18.51
Bladder	429793	6.1	5.3	0.60
Brain, nervous system	256213	3.6	3.4	0.34
Breast	1671149	47.8	43.1	4.60
Cervix uteri	527624	15.1	14.0	1.42
Colorectum	1360602	19.3	17.2	1.95
Corpus uteri	319605	9.1	8.2	0.97
Gallbladder	178101	2.5	2.2	0.24
Hodgkin lymphoma	65950	0.9	0.9	0.08
Kaposi sarcoma	44247	0.6	0.6	0.05
Kidney	337860	4.8	4.4	0.51
Larynx	156877	2.2	2.1	0.26
Leukaemia	351965	5.0	4.7	0.44
Lip, oral cavity	300373	4.3	4.0	0.45
Liver	782451	11.1	10.1	1.14
Lung	1824701	25.9	23.1	2.68
Melanoma of skin	232130	3.3	3.0	0.33
Multiple myeloma	114251	1.6	1.5	0.17
Nasopharynx	86691	1.2	1.2	0.12
Non-Hodgkin lymphoma	385741	5.5	5.0	0.54
Oesophagus	455784	6.5	5.9	0.70
Other pharynx	142387	2.0	1.9	0.23
Ovary	238719	6.8	6.1	0.67
Pancreas	337872	4.8	4.2	0.47
Prostate	1094916	30.8	30.6	3.78
Stomach	951594	13.5	12.1	1.39
Testis	55266	1.6	1.5	0.11
Thyroid	298102	4.2	4.0	0.40

Tabela 1 - Valores das taxas de incidência padronizada para vários tipos de cancro (Globocan 2012, IARC, 2016)

WORLD (2012)
ESTIMATED CANCER MORTALITY, ALL AGES: BOTH SEXES

Cancer	Numbers	Crude Rate	ASR (W)	Cumulative Risk
All cancers excl. non-melanoma skin cancer	8201575	116.3	102.4	10.46
Bladder	165084	2.3	1.9	0.18
Brain, nervous system	189382	2.7	2.5	0.27
Breast	521907	14.9	12.9	1.37
Cervix uteri	265672	7.6	6.8	0.75
Colorectum	693933	9.8	8.3	0.85
Corpus uteri	76160	2.2	1.8	0.21
Gallbladder	142823	2.0	1.7	0.18
Hodgkin lymphoma	25469	0.4	0.3	0.03
Kaposi sarcoma	26974	0.4	0.4	0.03
Kidney	143406	2.0	1.8	0.19
Larynx	83376	1.2	1.1	0.13
Leukaemia	265471	3.8	3.4	0.32
Lip, oral cavity	145353	2.1	1.9	0.22
Liver	745533	10.6	9.5	1.04
Lung	1589925	22.5	19.7	2.21
Melanoma of skin	55488	0.8	0.7	0.07
Multiple myeloma	80019	1.1	1.0	0.11
Nasopharynx	50831	0.7	0.7	0.08
Non-Hodgkin lymphoma	199670	2.8	2.5	0.26
Oesophagus	400169	5.7	5.0	0.57
Other pharynx	96105	1.4	1.3	0.15
Ovary	151917	4.3	3.7	0.43
Pancreas	330391	4.7	4.0	0.44
Prostate	307481	8.6	7.8	0.64
Stomach	723073	10.2	8.9	0.97
Testis	10351	0.3	0.3	0.02
Thyroid	39771	0.6	0.5	0.06

Tabela 2 - Valores das taxas de mortalidade padronizada para vários tipos de cancro (Globocan 2012, IARC, 2016)

de países desenvolvidos tem vindo a aumentar, é o factor HPV, que está cada vez mais presente na sociedade. (Farah et al., 2012)

i. Incidência na União Europeia

Na União Europeia (EU) as taxas de incidência no ano de 2012 rondaram os 61 416 novos casos de Cancro Oral, sendo que 42 573 eram em homens e 18 843 mulheres. (GLOBOCAN)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Também na Europa, a epidemiologia demonstrou que existe uma variação demográfica notória entre a Europa do Norte e a Europa de Leste. (Curado cit. in Albuquerque 2012) O país Europeu com maior taxa de incidência é a Hungria, tendo apresentado em 2012, 9 novos casos em cada 100000 habitantes. Por outro lado, no fundo desse ranking estão de países como os Países Baixos com cerca de 5 novos casos a cada 100000 habitantes. (Gráfico 1)

Relativamente, às taxas de mortalidade, o país Europeu com maior taxa continua a ser a Hungria com cerca de 4 casos (por cada 100000 habitantes) o que equivale a 713 casos mortais no ano de 2012. O país com menor taxa de mortalidade é o Luxemburgo não chega a 1 caso mortal (por cada 100000 habitantes), o que no ano de 2012 representou 2 mortes por Cancro Oral. (Tabela 3)

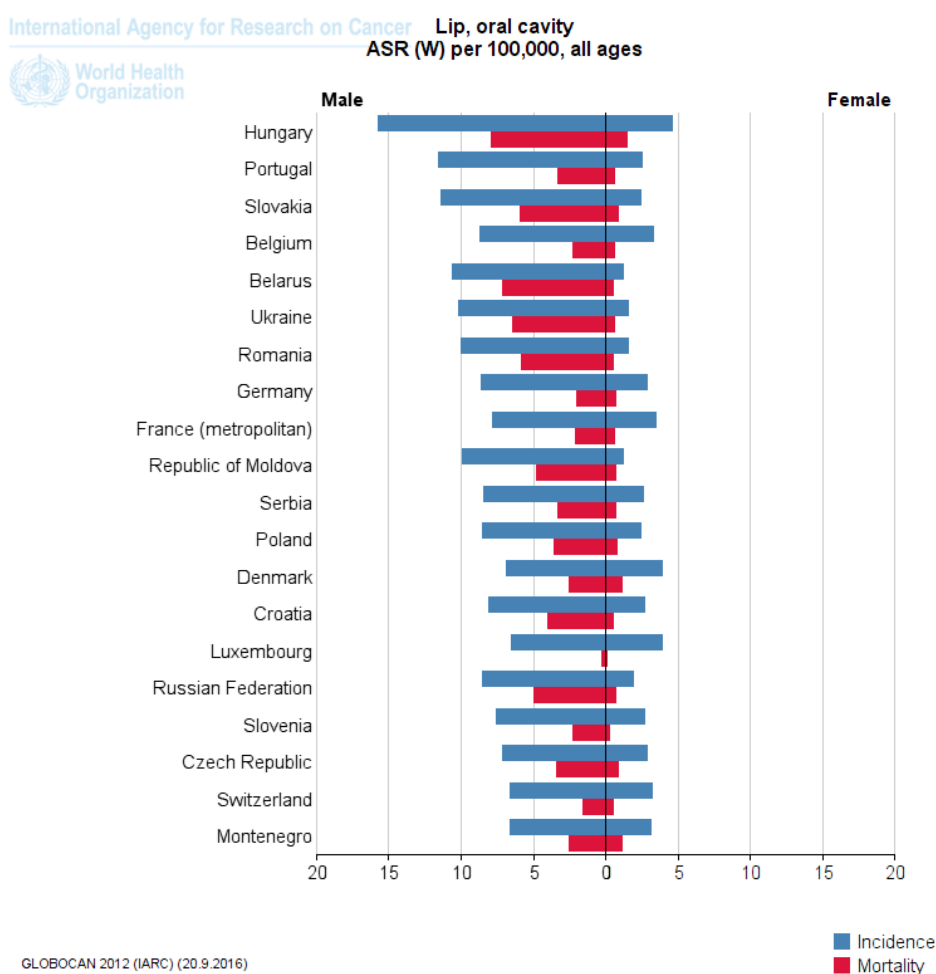


Gráfico 1-Estimativa de taxas de incidência e mortalidade padronizadas do cancro oral por cada 100.000 habitantes em diferentes países da Europa (Globocan 2012, IARC,2016)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Lip, oral cavity - Estimated mortality, all ages: both sexes					
POPULATION	*Quality	Numbers	Crude Rate	ASR (W)	Cumulative risk
Romania	L1	1001	4.7	3.0	0.37
Russian Federation	D2	5658	4.0	2.4	0.29
Slovakia	A1	273	5.0	3.2	0.37
Ukraine	A2	2172	4.8	3.0	0.35
Denmark	A2	199	3.6	1.8	0.20
Estonia	A1	65	4.9	2.5	0.31
Finland	A1	121	2.2	1.0	0.11
Iceland	A1	4	1.2	0.5	0.06
Ireland	A1	69	1.5	0.9	0.10
Latvia	A1	83	3.7	2.1	0.25
Lithuania	A1	161	4.9	3.0	0.35
Norway	A2	75	1.5	0.8	0.09
Sweden	A2	193	2.0	0.9	0.10
United Kingdom	A1	1296	2.1	1.0	0.12
Albania	G3	61	1.9	1.3	0.13
Bosnia Herzegovina	D5	47	1.3	0.7	0.09
Croatia	A2	174	4.0	2.1	0.26
Cyprus	A3	8	0.7	0.5	0.06
Greece	G3	183	1.6	0.7	0.07
Italy	B2	1549	2.5	1.1	0.12
FYR Macedonia	G3	34	1.6	1.0	0.11
Malta	A1	12	2.9	1.4	0.14
Montenegro	G6	19	3.0	1.8	0.20
Portugal	C3	379	3.5	1.9	0.20
Serbia	B2	333	3.4	2.0	0.22
Slovenia	A1	49	2.4	1.2	0.15
Spain	B2	1117	2.4	1.2	0.14
Austria	A2	234	2.8	1.4	0.16
Belgium	A2	285	2.6	1.4	0.17
France (metropolitan)	B2	1592	2.5	1.3	0.15
Germany	B2	2315	2.8	1.3	0.16
Luxembourg	D2	2	0.4	0.2	0.01
The Netherlands	A2	314	1.9	0.9	0.11
Switzerland	B2	162	2.1	1.1	0.12

Tabela 3 - Valores das taxas de mortalidade do cancro oral em alguns países da Europa (Globocan 2012, IARC, 2016)

ii. Incidência em Portugal

O Cancro que mais afecta a população portuguesa é o Cancro do Cólon, com cerca de 71 casos (por cada 100000 habitantes), seguido do Cancro da Próstata e da Mama. (Gráfico 4)

Em Portugal, a incidência do Cancro da Cabeça e Pescoço representa cerca de 10% de todos os tumores malignos (Dias *cit. in* Albuquerque 2012). Apresentou, em 2012, 13 novos casos (por cada 100000 habitantes) ou seja 1294 novos casos.

Quanto ao facto deste cancro ainda afectar mais homens que mulheres, Portugal também é um país que não foge à regra, sendo que 9 em cada 13 novos casos, afectaram pessoas do sexo masculino em 2012. (Gráfico 2) Em números reais, 967 dos novos casos eram homens e 327 eram mulheres.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Analisando agora as taxas de mortalidade, os números não são tão altos comparativamente com as taxas de incidência, mais ainda assim, são preocupantes. Segundo o GLOBOCAN, 379 pessoas morreram em 2012 devido ao Cancro Oral, sendo que 282 eram homens.

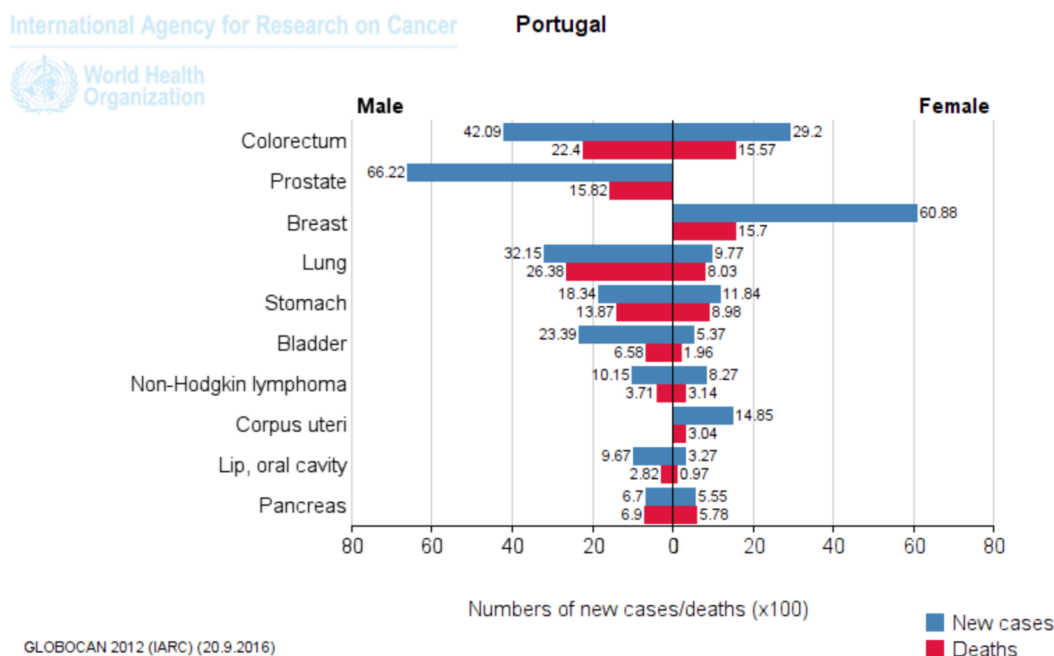


Gráfico 2-Estimativa de taxas de incidência e mortalidade do cancro oral por cada 100.000 habitantes em Portugal (Globocan 2012, IARC,2016)

i. Aumento de incidência em jovens adultos

Apesar do carcinoma espinocelular na cavidade oral ser mais frequente em indivíduos com idades mais avançadas, este tem vindo a aumentar as suas taxas em indivíduos mais jovens. (Hindle *cit. in* Carter 2007)

Segundo estudos estatísticos, definem-se como jovens adultos aqueles que tem uma idade inferior a 45 anos de idade. (Warnakulasuriya et al., 2010) Ainda reactivamente, a este grupo específico de pessoas, em 2004 foi realizado por Llewellyn e outros autores, o maior estudo em jovens com cancro oral. Esse estudo teve lugar no sudoeste da Inglaterra e concluiu que os factores de risco tabaco e álcool estavam presentes na maioria dos jovens (75%), enquanto que um grupo restrito de jovens pacientes aparentemente não estava expostos a esses factores mas ainda assim tinham esta patologia. (Llewellyn *cit. in* Warnakulasuriya 2010)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

A tabela 4, permite então concluir que, actualmente, os maiores afectados pelo Cancro Oral ainda são indivíduos com mais de 45 anos porém, sabe-se, que a tendência é para que as taxas de incidência aumentem em pessoas com menos de 45 anos. Tudo isto deve-se a aumento de comportamentos de risco a nível sexual que consequentemente levam a novos casos de cancro oral por HPVpositivo. (Khot et al., 2016)

3.Factores de Risco

O cancro oral é uma patologia que pode ser prevenida, para isso é fundamental conhecer ao pormenor quais os factores que podem estar implicados na etiologia da mesma. Os mais estudados são o tabaco e álcool, estes estão presentes em 90% dos casos e juntos tem um efeito sinérgico. (Rivera et al., 2015) Porém também existem outros factores que contribuem para o desenvolvimento do cancro oral são eles, o vírus do papiloma humano (HPV), os factores nutricionais, factores traumáticos, factores genéticos e as radiações UV. (Santos, 2011)

i.Tabagismo e Alcolismo

De todos os possíveis factores etiológicos do carcinoma espinocelular da cavidade oral, crê-se que o tabaco é o factor mais importante. Todas as formas de tabaco estão intimamente relacionadas com o cancro oral. O tabaco na forma de mascar e de cachimbo são então hábitos que aumentam consideravelmente a probabilidade de desenvolvimento desta neoplasia. “Reverse Smoking”, é o hábito de acender o cigarro e colocar a ponta acesa do cigarro dentro da boca. É um hábito praticado em países da América Latina, (como Colombia, Panama, Venezuela) e na Índia. (Rivera, 2015)

Sabe-se que o risco de desenvolver cancro oral é três vezes maior em fumadores do que em não fumadores. (Gandini *cit. in* Rivera 2015) Para além disso, o risco de ter cancro oral é 35% mais baixo em pessoas que deixaram de fumar à cerca de quatro anos comparando com aquelas que ainda fumam, no entanto estas discrepâncias percentuais não se verificam em pessoas que tenham deixado de fumar há 20 anos comparativamente com aqueles que nunca fumaram. (Marron *cit.in* Rivera 2015) Um ambiente com fumo de cigarros é igualmente prejudicial e pode causar cancro oral, o

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

risco é 87% maior para aqueles que são fumadores involuntários comparativamente com aqueles que não fumam nem tão pouco frequentam sítios com muito fumo. (McClean *cit. in* Rivera 2015)

Concluindo, o fumo dos cigarros é prejudicial para a saúde em geral dos indivíduos, na cavidade oral em específico, é responsável por doenças como a periodontite e em casos mais graves, pelo cancro oral.

Quanto ao álcool, é uma substância bastante presente na sociedade. De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa de Cancro, aproximadamente 2 milhões de pessoas consomem álcool regularmente sendo que o consumo, cada vez mais, está presente em faixas etárias mais jovens. O que acaba por ser um facto preocupante tendo em conta que, aparentemente também esta intimamente relacionado com o aumento de casos de cancro oral em pessoas mais jovens. Este, pode actuar tanto de forma local, como sistémica. Na cavidade oral pode causar mucosite, diminuição na produção de saliva e cancro oral .

ii. Virus do Papiloma Humano

Desde a primeira evidencia de que o HPV poderia estar relacionado com a etiologia do cancro oral, em 1977, varias estudos foram concebidos e confirmaram a sua relação com esta patologia. (Hausen *cit. in* Khot 2016)

De acordo com a literatura recente, 3 em cada 4 casos de cancro na orofaringe diagnosticados são HPV positivos. Se estas tendências se mantiverem, crê-se que o CEC ultrapasse cancros que estão no topo da lista dos cancros com mais incidência. Como é o caso do cancro do colo do útero. (Mehta *et.*, 2015)

Dada à acrescida influencia do HPV no cancro oral, é imprescindível, explicar em que consiste o HPV. Este, é nada mais nada menos, que um vírus de cadeias dupla de ADN que pertence à família do papillomaviridae. (Villiers *cit. in* Khot 2016) Sabe-se também que o HPV é denominado de papiloma, porque alguns deles (HPVs) causam verrugas e papilomas que não estão associados ao desenvolvimento de carcinomas. Por outro lado, alguns tipos de HPV são conhecidos por causar cancro, em especial o cancro cervical e

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

o CEC. (Khot, 2016) Também acerca deste vírus, são conhecidos, cerca de 120 tipos de genótipos, sendo que o HPV 16 e o HPV 18 são os que estão mais associados ao CEC (Villiers cit. in Khot 2016) e que os locais mais propensos de aparecerem este tipo de lesões por HPV são a base da língua, pavimento da boca e os nódulos linfáticos . (Mehat, 2015)

Relativamente à epidemiologia, desde o ano 2000 o cancro HPV positivo representa 40,5% dos novos casos de carcinoma espinocelular enquanto que, o HPV negativo também está associado ao cancro da cabeça e pescoço mas associado aos factores, tabaco e álcool. Desde o ano de 2005 estes números aumentaram para 70% dos casos de CEC. (Mehana cit. in Mehat 2015) Também as estatística demonstram que, pacientes que são diagnosticados com este tipo de cancro oral, são pacientes mais jovens (com idades compreendidas entre os 45 e 55 anos), do sexo masculino e caucasianos.

Khanna et al sugeriu os indivíduos infectados com HPV positivo que não eram consumidores assíduos de tabaco e álcool também estavam susceptíveis a ter cancro, para isso bastava terem outros comportamentos de risco como, a prática de sexo oral e a mudança constante de parceiros sexuais.

Por fim, é também importante referir, que alguns estudos foram realizados e comprovaram que a taxa de sobrevivência em 3 anos é 82% para os pacientes HPV positivos e 56% para os HPV negativos. (Ward cit.in Khot 2016)

4. Sinais e sintomas

O carcinoma espinocelular pode apresentar-se clinicamente de várias formas. Como tal, torna-se fundamental que haja conhecimento aprofundado da parte dos profissionais de saúde (médicos dentistas, médicos generalistas, e enfermeiros), a fim de fazer o reconhecimento antecipado de lesões potencialmente-malignas e malignas. Estudos apontam para que o cancro oral seja uma patologia com um quadro de sintomas bastante silencioso, o que leva a um diagnóstico tardio.

Então, os quatro sinais mais característicos do CEC são, a eritroplasia, a leucoplasia, a eritroleucoplasia e úlcera. (Carter, 2009)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Histopatologicamente, foi documentado que a eritroplasia tem um potencial de malignidade de 51% (Carter et al., 2007) e que a probabilidade de transformação para eritroleucoplasia é cerca de 50%. (Bouquet cit. in Carter 2007) Também à cerca da eritroplasia, o termo é equívoco, na medida em que sugere que se trata de uma placa vermelha, mas, na realidade, o que ocorre são lesões atroficas de cor vermelha ou associadas a lesões brancas (eritroleucoplasias). (Santos e Teixeira, 2011)

A leucoplasia, é uma lesão com menos potencial maligno que a eritroplasia. Define-se como uma mancha ou placa branca com risco potencial de transformação maligna. É uma lesão não removível à raspagem. (Warnakulasuriya et al., 2007)

Por sua vez, se na cavidade oral se encontra uma lesão com um componente vermelho e branco pode-se estar perante uma eritroleucoplasia. Estas lesões demonstram, no geral, a presença de displasia ou mesmo malignidade. Devido a esta potencial malignização é imprescindível que a sua deteção e tratamento sejam antecipados. (Van der Wall et al., 2009)

Quando uma lesão maligna cursa com ulceração esta é normalmente endofítica, ulcerada com bordos elevados endurecidos e fundo necróticos, e constitui a forma mais frequente de apresentação de cancro oral. (Santos e Teixeira, 2011)

Então, e porque o diagnóstico precoce é muito importante, todas as lesões presentes na cavidade oral que em três semanas não cicatrizem, devem ser biopsadas e enviadas para um laboratório anatomopatológico para posterior análise. (Scully, 2008)

5. Diagnóstico Precoce

Apesar dos avanços nesta e em muitas outras doenças malignas, o prognóstico dos pacientes com carcinoma espinocelular da cavidade oral ainda é pouco animador. E, como se sabe, o diagnóstico e o tratamento precoce ainda são a chave para as melhorias no que diz respeito às taxas de sobrevivência do cancro oral. (Mehrotra *cit. in* Rivera 2016)

O tratamento do CEC pode passar por uma série de combinações de tratamentos, dependendo fase em que se encontre o cancro. Ou seja, vai depender não só da

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

localização, do tamanho e do estágio do tumor, mas também do estado nutricional e da capacidade que o paciente em questão tem em tolerar as diferentes alternativas terapêuticas. (Huber e Tantiwongkosi *cit. in* Rivera 2016)

Na verdade, apenas um terço dos pacientes com cancro oral, são diagnosticados no estágio I/II da doença. E, nestes casos, a opção terapêutica passa pela combinação da radioterapia e da cirurgia. Quanto ao prognóstico, para estes pacientes em específico, os resultados conseguem-se rever nas taxas de sobrevivência, que são 80 % para o estágio I e 65% para o estágio II. (Gureri e Epstein *cit. in* Rivera 2016) Porém, infelizmente na grande maioria dos casos, os diagnósticos são feitos no estágio IV/V, e como tal, as taxas de sobrevivência em 5 anos já se reduzem para 50% e 30%, respectivamente. (Viet e Schmidt *cit. in* Rivera 2016)

6. Como podemos melhorar as taxas em Portugal

Como já foi dito anteriormente, as taxas de incidência bem como, as taxas de Portugal ainda apresentam números preocupantes. Como tal, todos os esforços devem ser reunidos com o propósito de melhorar o grau de conhecimento e de alerta da população em geral.

Um estudo levado a cabo por Ramirez et al., numa determinada região do Reino Unido, mostrou que a educação pública relação aos sinais e sintomas e a correcta assistência médica, bem como um bom nível de cuidados primários pode melhorar a olhos vistos, os resultados no cancro oral.(Monteiro et., al 2012) Portanto, em Portugal, tais medidas também seriam vantajosas para a diminuição das taxas.

Portanto, o primeiro passo seria, promover a doença através de palestras de esclarecimentos, folhetos representativos e se possível uma boa campanha publicitária a alertar a população, para esta questão (colaboração de todos os meios de comunicação).

Segundo Agrawal et., os meios de comunicação em geral, desempenham um importante papel na percepção pública do cancro oral (Ariyawardana, 2015)

Outro passo, seria investir fortemente na formação de certos profissionais saúde. Mais precisamente médicos dentistas, focando a atenção no conhecimento dos sinais e na

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

informação dos pacientes de quais os factores de risco para o cancro oral. Para além dessa medida, é importante alertar enfermeiros e médicos de quais os sinais do cancro oral e saber encaminhar devidamente os pacientes que tenham esta patologia.

7. Promover Saúde - Auto-exame

Nos estágios iniciais o cancro oral, é uma doença assintomática e, portanto, os indivíduos afetados não procuram tratamento. Para que isso não influencie negativamente no prognóstico dos casos é essencial, angariar conhecimentos sobre os sinais e sintomas do cancro oral. O auto-exame da mucosa oral, tem sido considerado um método eficaz, de detecção precoce desta doença bem como, a promoção de visitas recorrentes ao consultório de medicina dentária.

Então, no auto-exame, a inspeção deve incluir o complexo tonsilar, a inspeção e palpação da base da língua, (Mehta, 2015) para além disso devem ser procuradas mudanças de cor da pele e mucosas, endurecimentos, feridas e áreas com parestesia.

Por fim, é importante referir, que os pacientes que tenham hábitos etílicos e tabágicos acentuados, devem proceder ao auto-exame oral mensalmente, a fim de detectar atempadamente qualquer tipo de lesões.

III.MATERIAIS E MÉTODOS

Toda a literatura utilizada na elaboração deste trabalho de final de curso foi pesquisada na base de dados PUBMED, entre Janeiro de 2016 a Junho de 2016.

Foram recolhidos artigos científicos publicados entre o ano de 2000 a 2016, sendo que, a grande maioria dos artigos utilizados tinham sido publicados nos últimos 5 anos. As palavras-chave utilizadas foram : “Oral Cancer awareness” “Head and neck Cancer” “Risk Factors” “Squamous Cell Carcinoma” “Mouth Neoplasms” “HPV” “Potentially Malignant Oral Disorders” “Early Detection Of Cancer”.

Foram incluídos apenas artigos com acesso à versão integral do texto, tendo-se chegado a um total de 25 artigos para a realização da revisão literária. Para completar toda a pesquisa, consultou-se mais uma obra literária.

Este estudo tinha como principal objectivo, aceder ao nível de percepção e conhecimento sobre cancro oral, incluindo factores de risco, sinais e sintomas e crenças da população do Nordeste Transmontano relativamente a esta temática. Para isso recorreu-se a um inquérito, anteriormente utilizado nas cidades de Valongo e Porto e devidamente publicado internacionalmente..

Os inquéritos eram feitos pessoalmente tendo os inquiridos sido informados acerca dos objectivos do estudo, tendo previamente assinado um consentimento informado, livre e esclarecido. As condições para se realizar o inquérito era ser-se maior de 18 anos e serem indivíduos residentes na zona do Nordeste Transmontano. Mais precisamente, habitantes dos conselhos de Bragança, Mogadouro, Moncorvo, Miranda Do Douro, Vimioso, Vinhais e Vila Flor.

Foram realizadas 616 entrevistas tendo sido validadas apenas 534 questionários. Foram excluídos os questionários nos quais os entrevistados não responderam à totalidade das perguntas. Sendo que, 223 eram do sexo masculino e 311 era do sexo feminino.

Importante referir, que este estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando e que foram salvaguardados todos os princípios éticos

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

subjacentes à Declaração de Helsínquia e à Convenção de Oviedo para estudo com Humanos.

É relevante referir também, que os resultados deste estudo foram agrupados numa folha de cálculo do programa informático Microsoft Office Excel (2010). E, que os mesmos, foram sujeitos a uma análise estatística rigorosa. Posteriormente as respostas ao questionário passaram a estar representadas através de tabelas e gráficos de correlações. O programa informático utilizado foi, o Statistical Package for the Social Sciences (IBM© SPSS© Statistics) vs. 22.0 para Windows

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

IX. RESULTADOS: INQUÉRITO – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO GERAL E GRAU DE ALERTA SOBRE O CANCRO ORAL NUMA POPULAÇÃO DO NORDESTE TRANSMONTANO

• **Género**

	N	%
Masculino	223	41.8
Feminino	311	58.2

Tabela 4- Caracterização da amostra de estudo segundo o género

Relativamente ao género dos inquiridos, verificou-se que 223 (41.8%) são do sexo masculino e 311 (58.2%) são do sexo feminino.

• **Idade**

	N	Min	Max	Média	Desvio padrão
Idade	534	17	92	40.78	16.124

Tabela 5- Caracterização da amostra de estudo segundo a idade

A idade dos inquiridos está compreendida entre 17 e 92 anos. Verifica-se que a média da amostra é de 40.78 anos com um desvio padrão de 16.124.

• **Estado civil**

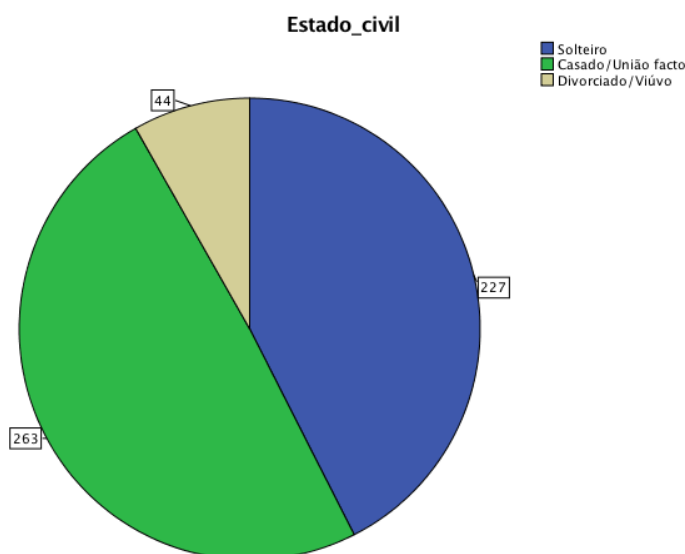


Gráfico 3- Caracterização da amostra de estudo segundo o estado civil

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

O gráfico representa os estados civil dos inquiridos. Verifica-se que cerca de metade da amostra (N=263) são casados ou vivem em união de facto. Segue-se o número de solteiros (N=227) e finalmente os divorciados ou viúvos (N=44).

- **Profissão**

	N	%
Estudante	74	13.9
Profissional de saúde	68	12.7
Auxiliar (educação, saúde)	66	12.4
Operacional	60	11.2
Reformado	40	7.5
Professor	40	7.5
Cargos superiores	47	8.8
Comerciante	42	7.9
Funcionário público	37	6.9
Doméstica/Desempregado(a)	26	4.9
Oficial de justiça	25	4.7
Outra	9	1.7

Tabela 6- Caracterização da amostra de estudo segundo a profissão

Relativamente à profissão dos inquiridos, verificou-se haver uma grande diversidade. Depois de agrupadas pelas categorias consideradas mais apropriadas, verificou-se que estudantes, profissionais de saúde, auxiliares e operacionais são os mais representativos na amostra (cerca de 50% da amostra).

- **Habilitações**

	N	%
Ensino secundário	217	40.7
Ensino superior	206	38.6
Ensino básico	110	20.6

Tabela 7- Caracterização da amostra de estudo segundo as habilitações literárias

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Quando questionados sobre as habilitações que possuíam, dos 533 indivíduos que responderam a esta questão (um não respondeu), verificou-se que 217 (40.7%) possuía o ensino secundário, 206 (38.6%) tinham um curso superior e 110 (20.6%) tinham, no máximo, o ensino básico.

- **Cancros que conhece ou ouviu falar (coloquei por ordem de “popularidade”)**

	N	%
Mama	529	99.1
Pulmão	524	98.1
Próstata	516	96.6
Pele ^{a)}	513	96.2
Estômago	504	94.4
Cólon	497	93.1
Tiróide	493	92.3
Pâncreas	487	91.2
Boca	475	89.0
Cervical	256	47.9

Tabela 8- Caracterização da amostra de estudo segundo a popularidade dos vários tipos de cancro

a) N=533

Quando questionados em relação aos cancros que os inquiridos conheciam ou já ouviram falar, verificou-se que todos os cancros indicados são do conhecimento da maioria. À exceção do cancro na cervical que apenas é do conhecimento de 47.9% dos inquiridos. Quanto aos cancros que se encontram no top dos mais conhecidos, encontram-se o cancro da mama (99.1%), do pulmão (98.1%) e da próstata (96.6%).

- **Cancros mais fáceis de detetar**

	N	%
Mama	433	81.1
Pulmões	171	32.0
Boca	147	27.5

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Cólon	111	20.8
Pâncreas	58	10.9

Tabela 9- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de quais os tipos de cancro mais fáceis de detectar

No que se refere à percepção sobre os cancros de mais fácil diagnóstico pelos profissionais de saúde, a maioria indicou o cancro da mama (81.1%). O cancro dos pulmões, boca, cólon e pâncreas foram assinalados por uma pequena percentagem dos inquiridos (entre 10.9% e 32.0%).

- **Examinaram a boca**

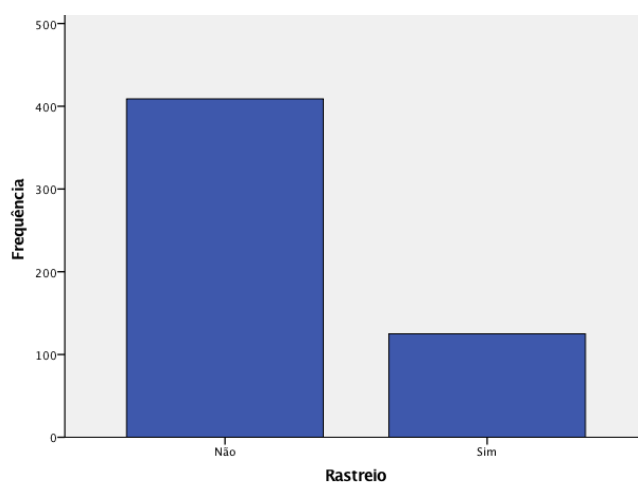


Gráfico 4- Caracterização da amostra de estudo segundo a realização de rastreios orais

Quando questionados sobre se alguma vez viram a sua boca ser examinada, apenas uma pequena minoria (cerca de 100 inquiridos) responderam positivamente. A maioria nunca teve qualquer tipo de exame oral.

- **Em quem é mais frequente o cancro da boca**

	N	%
Adultos (acima dos 45 anos)	238	44.6
Não sabe	175	32.8
Adultos (até 45 anos)	99	18.5
Jovens adultos (até 25 anos)	18	3.4
Crianças	7	1.3

Tabela 10- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual a faixa etária mais susceptível ao cancro oral

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Relativamente à faixa etária em que o cancro da boca é mais frequente, cerca de 45% da amostra (N=238) considera que o cancro da boca é em adultos com mais de 45 anos, 32.8% (N=175) diz não saber, 18.5% (N=99) afirma ser adultos até aos 45 anos. Finalmente, os jovens são referidos apenas por 18 (3.4%) inquiridos e crianças apenas por 7 (1.3%).

- **Cancro oral mais comum em...**

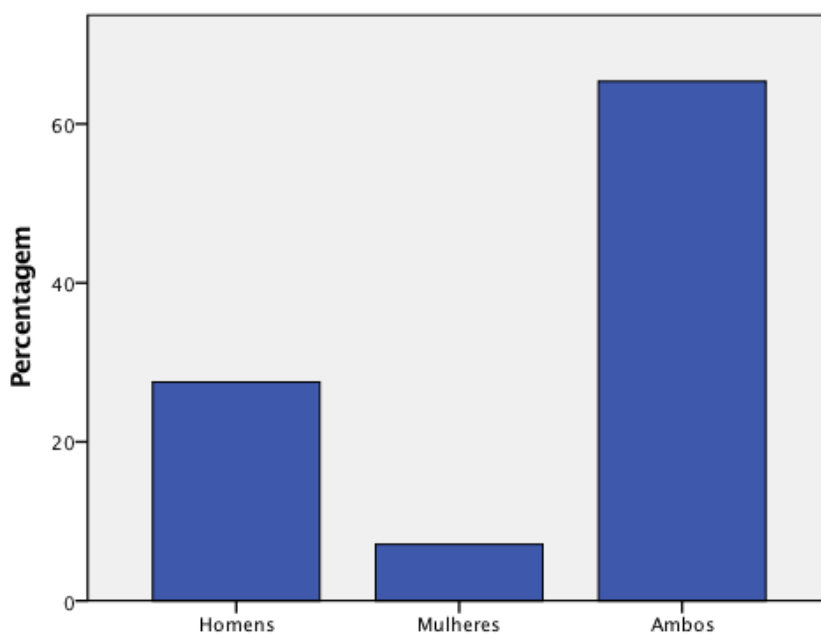


Gráfico 5- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual o género mais susceptível ao cancro oral

Pela análise do gráfico verifica-se que, quando questionados sobre o género em que o cancro oral é mais comum, a maioria dos inquiridos (acima de 60%) menciona ser igualmente no sexo feminino como masculino. Cerca de 30% diz ser mais comum nos homens e apenas cerca de 10% diz ser mais comum nas mulheres.

- **Zona mais afetada**

	N	%
Língua	260	48.7
Gengiva	154	28.8
Palato	92	17.2

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Soalho da boca	73	13.7
Bochecha	32	6.0

Tabela 11- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de qual a zona mais afectada pelo cancro oral

Relativamente à zona mais afetada pelo cancro oral, 260 inquiridos (48.7%) indica ser a língua e 154 (28.8%) indica ser a gengiva. Menos mencionados são o palato (indicado por 17.2% da amostra), o soalho da boca (indicado por 13.7% da amostra) e a bochecha (indicado por 6.0% da amostra).

- **Dos 10 tipos que mais afeta a população mundial?**

	N	%
Não	263	49.3
Sim	271	50.7

Tabela 12- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião do cancro oral ser ou não dos 10 tipos de cancro mais frequentes a nível mundial

Quanto ao facto de o cancro oral ser um dos 10 que mais afeta a população mundial, as opiniões dividem-se. 50.7% considera que é dos que mais afeta e 49.3% considera que não é dos que mais afeta.

- **Quantos morrem com cancro oral**

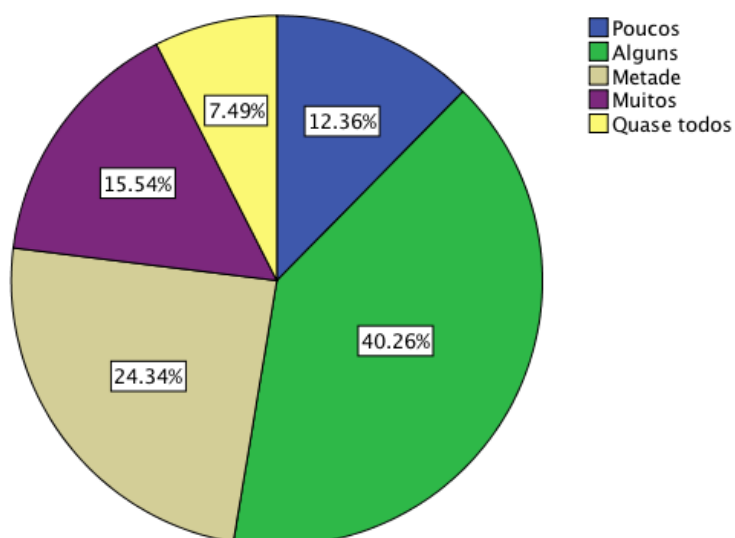


Gráfico 6- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião de quantos morrem de cancro oral

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Relativamente ao número de mortes por cancro oral, 40.23% dos inquiridos considera que são alguns (cerca de 25%), 24.34% considera ser cerca de metade (50%), 15.54% considera ser muitos (cerca de 75%). 12.36% diz serem poucos (cerca de 10%) e apenas 7.49% pensa serem quase todos (cerca de 90%).

- **Exemplos que podem aumentar o risco de cancro oral**

	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
Tabaco	458	85.8	19	3.6	57	10.7
Reduzida higiene oral	385	72.1	65	12.2	84	15.7
Álcool	365	68.4	38	7.1	131	24.5
Infeções	357	66.9	58	10.9	119	22.3
Baixo consumo de vegetais e frutas	212	39.7	135	25.3	187	35.0
Fumo dos carros	177	33.1	163	30.5	194	36.3
Exposição solar	146	27.3	196	36.7	192	36.0
Tratamentos no dentista	105	19.7	279	52.2	150	28.1
Consumo de café	104	19.5	215	40.3	215	40.3
Proximidades com pacientes com cancro	26	4.9	374	70.0	134	25.1

Tabela 13- Caracterização da amostra de estudo segundo os possíveis factores de risco

A tabela apresenta alguns exemplos de factores que poderão aumentar o risco de cancro oral. De salientar que o tabaco, a reduzida higiene oral, o álcool e as infeções são indicados pela maioria dos inquiridos (mais de 50%) como factores que aumentam este risco. Pelo contrário, a proximidade com pacientes com cancro e tratamentos no dentista são indicados por mais de 50% dos inquiridos como não sendo factores que aumentem o risco de cancro.

- **Sinais ou sintomas de cancro**

	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
Abcessos, quistos ou infeções	376	70.4	55	10.3	103	19.3
Úlceras que não cicatrizem	361	67.6	20	3.7	153	28.7

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Protuberância ou tumefacção na boca ^{a)}	340	63.9	25	4.7	167	31.4
Sangramento da boca	331	62.0	58	10.9	145	27.2
Dificuldade em deglutir	305	57.1	54	10.1	175	32.8
Manchas brancas ou vermelhas persistentes	287	53.7	46	8.6	201	37.6
Dificuldade em abrir a boca	217	40.6	109	20.4	208	39.0
Próteses desajustadas	168	31.5	147	27.5	219	41.0
Aftas frequentes	159	29.8	159	29.8	216	40.4
Dores de estômago	140	26.2	173	32.4	221	41.4

Tabela 14- Caracterização da amostra de estudo segundo os possíveis sinais e sintomas do cancro oral

a) N=532

Relativamente a possíveis sinais ou sintomas de cancro oral, a maioria dos inquiridos indica ser abscessos, quistos ou infeções, úlceras que não cicatrizem, protuberâncias ou tumefacções na boca, sangramento da boca, dificuldade em deglutir e manchas brancas ou vermelhas persistentes.

- **Prevenção do cancro**

Cancro	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
Pode ser prevenido	446	83.5	13	2.4	75	14.0
Questão de sorte	115	21.5	213	39.9	206	38.6

Tabela 14- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião relativamente a prevenção do cancro oral

A maioria da amostra (83.5%) considera que o cancro pode ser prevenido. Quanto ao facto de poder ser uma questão de sorte, 115 inquiridos (21.5%) responde que sim, 213 (39.9%) diz que não e 206 (38.6%) diz que não sabe.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

- **Diagnostico precoce aumenta probabilidade de sucesso no tratamento?**

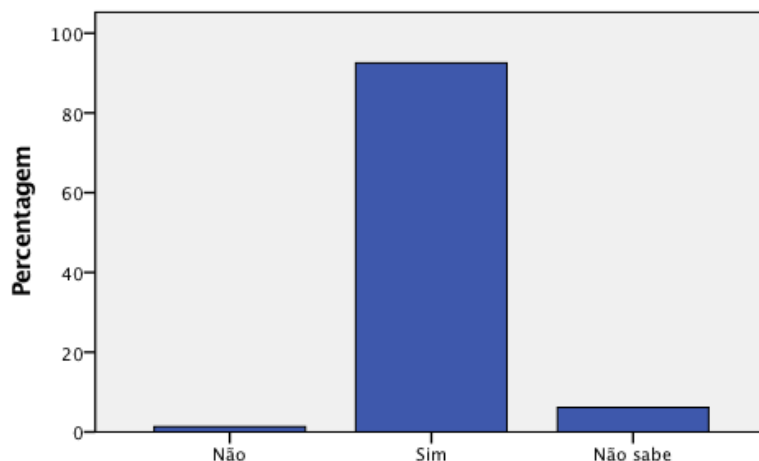


Gráfico 7- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião para a probabilidade de sucesso no tratamento do cancro oral

O gráfico mostra a opinião dos inquiridos relativamente ao diagnostico precoce do cancro oral. Quase a totalidade dos inquiridos considera que o diagnostico precoce aumenta a probabilidade de sucesso do tratamento. Apenas uma reduzida percentagem menciona desconhecer ou não considera que a probabilidade de sucesso aumentaria.

- **Vale a pena adoptar estilos de vida diferentes?**

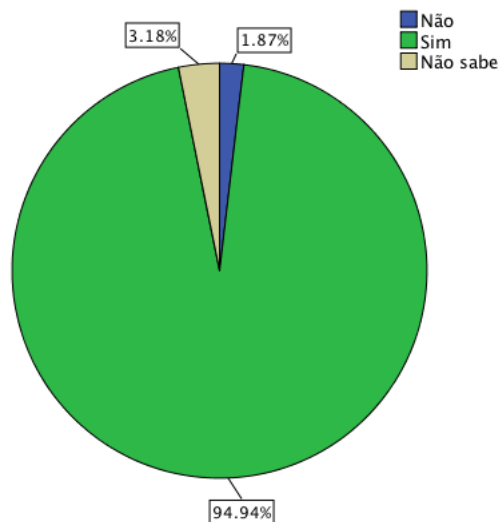


Gráfico 8- Caracterização da amostra de estudo segundo a opinião valer ou não a pena adoptar estilos de vida saudáveis

Tal como na questão anterior, a maioria dos inquiridos revela que valeria a pena adoptar estilos de vida diferentes em prol de uma redução do risco de cancro oral.

- **Fuma ou alguma vez fumou? Que tipo de tabaco?**

Questionados sobre o facto de serem ou alguma vez terem sido fumadores, 319 (59.8%)

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

dos inquiridos afirma nunca terem fumado, 87 (16.3%) dizem ser ex-fumadores e 127 (23.8%) são ainda fumadores. Dos inquiridos fumadores, 119 (93.7%) afirmam fumar cigarros. Os restantes não indicaram o tipo de tabaco.

- **Quantos cigarros fuma**

	N	Min	Max	Média	Desvio padrão
Nº cigarros por dia	124	1.0	25.0	10.105	6.3461

Tabela 15- Caracterização da amostra de estudo segundo o número de cigarro/dia

No que se refere ao número de cigarros que os inquiridos fumam por dia, os valores variam entre 1 e 25 cigarros, o que se traduz numa média de cerca de 10 cigarros com um desvio padrão de aproximadamente 6.

- **Bebe álcool?**

	N	%
Raramente	257	48.1
Nunca	156	29.2
Frequentemente	121	22.7

Tabela 16- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência de consumo de bebidas alcoólicas

Do total de inquiridos, verificou-se que 257 (48.1%) raramente consumia bebidas alcoólicas, 156 (29.2%) alegavam nunca beber e 121 (22.7) diziam que bebiam frequentemente.

- **Tipo de bebidas e quantidade**

	Nª de copos	N	Min	Max	Média	Desvio padrão
Vinho	Por dia	77	1.0	14.0	1883	1.5387
	Por semana	144	1.0	20	3.70	4.104
Cerveja	Por dia	23	1.0	5	1.74	1.176
	Por semana	148	1.0	35	4.57	5814

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Espirituais	Por dia	0	0	0	.000	.0000
	Por semana	139	1.0	10	2.42	2.068

Tabela 17- Caracterização da amostra de estudo segundo o tipo de bebidas e as quantidades ingeridas

A tabela apresenta o tipo de bebidas alcoólicas mais comuns dos inquiridos, bem como as quantidades indicadas por dia ou por semana. Verifica-se que as quantidades indicadas são relativamente baixas.

- **Frequência que lava os dentes**

	N	%
1x dia	503	94.2
1x semana	24	4.5
Raramente	7	1.3

Tabela 18- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência com que as pessoas lavam os dentes

A maioria dos inquiridos (94.2%) indica que lava os dentes uma vez por dia. Uma pequena percentagem (4.5%) afirma lavar uma vez por semana e apenas 1.7% diz lavar raramente.

- **Frequência que vai ao dentista**

	N	%
Ocasionalmente	217	40.6
Uma vez por ano	208	39.0
Quando dói	101	18.9
Nunca	8	1.5

Tabela 19- Caracterização da amostra de estudo segundo a frequência com que vão ao dentista

A tabela apresenta a frequência que os inquiridos dizem ir ao dentista. 217 (40.6%) diz que vai ocasionalmente, 208 (39.0%) vão uma vez por ano, 101 (18.9%) vão apenas quando dói e 8 (1.5%) nunca vão.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

- **Número de peças de fruta ou vegetais**

Nº de peças de fruta ou vegetais	N	Min	Max	Média	Desvio padrão
Por dia	505	0	6	2.52	1.370
Por semana	45	0	22	8.00	5.381

Tabela 20- Caracterização da amostra de estudo segundo as quantidade de frutas ingeridas por dia ou semana

No que se refere ao número de peças de fruta ou vegetais que os inquiridos comem por dia varia entre 0 e 6 com uma média de 2.25 e desvio padrão de 1.37. No que se refere à quantidade por semana, esta varia entre 0 e 22 com uma média de 8 e desvio padrão de 5.381.

Características sócio-demográficas e relações com algumas variáveis consciência e conhecimento (equivalente à tabela 1)

- **Género**

	Género	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Masculino	189 (39.8)	0.011
	Feminino	286 (60.2)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Masculino	193 (42.1)	0.707
	Feminino	265 (57.9)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Masculino	157 (43.0)	0.398
	Feminino	208 (57.0)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Masculino	139 (38.5)	0.031
	Feminino	222 (61.5)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Masculino	112 (39.0)	0.187
	Feminino	175 (61.0)	

Tabela 21- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis género e conhecimentos

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Da análise da tabela verifica-se que apenas as “conhecimento do cancro oral” e “úlceras como sinal de cancro” apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0.011$ e $p=0.031$, respetivamente) relativamente à variável género.

• **Idade**

	Idade	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	< 40 anos	242 (50.9)	0.890
	40 anos	233 (49.19)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	< 40 anos	239 (52.2)	0.109
	40 anos	219 (47.8)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	< 40 anos	192 (52.6)	0.227
	40 anos	173 (47.4)	
Úlceras como sinal (N=361; 67.6%)	< 40 anos	194 (53.7)	0.052
	40 anos	167 (46.3)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	< 40 anos	157 (54.7)	0.056
	40 anos	130 (45.3)	

Tabela 22- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis idade e conhecimentos

Relativamente à variável idade, nenhuma das variáveis de conhecimento e consciência de cancro apresenta diferenças estatisticamente significativas.

• **Estado civil**

	Estado civil	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Solteiro	203 (42.7)	0.955
	Casado*	233 (49.1)	
	Divorciado* *	39 (8.2)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Solteiro	203 (44.3)	0.029
	Casado*	222 (48.5)	
	Divorciado* *	33 (7.2)	
	Solteiro	159 (43.6)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Casado*	180 (49.3)	0.360
	Divorciado* *	26 (7.1)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Solteiro	163 (45.2)	0.017
	Casado*	176 (48.8)	
	Divorciado* *	22 (6.1)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Solteiro	129 (44.9)	0.231
	Casado*	139 (48.4)	
	Divorciado* *	19 (6.6)	

* casado ou em união de facto; **divorciado ou viúvo

Tabela 23- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis estado civil e conhecimentos

No que se refere à variável estado civil, verifica-se que as variáveis “tabaco como fator de risco” e “úlceras como sinal” apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0.029$ e $p=0.017$) respetivamente.

• **Habilitações**

	Habilitações	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Ensino básico	89 (18.8)	0.001
	Ensino secundário	190 (40.1)	
	Ensino superior	195 (41.1)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Ensino básico	85 (18.6)	0.001
	Ensino secundário	182 (39.8)	
	Ensino superior	190 (41.6)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Ensino básico	70 (19.2)	0.450
	Ensino secundário	153 (42.0)	
	Ensino superior	141 (38.7)	
	Ensino básico	65 (18.1)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Ensino secundário	133 (36.9)	0.0001
	Ensino superior	162 (45.0)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Ensino básico	58 (20.3)	0.148
	Ensino secundário	107 (37.4)	
	Ensino superior	121 (42.3)	

Tabela 24- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis habilitações e conhecimentos

Quando analisada a variável habilitações com as variáveis de conhecimento e consciência do cancro oral, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “conhecimento do cancro oral” ($p=0.001$), “tabaco como fator de risco” ($p=0.001$) e “úlceras como sinal” de cancro oral ($p<0.0001$).

• **Fumador**

	Fumador?	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Não fumador	286 (60.2)	0.327
	Fumador	109 (22.9)	
	Ex-fumador	80 (16.8)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Não fumador	277 (60.6)	0.466
	Fumador	109 (23.9)	
	Ex-fumador	71 (15.5)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Não fumador	209 (57.49)	0.232
	Fumador	93 (25.5)	
	Ex-fumador	62 (17.0)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Não fumador	239 (66.4)	0.0001
	Fumador	74 (20.6)	
	Ex-fumador	47 (13.1)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Não fumador	177 (61.9)	0.345
	Fumador	61 (21.3)	
	Ex-fumador	48 (16.8)	

Tabela 25- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis fumar e conhecimentos

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Analisada a variável fumador, apenas foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na variável “úlceras como sinal” do cancro oral ($0 < 0.0001$).

• **Fumador “pesado”**

	Fumador	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Não	414 (87.2)	0.905
	Sim	61 (12.8)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Não	395 (86.6)	0.360
	Sim	61 (13.4)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Não	315 (86.8)	0.780
	Sim	48 (13.2)	
Úlceras como sinal (N=361; 67.6%)	Não	322 (89.7)	0.018
	Sim	37 (10.3)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Não	247 (86.7)	0.698
	Sim	38 (13.3)	

Tabela 26- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis “ser fumador pesado” e conhecimentos

Apenas a variável “úlceras como sinal” do cancro oral apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p=0.018$) em relação à variável fumador compulsivo.

• **Álcool**

	Álcool	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Nunca	139 (29.3)	0.070
	Frequentemente	101 (21.3)	
	Raramente	235 (49.5)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Nunca	137 (29.9)	0.587
	Frequentemente	101 (22.1)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

	Raramente	220 (48.0)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Nunca	106 (29.0)	0.004
	Frequentemente	97 (26.6)	
	Raramente	162 (44.4)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Nunca	109 (30.2)	0.058
	Frequentemente	71 (19.7)	
	Raramente	181 (50.1)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Nunca	90 (31.4)	0.148
	Frequentemente	56 (19.5)	
	Raramente	141 (49.1)	

Tabela 27- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis álcool e conhecimentos

No que se refere à variável álcool, apenas a variável “álcool como fator de risco” apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p=0.004$) relativamente à variável consumo de álcool.

• **Consumidor de álcool “pesado”**

	Álcool	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	Não	466 (98.1)	0.013
	Sim	9 (1.9)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	Não	444 (96.9)	0.237
	Sim	14 (3.1)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	Não	353 (96.7)	0.244
	Sim	12 (3.3)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	Não	351 (97.2)	0.757
	Sim	10 (2.8)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	Não	276 (96.2)	0.100
	Sim	11 (3.8)	

Tabela 28- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis “ser consumidor de álcool pesado” e conhecimentos

Relativamente à variável “álcool compulsivo”, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na variável “conhecimento do cancro oral” (p=0.013).

• **Higiene oral**

	Higiene oral	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	< 1 por dia	21 (4.4)	0.001
	1 por dia	454 (95.6)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	< 1 por dia	29 (6.3)	0.290
	1 por dia	429 (93.7)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	< 1 por dia	23 (6.3)	0.554
	1 por dia	342 (93.7)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	< 1 por dia	16 (4.4)	0.073
	1 por dia	345 (95.6)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	< 1 por dia	19 (6.6)	0.459
	1 por dia	268 (93.4)	

Tabela 29- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis hábitos de higiene oral e conhecimentos

Apenas a variável “conhecimento do cancro oral apresentou diferenças estatisticamente significativas (p=0.001) em relação à variável higiene oral.

• **Visita o dentista**

	Dentista	N (%)	P
Conhecimento do cancro oral (N=475; 89.0%)	< 1 por ano	283 (59.6)	0.049
	1 por ano	192 (40.4)	
Tabaco como fator de risco (N=458; 85.8%)	< 1 por ano	271 (59.2)	0.031

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

	1 por ano	187 (40.8)	
Álcool como fator de risco (N=365; 68.4%)	< 1 por ano	207 (56.7)	0.003
	1 por ano	158 (43.3)	
Úlcera como sinal (N=361; 67.6%)	< 1 por ano	200 (55.4)	0.000 1
	1 por ano	161 (44.6)	
Manchas vermelhas/brancas como sinal (N=287; 53.7%)	< 1 por ano	149 (51.9)	0.000 1
	1 por ano	138 (48.1)	

Tabela 30- Caracterização sócio-demográfica da amostra do estudo, onde são relacionadas as variáveis visitas ao consultório dentário e conhecimentos

Finalmente, quando analisada a variável “visita o dentista”, verificou-se a existência de diferenças significativas em todas as variáveis de conhecimento ou consciência do cancro oral em estudo, ou seja, nas variáveis “conhecimento do cancro oral” (p=0.049), “tabaco como fator de risco” (p=0.031), “álcool como fator de risco” (p=0.003), “úlceras como sinal” (p<0.0001) e “manchas vermelhas/brancas como sinal” (p<0.0001).

• **Análise de regressão logística múltipla**

Depois de analisada algumas variáveis socio-demográficas com as variáveis de conhecimento e consciência do cancro oral, tornou-se conveniente verificar se todas as variáveis sociodemográficas com diferenças estatisticamente significativas contribuem e de igual forma nas variáveis de conhecimento e consciência. Para tal, foi efetuada uma análise de regressão logística múltipla.

• **Conhecimento do cancro oral**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Género	Masculino	189 (39.8)	0.628	0.353 - 1.117	0.113
	Feminino	286 (60.2)	1		
Habilitações	Ensino básico	89 (18.8)	0.341	0.152 - 0.766	0.009
	Ensino secundário	190 (40.1)	0.463	0.221 - 0.972	0.042
	Ensino superior	195 (41.1)	1		
Álcool “pesado”	Não	466 (98.1)	2.522	0.723 - 8.793	0.147
	Sim	9 (1.9)	1		

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Higiene oral	< 1 por dia	21 (4.4)	0.408	0.169 - .988	0.047
	1 por dia	454 (95.6)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.656	0.347 - 1.239	0.194
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 31- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o conhecimento

Quando analisada a regressão para a variável “conhecimento do cancro oral” com as variáveis sociodemográficas que apresentavam diferenças estatisticamente significativas, verificou-se a existência de diferenças nas variáveis “habilitações” e “higiene oral”. Pode, portanto, pela análise da tabela concluir-se que os inquiridos com o ensino básico são as que têm menos conhecimento do cancro oral, seguido dos inquiridos com ensino secundário. Relativamente à higiene oral, os que lavam os dentes menos que uma vez por dia são os que apresentam menor conhecimento em relação ao cancro oral.

• **Tabaco como fator de risco**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Estado civil	Solteiro	203 (42.7)	2.219	0.968 – 5.086	0.060
	Casado	233 (49.1)	1.605	0.739 – 3.489	0.232
	Divorciado	39 (8.2)	1		
Habilitações	Ensino básico	89 (18.8)	0.350	0.178 – 0.726	0.004
	Ensino secundário	190 (40.1)	0.479	0.254 – 0.905	0.023
	Ensino superior	195 (41.1)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.632	0.365 – 1.096	0.102
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 32- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o tabaco como factor de risco

A variável “tabaco como fator de risco”, apenas apresenta diferenças significativas na variável habilitações. Verifica-se que os inquiridos com o ensino básico são os que

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

menos consideram o tabaco como um fator de risco para o cancro oral. Segue os inquiridos com ensino secundário e, posteriormente, os inquiridos com ensino superior.

• **Álcool como factor de risco**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Álcool	Nunca	139 (29.3)	1.243	0.812 – 1.903	0.317
	Frequentemente	101 (21.3)	2.558	1.521 – 4.304	0.0001
	Raramente	235 (49.5)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.514	0.346 – 0.764	0.001
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 33- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e o álcool como factor de risco

No que se refere à variável “álcool como factor de risco” verificam-se diferenças nas variáveis álcool e dentista. Pode concluir-se que os inquiridos que consomem álcool frequentemente tem mais conhecimento do álcool como sendo um factor de risco que os inquiridos que consomem raramente. Além disso, os que visitam o dentista menos que uma vez por ano também têm menos conhecimento deste risco que aqueles que vão pelo menos uma vez por ano.

• **Úlcera como sinal**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Género	Masculino	189 (39.8)	1.016	0.663 – 1.558	0.941
	Feminino	286 (60.2)	1		
Estado civil	Solteiro	203 (42.7)	1.965	0.951 – 4.059	0.068
	Casado	233 (49.1)	1.473	0.730 – 2.972	0.280
	Divorciado	39 (8.2)	1		
	Ensino básico	89 (18.8)	0.408	0.229 – 0.728	0.002

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Habilitações	Ensino secundário	190 (40.1)	0.459	0.285 – 0.738	0.001
	Ensino superior	195 (41.1)	1		
Fumador	Não fumador	286 (60.2)	3.529	2.034 – 6.123	0.0001
	Fumador	109 (22.9)	2.073	0.954 – 4.503	0.066
	Ex-fumador	80 (16.8)	1		
Fumador compulsivo	Não	322 (89.7)	1.659	0.749 – 3.676	0.212
	Sim	37 (10.3)	1		
Fruta/vegetais	< 3 unidades	168 (49.0)	0.682	0.446 – 1.041	0.076
	3 unidades	175 (51.0)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.500	0.322 – 0.779	0.002
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 34- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e a úlcera como sinal

Quanto à variável “úlceras como sinal”, verificaram-se diferenças nas variáveis habilitações, fumador e dentista. Pode, pela análise da tabela, concluir-se que os inquiridos com apenas o ensino básico são os que menos consideram a úlcera como sinal de risco ($p=0.002$), seguido dos inquiridos com ensino secundário ($p=<0.0001$), quando comparados com os que possuem o ensino superior. Além disso, os que vão menos que uma vez por ano ao dentista também têm menos conhecimento deste risco dos que vão pelo menos uma vez por ano.

• **Manchas vermelhas/brancas como sinal**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Fruta/vegetais	< 3 unidades	228 (51.0)	0.671	0.466 – 0.965	0.031
	3 unidades	219 (49.0)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.425	0.291 – 0.621	0.0001

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

	1 por ano	192 (40.4)	1		
--	-----------	------------	---	--	--

Tabela 35- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis e as manchas vermelhas ou brancas como sinal

Quanto à variável manchas vermelhas/brancas como sinal, verificaram-se diferenças nas duas variáveis estudadas, fruta/vegetais e dentista. Conclui-se que quem come menos de 3 unidades por dia tem menos conhecimento deste sinal do cancro oral do que os que comem pelo menos três peças de fruta ou vegetais por dia. Além disso, os que vão menos que uma vez por ano ao dentista também têm menos conhecimento deste sinal do que aqueles que vão pelo menos uma vez por ano.

• **Características sócio-demográficas e associação com variáveis de opinião sobre o cancro (equivalente à segunda tabela)**

• **Género**

	Género	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Masculino	88 (41.3)	0.929
	Feminino	125 (58.7)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Masculino	214 (43.3)	0.012
	Feminino	280 (56.7)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Masculino	215 (42.4)	0.231
	Feminino	292 (57.6)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Masculino	189 (42.4)	0.555
	Feminino	257 (57.6)	

Tabela 36- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis género e as opiniões sobre o cancro

Quando comparadas as variáveis sociodemográficas com as variáveis de opinião sobre o cancro, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na variável “detecção precoce pode melhorar o tratamento” do cancro oral (p=0.012)

• **Idade**

	Idade	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	< 40 anos	117 (54.9)	0.133

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

	40 anos	96 (45.1)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	< 40 anos	254 (51.4)	0.325
	40 anos	240 (48.6)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	< 40 anos	258 (50.9)	0.845
	40 anos	249 (49.1)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	< 40 anos	230 (51.6)	0.416
	40 anos	216 (48.4)	

Tabela 37- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis idade e as opiniões sobre o cancro

Relativamente à variável idade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das variáveis de opinião sobre o cancro.

• **Estado civil**

	Estado civil	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Solteiro	103 (48.4)	0.024
	Casado*	99 (46.5)	
	Divorciado**	11 (5.2)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Solteiro	212 (42.9)	0.545
	Casado*	243 (49.2)	
	Divorciado**	39 (7.9)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Solteiro	214 (42.2)	0.010
	Casado*	255 (50.3)	
	Divorciado**	38 (7.5)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Solteiro	193 (43.3)	0.188
	Casado*	213 (47.8)	
	Divorciado**	40 (9.0)	

* casado ou em união de facto; **divorciado ou viúvo

Tabela 38- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis estado civil e as opiniões sobre o cancro

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

As variáveis “discorda ser uma questão de sorte” e “influencia do estilo de vida no risco do cancro oral” foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0.024$ e $p=0.010$ respetivamente) relativamente á variável estado civil.

• **Habilitações**

	Habilitações	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Ensino básico	32 (15.1)	0.0001
	Ensino secundário	74 (34.9)	
	Ensino superior	106 (50.0)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Ensino básico	97 (19.7)	0.143
	Ensino secundário	202 (41.0)	
	Ensino superior	194 (39.4)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Ensino básico	101 (20.0)	0.245
	Ensino secundário	208 (41.1)	
	Ensino superior	197 (38.9)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Ensino básico	93 (20.9)	0.325
	Ensino secundário	175 (39.3)	
	Ensino superior	177 (39.8)	

Tabela 39- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis habilitações e as opiniões sobre o cancro

No que se refere às habilitações, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0.0001$) na variável “discorda ser uma questão de sorte”.

• **Fumador**

	Fumador?	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Não fumador	122 (57.3)	0.589
	Fumador	55 (25.8)	
	Ex-fumador	36 (16.9)	
	Não fumador	293 (59.4)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Fumador	120 (24.3)	0.620
	Ex-fumador	80 (16.2)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Não fumador	301 (59.5)	0.183
	Fumador	119 (23.5)	
	Ex-fumador	86 (17.0)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Não fumador	271 (60.9)	0.053
	Fumador	109 (24.5)	
	Ex-fumador	65 (14.6)	

Tabela 40- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis fumador e as opiniões sobre o cancro

Nenhuma das variáveis apresenta diferenças quanto ao facto de ser ou não ser fumador.

• **Fumador “pesado”**

	Fumador	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Não	180 (84.5)	0.145
	Sim	33 (15.5)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Não	424 (86.2)	0.006
	Sim	68 (13.8)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Não	442 (87.5)	0.371
	Sim	63 (12.5)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Não	383 (86.3)	0.163
	Sim	61 (13.7)	

Tabela 41- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis “ser fumador pesado” e as opiniões sobre o cancro

Quando analisada a variável “fumador compulsivo”, apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0.006$) na variável “detecção precoce pode melhorar o tratamento” do cancro oral.

• **Álcool**

	Álcool	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Não	210 (98.6)	0.178
	Sim	3 (1.4)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Não	480 (97.2)	0.614
	Sim	14 (2.8)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Não	493 (97.2)	0.382
	Sim	14 (2.8)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Não	434 (97.3)	0.823
	Sim	12 (2.7)	

Tabela 42- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis álcool e as opiniões sobre o cancro

Apenas a variável “discorda ser uma questão de sorte” apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação à variável álcool ($p < 0.0001$).

• **Álcool “pesado”**

	Álcool	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	Nunca	50 (23.5)	0.0001
	Frequentemente	38 (17.8)	
	Raramente	125 (58.7)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	Nunca	143 (28.9)	0.705
	Frequentemente	114 (23.1)	
	Raramente	237 (48.0)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	Nunca	146 (28.8)	0.631
	Frequentemente	115 (22.7)	
	Raramente	246 (48.5)	
	Nunca	129 (28.9)	

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	Frequentemente	107 (24.0)	0.246
	Raramente	210 (47.1)	

Tabela 43- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis álcool “pesado” e as opiniões sobre o cancro

A variável “álcool compulsivo” não apresenta diferenças nas variáveis de opinião do cancro oral.

• **Fruta ou vegetais**

	Fruta	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	< 3 unidades	97 (48.7)	0.237
	3 unidades	102 (51.3)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	< 3 unidades	247 (52.7)	0.389
	3 unidades	222(47.3)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	< 3 unidades	247 (51.7)	0.554
	3 unidades	231 (48.3)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	< 3 unidades	228 (54.4)	0.024
	3 unidades	191 (45.6)	

Tabela 44- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis fruta e vegetais e as opiniões sobre o cancro

Quando estudada a variável “fruta ou vegetais”, apenas se registaram diferenças significativas na variável “percepção de risco do cancro oral” (p=0.024).

• **Higiene oral**

	Higiene oral	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	< 1 por dia	7 (3.3)	0.057
	1 por dia	206 (96.7)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	< 1 por dia	29 (5.9)	0.821
	1 por dia	465 (94.1)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro	< 1 por dia	30 (5.9)	0.622

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

oral (N=507; 94.9)	1 por dia	477 (94.1)	0.052
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	< 1 por dia	30 (6.7)	0.043
	1 por dia	416 (93.3)	

Tabela 45- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis hábitos de higiene oral e as opiniões sobre o cancro

Apenas a variável “percepção de risco do cancro oral” apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável “higiene oral” .

• **Visita o dentista**

	Dentista	N (%)	P
Discorda ser uma questão de sorte (N=213; 39.9%)	< 1 por ano	117 (54.9)	0.019
	1 por ano	96 (45.1)	
Detecção precoce pode melhorar o tratamento (N=494; 92.5%)	< 1 por ano	291 (58.9)	0.0001
	1 por ano	203 (41.1)	
Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral (N=507; 94.9)	< 1 por ano	309 (60.9)	0.834
	1 por ano	198 (39.1)	
Percepção de risco do cancro oral (N=446;83.5%)	< 1 por ano	271 (60.8)	0.812
	1 por ano	175 (39.2)	

Tabela 46- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as variáveis visita ao consultório dentário e as opiniões sobre o cancro

Finalmente, quando analisada a variável “visita ao dentista” verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “discorda ser uma questão de sorte” (p=0.019) e “detecção precoce pode melhorar o tratamento” (p<0.0001).

• **Análise de regressão logística múltipla**

Depois de analisada algumas variáveis sociodemográficas com as variáveis de opinião sobre o cancro oral, tornou-se conveniente verificar se todas as variáveis sociodemográficas com diferenças estatisticamente significativas contribuem e de igual forma nas variáveis de opinião. Para tal, foi efetuada uma análise de regressão logística múltipla.

• **Discorda ser uma questão de sorte**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
-----------	-----------	-------	----	--------	---

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Estado civil	Solteiro	203 (42.7)	1.924	0.900 – 4.113	0.091
	Casado	233 (49.1)	1.536	0.727 – 3.245	0.261
	Divorciado	39 (8.2)	1		
Habilitações	Ensino básico	89 (18.8)	0.484	0.288 – 0.813	0.006
	Ensino secundário	190 (40.1)	0.527	0.352 – 0.789	0.002
	Ensino superior	195 (41.1)	1		
Álcool	Nunca	139 (29.3)	0.542	0.353 – 0.832	0.005
	Frequentemente	101 (21.3)	0.522	0.328 – 0.832	0.006
	Raramente	235 (49.5)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.736	0.507 – 1.067	0.106
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 47- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião de discordar ser uma questão sorte ter cancro oral

Quando analisada a variável “discorda ser uma questão de sorte” verificou-se a existência de diferenças nas variáveis habilitações e álcool. Pode concluir-se que os inquiridos com o ensino básico são os que menos discordam ser uma questão de sorte, seguido dos que possuem ensino secundário. Além disso, os inquiridos que bebem frequentemente também são os que menos discordam ser uma questão de sorte, seguido dos que nunca bebem.

• **Detecção precoce pode melhorar o tratamento**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Género	Masculino	189 (39.8)	2.534	1.165 – 5.512	0.019
	Feminino	286 (60.2)	1		
Fumador	Não	322 (89.7)	0.000	0.000 - inf	0.997

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

compulsivo	Sim	37 (10.3)	1		
Dentista	< 1 por ano	283 (59.6)	0.178	0.068 – 0.466	0.0001
	1 por ano	192 (40.4)	1		

Tabela 48- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre a detecção precoce do cancro

Analisada a variável “detecção precoce pode melhorar o tratamento”, verificou-se a existência de diferenças nas variáveis género e dentista. Pela análise da tabela pode concluir-se que o sexo masculino tem maior consciência de que a detecção precoce pode melhorar o tratamento, do que o sexo feminino. Além disso os que vão menos que uma vez por ano ao dentista são os que menos tem opinião de que a detecção precoce pode provocar esta melhoria, do que os que vão pelo menos uma vez por ano.

• **Influencia do estilo de vida no risco de cancro oral**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Estado civil	Solteiro	203 (42.7)	2.559	0.931 – 7.259	0.068
	Casado	233 (49.1)	5.033	1.655 – 15.302	0.004
	Divorciado	39 (8.2)	1		

Tabela 49- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre influencia de um estilo de vida saudável no risco de cancro oral

Pela análise da tabela, pode concluir-se que os casados consideram mais que o estilo de vida influencia o risco de cancro oral quando comparados com os divorciados.

• **Percepção de risco do cancro oral**

Variáveis	Categoria	N (%)	OR	IC 95%	P
Fruta/vegetais	< 3 unidades	168 (49.0)	1.750	1.090 – 2.810	0.020
	3 unidades	175 (51.0)	1		
Higiene oral	< 1 por dia	21 (4.4)	6.648	0.892 – 49.558	0.065
	1 por dia	454 (95.6)	1		

Tabela 50- Análise de regressão logística múltipla onde são relacionadas as diferentes variáveis com a opinião sobre a percepção do risco de cancro oral

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

A percepção do risco de cancro oral apresenta diferenças na variável fruta/vegetais. Verifica-se que os inquiridos que comem menos que três unidades por dia têm uma maior percepção deste risco do que os que comem pelo menos 3 peças por dia.

V. DISCUSSÃO

Este estudo contou com a participação de 534 indivíduos, sendo que a maioria dos participantes era do sexo feminino e a idade média era 40 anos. Quanto ao estado civil 50% dos inquiridos viviam em união de facto ou estavam casados.

Relativamente às habilitações literárias, que noutros estudos efectuados demonstrou ser um factor importante para o nível de conhecimento das pessoas, neste estudo, verificou-se que a 40.7% tinham frequência do ensino secundário e que uma amostra também significativa, tinham frequência do ensino superior (38.6%). Como tal, podemos concluir, que grande parte dos inquiridos tinham um nível de habilitações literárias bastante satisfatório. Outro dado que parece estar relacionado com o nível de conhecimento dos inquiridos à cerca do cancro oral, é o número de vezes que os inquiridos lavam os dentes. Chega-se à conclusão que aqueles que mais cuidado têm em preservar a sua saúde oral, também têm o cuidado de estar a par dos sinais e sintomas do cancro oral.

Por outro lado, verificou-se que nesta população (Nordeste Transmontano) o cancro oral, é dos exemplos de cancro que quando referenciado as pessoas menos alegam conhecer, cerca 89% dos inquiridos. Apesar de tudo é uma percentagem bastante animadora, visto que a maioria dos estudos dizem que o CEC é dos menos conhecidos. (Warnakulasuriya et al., 1999)(Monteiro et al., 2012)(West et., 2006)(Cruz et al., 2002) Numa posição mais preocupante só mesmo o cancro da cervical com 47.9%. O que é contraditório, porque o exemplo do cancro do pâncreas, um dos que menos afecta a população portuguesa e, ainda assim, as pessoas tem mais conhecimento desta patologia do que do cancro oral ou do cervical. Como sempre o cancro da mama, aparece no topo da lista dos mais conhecidas com 99,1%.

Quando questionados de quais seriam os cancros mais fáceis de detectar por parte dos profissionais de saúde, de cinco exemplos, os inquiridos apontaram o cancro da mama como sendo o mais fácil de detectar com 81,1% e o do pâncreas o mais difícil 10.9%. O cancro da boca aparece no meio dessa lista, com 27.5% das pessoas a responder que era de facto, dos cancros mais fáceis de detectar.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Outra questão que se incluía neste estudo, era se os inquiridos alguma vez teriam sido examinados num rastreio de cancro oral. Depois de analisados os números, apenas 100 de 534 indivíduos teriam realizado um rastreio, o que percentualmente representa 18.7% da amostra. Este número não é satisfatório tendo em conta, que este tipo de iniciativas é óptimo meio de divulgação para este problema.

Quanto, à percepção dos inquiridos de quem poderia ser a população alvo para o cancro oral, este estudo indica-nos que a maioria das pessoas acha que esta patologia afecta de igual modo ambos os sexos e pessoas acima dos 45 anos. Porém outros estudo, referem que embora tenha havido um acréscimo de casos de CEC no sexo feminino, ainda é o sexo masculino aquele que mais sofre com este cancro. E sim, de facto os mais atingidos são pessoas com mais de 45 anos mas já se verificam aumento do número de casos em pessoas mais jovens. Sabe-se que estes dois aspectos podem estar relacionados com factor etiológico, HPV.

Segundo a literatura os locais onde o cancro oral se apresenta são, em 40% dos casos na língua, em 30% dos casos no pavimento da boca e no lábio inferior. (Neville cit in. Rivera 2016) Neste estudo, a população estudada acha que os locais mais propensos para ocorrer cancro oral são a língua com 48.75, a gengiva com 28.8% e em último a mucosa jugal com 6,6% das respostas. Quanto ao pavimento da boca apenas 13,1% dos inquiridos acreditam que é o local mais propenso ao cancro oral.

Abordando agora a etiologia do CEC. Segundo este estudo, 85,8% dos inquiridos estão cientes que o tabaco está de facto relacionado com este cancro. Quanto ao álcool apenas 68,4% da amostra tem conhecimento que este também contribui para o aparecimento do CEC e 37,7% associa o baixo consumo de vegetais e frutas à ocorrência deste e qualquer outro cancro. A exposição solar tem sido referenciado como factor de risco noutros estudos e neste estudo em específico, 27,3 % dos inquiridos concordam com a sua relação ao cancro oral. Então quanto à etiologia, neste caso podemos perceber que cada vez mais as populações começam a ter conhecimento de quais os factores predisponentes do cancro oral porém, ainda existe um número considerável de pessoas a ter crenças erradas relativamente à etiologia do cancro oral. Cerca de 19.7% respondeu neste inquérito, que os tratamentos no dentista poderiam estar na origem do CEC. Tal

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

dado, é absolutamente falso. Muito pelo contrario, as visitas regulares ao consultório dentário evitam, na maioria das vezes, a detecção tardia desta patologia.

Acerca dos sinais e sintomas, a maioria dos estudos refere que o nível de desconhecimento sobre a temática cancro oral ainda é muito grande, neste em específico, 67.6% dos inquiridos reconhecem que as úlceras que não cicatrizam podem ser um sinal e que 57.1% também crê que as manchas brancas ou vermelhas podem ser um sinal de cancro oral. Verifica-se também, que as pessoas com menos consciência de quais os sinais e sintomas do CEC são pessoas com um nível de instrução menor (apenas com o ensino básico) e que vão menos vezes ao consultório dentário.

Outro facto interessante, é que 83,5% da amostra considera que o cancro oral pode ser prevenido e que adopção de estilos de vida saudáveis pode fazer toda a diferença. Noutros estudos, a maioria dos inquiridos não tem esta percepção e referem muitas vezes, que ter ou não cancro oral é puramente uma questão de sorte. Outro dado animador, é que aproximadamente 90% dos inquiridos têm noção que quanto mais cedo for diagnosticado o cancro, melhor será o prognostico e o tratamento. Também nesta questão as mulheres e as pessoas que mais vezes ao dentista, responderam acertadamente a esta questão.

VI. CONCLUSÃO

Conclui-se então, que o facto do cancro oral ser um problema de saúde pública a nível mundial e que apesar do seu sexto lugar no top de dos cancros mais frequentes, este, continua a ser pouco falado e pouco conhecido pela população em geral. O nordeste transmontano, não é excepção, sendo realmente dos menos conhecidos.

Desde, os sinais e sintomas aos factores de risco, as crenças de cada pessoa em relação ao CEC, pouco é a informação que está consolidada na população sobre esta patologia.

São poucos os inquiridos que tem noção que o cancro oral ainda afecta mais homens que mulheres e pior, poucos acreditam que o cancro oral é altamente mortal, apresentando taxas de sobrevivência a 5 anos muito elevadas quando diagnosticado nos estádios III e IV.

Como tal, todos os esforços devem ser reunidos, de modo a aumentar o grau de conhecimento da população sobre esta questão. A melhor maneira para o fazer, seria realizar mais rastreios com o propósito de descobrir mais casos de cancro oral, fazer mais folhetos informativos, melhorar a formação dos profissionais de saúde bem como e fazer mais campanhas.

No entanto, apesar do desconhecimento desta população em relação à maioria das questões do cancro oral, nem todos os aspectos que se registaram foram negativos. Alguns dados, vieram comprovar que as pessoas apesar de não saberem muito sobre o cancro oral, têm noção que este existe, que é um problema e que quanto mais cedo for detectado, como em qualquer outra doença, melhor será o seu prognostico.

VI. BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, R.P. et al., (2012). A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. *Med Oral Patol Oral Circ Bucal*, 17: e 550-4.

Ariyawardana, A. et al., (2015). Awareness and Knowledge of Oral Cancer and Potentially Malignant Oral Disorders among Dental Patients in Far North Queensland, Australia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(10), pp. 4429-4443.

Austoker, J. et al., (2009) Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *British Journal of Cancer*, 101, pp.531-539.

Awojobi, et al.,(2012). Patients perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 12:55.

Barnes, L. (2005). Organization WH and Cancer IAfRo. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. World Head Organization 2005.

Carter, L.M. & Ogden G.R. (2007). Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Medical Education*, 7:44. [Em linha]. em <<http://www.biomedcentral.com/I472-6920/7/44>> [Consultado 01/06/2016].

Carter, L.M. et al., (2009). Oral Cancer awareness amongst hospital nursing staff: a pilot study. *BMC Oral Health* 2009, 9:4.

Dodd, R.H. (2016). Print and online newspaper coverage of the link between HPV and oral cancer in the UK: a mixed-methods study. *BMJ Open*, 6: e008740

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

Farah, C. et al., (2012). Oral Cancer and Potentially Cancerous Lesions - Early Detection and Diagnosis. [Em linha]. <<http://cdn.intechopen.com/pdfs/31754.pdf>>. [Consultado 29/05/2016].

Feller, L.L. et al., (2013). Oral squamous cell carcinoma in relation to field precancerisation: pathology. *Cancer cell international*, 13(1), p.31.

Khazaei, A. et al., (2015). Oral Cancer Knowledge and Practice among Dental Patients and their Attitude Towards Tobacco Cessation in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(13), pp. 5439-5444.

Khot, K.P. et al., (2016). Human Pappiloma Virus in Oral Squamous Cell Carcinoma - The Enigma Unravalled. *The Chinese Journal of Dental Research*, 19(1): pp.17-23.

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Mehta, V. et al., (2015). The Growing Epidemic of HPV-Positive Oropharyngeal Carcinoma: A Clinical Review for Primary Care Providers. *J Am Board Fam Med*, 28: pp. 498-503.

Monteiro, L.S. et al., (2012). Oral cancer awareness and knowledge in the city of Valongo, Portugal. *Int J Dental*, 376838.

Monteiro, L.S. et al., (2016). Oral cancer awareness and knowledge among residents in the Oporto city, Portugal. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 7, pp. 294-303.

Neville, W.B. et al., (2002) Oral Cancer and Precancerous Lesions. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), pp. 195-215.

Rivera, C. (2015). Essentials of oral cancer. *Int J Clint Exp Pathol*, 8(9):11884-11894 [Em linha]. em <<http://ijcep.com>> [Consultado em 04/06/2016].

Rhodus, N. (2009). Oral Cancer and Precancer: Improving Outcomes. *Compendium of continuing education in dentistry*, 30 (8), pp. 486-498.

Santos, L.L. &Teixeira, L.M., (2011). *Oncologia Oral* 1º ed. Lidel., Lisboa.

Santos, T.C. et al., (2014). Oral Cancer knowledge and awareness among dental students. *Brazilian Journal Oral Science*, 13(1), pp.28-33

Scheer, M. et al., (2015). Autofluorescence immagino in recurrent oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 13(8) pp. 1-7.

Sciubba, J.J. (2001). Oral cancer and its detection History-taking and diagnostic phase of management. *The journal of the American Dental Association*, 133(4), pp.12-18.

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

Warnakulasuriya, S. et al.,(2010). The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help. *British Dental Journal*, 208: pp.465-471

World Health Organization (WHO). [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/en/>>. [Consultado 01/06/2016]

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**

VII. ANEXOS

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira responder ao subsequente questionário.

Exmo(a). Sr(a).

Foi convidado pela investigadora a participar no estudo “Percepção e conhecimento geral sobre Cancro Oral”. Atualmente o cancro oral é o sexto cancro mais comum em todo o mundo. Sabe-se que a sua elevada taxa de morbilidade e conseqüente mortalidade está relacionada com uma deteção da doença em estádios de malignidade avançados. Levando assim, ao aumento de complicações no tratamento assim como o mesmo se torna mais agressivo consoante o grau de malignidade. Por isso o diagnóstico precoce combinado com o tratamento adequado é a chave fundamental para o controlo da doença. Face a esta realidade os profissionais de saúde têm um papel fulcral na deteção precoce de lesões potencialmente malignas/malignas, sendo por isso um objetivo prioritário na saúde.

A sua participação irá contribuir para uma recolha de dados sobre o atual conhecimento e percepção da população do interior do país, nomeadamente Nordeste Transmontano, no âmbito desta patologia.

Ao aceitar participar neste estudo responderá a um breve questionário, no total de vinte e duas perguntas, com vista à recolha de informação sobre o conhecimento geral relativamente ao cancro oral, nomeadamente a frequência com que ocorre, que população está mais susceptível à patologia e possíveis factores de risco para este tipo de lesões potencialmente malignas

A sua participação é voluntária. Não haverá lugar a qualquer tipo de contrapartida ou pagamento. Será livre de interromper a sua participação no estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo, assistencial ou outro. O presente estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Todos os dados serão obtidos em ambiente de privacidade, com carácter confidencial, destinando-se exclusivamente ao presente estudo.

A sua participação é importante e desde já agradecida.

Nome legível da investigadora: **Beatriz Fernandes Martins**

Profissão:

Estudante de Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa

Data/...../.....

Assinatura.....

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p style="text-align: center;">SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD N°: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

Sexo: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Habilitações Literárias : _____ Estado Civil: _____

1. Dos seguintes exemplos de cancro quais conhece ou já ouviu falar?

- | | | | |
|------------------------------|---|----------|---|
| Pulmão | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Pâncreas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cólon | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Próstata | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cervical | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Mama | <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Boca | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tiróide | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Pele | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Estômago | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

2. Qual dos tipos de cancro que são mais fáceis de detectar por parte dos profissionais de saúde?

Pulmões Mama Cólon Boca Pâncreas

3. Alguma vez examinaram a sua boca (cavidade oral) num rastreio de cancro oral?

Sim Não

4. Acha que o cancro da boca (cancro oral) é mais frequente em...

Crianças Jovens adulto (até 25 anos) Adultos (até aos 45 anos) Adultos (acima dos 45 anos) Não sabe

5. Cancro Oral é mais comum em:

Homens Mulheres Em ambos

6. Qual é a zona mais afectada pelo cancro oral?

Gengiva Palato Língua Soalho da boca Bochecha

7. Acha que um o cancro oral é um dos 10 tipos de cancro que mais afecta a população mundial?

Sim Não

8. Dos pacientes que são diagnosticados com cancro oral, quantos morrem do mesmo?

Poucos (10%) Alguns (25%) Metade dos pacientes (50%) Muitos (75%) Quase todos (90%)

9. Dos seguintes exemplos quais são causa ou podem aumentar o risco cancro oral?

- | | |
|---|---|
| - Infecções dentárias | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Álcool | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Fumo dos carros | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Proximidade com outros pacientes com cancro | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Tratamentos no dentista | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| - Tabaco | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Baixo consumo de vegetais e frutas | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Exposição solar | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Reduzida higiene oral | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| - Consumo de café | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |

Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do Nordeste Transmontano

10. Quais dos seguintes exemplos acha que são sinais ou sintomas de cancro oral?

- Manchas brancas ou vermelhas persistentes Sim Não Não sabe
- Abscessos, quistos ou infeções Sim Não Não sabe
- Úlceras que não saem Sim Não Não sabe
- Próteses desajustadas Sim Não Não sabe
- Dificuldade em abrir a boca Sim Não Não sabe
- Protuberância ou tumefacção na boca Sim Não Não sabe
- Sangramento da boca Sim Não Não sabe
- Aftas frequentes Sim Não
- Não sabe - Dificuldade em deglutir
- Sim Não Não sabe
- Dores de estômago Sim Não Não sabe

11. Ter Cancro Oral pode ser prevenido? Ou questão de sorte?

- Sim Não Não sabe Sim Não Não sabe

12. O diagnóstico precoce de Cancro Oral pode ou não aumentar a probabilidade de sucesso no tratamento? Sim Não Não sabe

13. Acha que vale a pena adoptar estilos de vida diferentes em prol de uma redução do risco de Cancro Oral? Sim Não Não sabe

14. Fuma ou alguma vez fumou

- Nunca Fumador Ex-fumador

15. Que tipo de Tabaco fuma?

- De mascar De inalar Charuto Cachimbo Cigarros

16. Qual a quantidade de cigarros que fuma? _____ cig / dia

18. Bebe álcool?

- Nunca Frequentemente Raramente

19. Que tipo de bebidas alcoólicas bebe e com que frequência?

- a. Vinho ____ copos por dia (semana ____)
b. Cerveja ____ unidades por dia (semana ____)
c. Espirituais (whiskey, brandy, ..) ____ unidades por dia (semana ____)

20. Com que frequência lava os seus dentes?

- Nunca Raramente 1x/semana ≥ 1/dia

21. Com que frequência vai ao dentista?

- Nunca Ocasionalmente Quando dói ≥ Uma vez por ano

22. Quantas peças de fruta ou vegetais come? _____ /dia (_____/semana)

**Avaliação do nível de conhecimento geral e grau de alerta sobre Cancro Oral numa população do
Nordeste Transmontano**