

Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos

A PROMOÇÃO DO AUTOEXAME ORAL ALERTA A POPULAÇÃO
PARA OS RISCOS ASSOCIADOS AO CANCRO ORAL?

Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos

A PROMOÇÃO DO AUTOEXAME ORAL ALERTA A POPULAÇÃO
PARA OS RISCOS ASSOCIADOS AO CANCRO ORAL?

Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos

A PROMOÇÃO DO AUTOEXAME ORAL ALERTA A POPULAÇÃO
PARA OS RISCOS ASSOCIADOS AO CANCRO ORAL?

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

RESUMO

O cancro da cavidade oral é frequentemente diagnosticado tardiamente, sendo por isso responsável por maiores taxas de mortalidade e morbidade. Pelo contrário quando o cancro oral é diagnosticado precocemente a taxa de sobrevivência aos cinco anos é elevada, geralmente com uma evolução clínica satisfatória e com cura na maioria dos doentes, revelando também menores taxas de morbidade.

O conhecimento dos fatores de risco, dos sinais e/ou sintomas de alerta e de aspetos úteis para prevenção desta patologia oral maligna, assim como a realização do autoexame oral, são elementos essenciais para a prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral.

Este estudo incidiu nos utentes da Unidade de Saúde Familiar de Pedras Rubras – USF Pedras Rubras, que tivessem entre 18 a 80 anos de idade, num total de 100 utentes. Começou-se por avaliar os conhecimentos da população estudada sobre o cancro oral e autoexame oral, através de um questionário anónimo e de preenchimento individual. Após o preenchimento deste, realizaram-se sessões de informação e esclarecimento acerca do cancro oral, seus fatores de risco, sinais/sintomas de alerta, formas de prevenção, destacando a importância do autoexame oral. Foi ainda ensinada a realização do autoexame oral através de uma demonstração teórico-prática personalizada. De seguida voltaram a preencher um questionário igual ao primeiro para se verificar se ocorria um acréscimo dos conhecimentos sobre o cancro da cavidade oral e aquisição de informação para a realização do autoexame oral.

No segundo questionário foram obtidos resultados significativamente positivos ($p < 0,0001$) em todas as questões, observando-se um aumento do conhecimento dos utentes sobre o cancro oral. Nas perguntas relacionadas com o autoexame oral constatou-se um maior aumento da informação adquirida pelos utentes após o ensino, uma vez que antes deste, o conhecimento sobre o autoexame oral, sua periodicidade de realização ideal e que estruturas avaliar na sua realização, era baixo.

Revela-se assim a importância de sessões educacionais de prevenção do cancro oral. Já que a educação é um passo fundamental para prevenir e diagnosticar precocemente o cancro da cavidade oral.

ABSTRACT

Cancer of the oral cavity is often diagnosed late and therefore responsible for higher rates of mortality and morbidity. On the contrary, when oral cancer is diagnosed early, the survival rate at five years is high, usually with a satisfactory clinical and cure in most patients revealing also lower rates of morbidity.

The knowledge of risk factors, signs and / or symptoms of alertness and aspects useful for prevention of this malignant oral pathology, as well as the execution of self-examination oral, are essential for the prevention and early diagnosis of oral cancer.

This study focused on the users of the Family Health Unit of Pedras Rubras- FHU Pedras Rubras, which had between 18-80 years of age, a total of 100 users. We started by evaluating the knowledge of the population about oral cancer and oral self-examination, using an anonymous questionnaire and individual fulfillment. After completing this, there were briefings and clarification of oral cancer, its risk factors, signs / warning symptoms, prevention, highlighting the importance of self-examination oral. It was also taught conducting oral self-examination through a theoretical and practical personalized demonstration. Then returned to complete a questionnaire similar to the first, to see whether occurred an increase of knowledge about oral cancer and acquisition of information to perform oral self-examination.

In the second questionnaire significant positive results ($p < 0,0001$) were obtained in all matters, observing an increased knowledge of the users about oral cancer. In questions related to oral self-examination it was found a greater increase in information gained by users after the information given, since before this, knowledge of oral self-examination, their ideal periodicity of execution and which structures to evaluate, was low.

In this way it is shown the importance of educational sessions of oral cancer prevention, since education is a key step to prevent and diagnose early cancer of the oral cavity.

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, aos meus Pais, a quem tudo devo. Obrigada por todas as oportunidades que me proporcionaram, por todo o suporte e amor. Mãe, admiro a tua coragem e força. Pai, és um lutador, um campeão.

À minha irmã, por seres a minha melhor amiga e por toda a ajuda e suporte que me tens dado.

À minha tia Lourdes, pela presença, amizade e apoio desde sempre.

Ao meu orientador, Professor Doutor Lúcio Lara Santos, por toda a ajuda e tempo que me dedicou ao longo da execução deste trabalho.

Aos meus Padrinhos, pela amizade, interesse e presença assídua em todos os momentos da minha vida.

À minha amiga Daniela Sardinha, pela grande amizade e partilha de tão bons momentos ao longo destes cinco anos. Obrigada pela ajuda preciosa na realização deste trabalho.

Ao Adérito Cunha, pelo grande amigo meu que se tornou e pela ajuda incondicional, desde o início, na execução deste trabalho.

À Fátima e ao Vítor, por todas as dicas, ajudas e conselhos.

Ao Doutor Oliveira Andrade, coordenador da Unidade de Saúde Familiar de Pedras Rubras, um muito obrigada por toda a disponibilidade e ajuda prestada desde o início.

Aos utentes da Unidade de Saúde Familiar de Pedras Rubras, pelo empenho e participação neste estudo.

Ao meu querido binómio e grande amigo Bruno Silva, pelo companheirismo nestes últimos cinco anos, pela partilha de tão bons momentos, pela ajuda, conselhos e apoio.

Aos meus amigos de sempre, Dinis Henriques, Luís Queiroz, Miguel Moreira e Ricardo Reis, pela verdadeira amizade que nos une. Um obrigada especial ao Dinis Henriques por toda a ajuda neste trabalho.

À Raquel Damas e à Inês Lemos, por todas as risadas, diversão e apoio.

Aos meus amigos e companheiros de estudo no Elearning, um muito obrigada por toda a partilha e apoio essenciais para finalização deste percurso académico.

ÍNDICE

Índice de Gráficos	iii
Índice de Tabelas	iv
Abreviaturas e Siglas	v
I. INTRODUÇÃO	1
II. DESENVOLVIMENTO	5
1-Epidemiologia do Cancro Oral.....	5
2- Fatores de Risco do Cancro Oral.....	6
2.1- Tabaco.....	8
2.2- Álcool.....	9
2.3- Agentes Infeciosos.....	11
2.3.1- Vírus.....	11
2.4- Má Higiene Oral.....	13
2.5- Hábitos Alimentares.....	13
2.6- Exposições Ocupacionais, Ambientais e a Radiações.....	15
2.7- Polimorfismos Genéticos.....	16
2.8- Predisposição Genética/Hereditariedade.....	17
3- Sinais e/ou Sintomas de Alerta do Cancro Oral.....	18
4- Autoexame Oral.....	19
5- Médico Dentista e o Cancro Oral.....	21
6- Diagnóstico Tardio do Cancro Oral.....	23
7- Diagnóstico Precoce do Cancro Oral.....	24

8- Prevenção do Cancro Oral e Saúde Coletiva.....	25
III. MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
1- Pesquisa Bibliográfica.....	28
2- Trabalho de Investigação.....	28
IV. RESULTADOS	33
1- Caracterização da Amostra	33
i- Género.....	33
ii- Idade.....	34
2- Avaliação dos Resultados dos Inquéritos.....	34
i- Análise dos Resultados do Primeiro Inquérito.....	34
ii- Comparação dos Resultados obtidos no Primeiro Inquérito (antes do ensino) e no Segundo Inquérito (após o ensino).....	40
V. DISCUSSÃO.....	46
VI. CONCLUSÃO.....	51
VII. BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	65
Anexo I- Consentimento Informado da UFP e da ARSN.....	66
Anexo II- Primeiro Questionário.....	70
Anexo III- Apresentação utilizada nas sessões.....	74
Anexo IV- Segundo Questionário.....	78
Anexo V- Folheto.....	81
Anexo VI- Aprovação da Comissão de Ética da ARSN.....	84
Anexo VII- Autorização da Aces Maia/Valongo.....	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Divisão da amostra segundo o Género.....	33
Gráfico 2: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “O cancro oral tem cura?”	35
Gráfico 3: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “O que entende por cancro oral?”	40
Gráfico 4: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “O cancro oral tem cura?”	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Respostas do questionário consideradas desejáveis/corretas após o ensino....	30
Tabela 2: Divisão da amostra segundo o Grupo Etário.....	34
Tabela 3: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais as formas de prevenir o cancro da cavidade oral?”.....	36
Tabela 4: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão ”Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?”.....	36
Tabela 5: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?”.....	37
Tabela 6: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?”.....	38
Tabela 7: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?”.....	39
Tabela 8: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quando foi a última vez que foi ao médico dentista?”.....	39
Tabela 9: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Formas de prevenir o cancro da cavidade oral?”.....	42
Tabela 10: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?”.....	43
Tabela 11: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?”.....	43
Tabela 12: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?”.....	44
Tabela 13: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?”.....	45

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ADH- Álcool Desidrogenase

ADN- Ácido Desoxirribonucleico

ALDH- Aldeído Desidrogenase

ARSN- Administração Regional de Saúde do Norte

CEO- Carcinoma Espinocelular Oral

GST- Glutatião S-Transferase

HPV- Vírus do Papiloma Humano

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS- Organização Mundial de Saúde

RORENO- Registo Oncológico Regional do Norte

UFP- Universidade Fernando Pessoa

I. INTRODUÇÃO

O impacto social que as doenças oncológicas têm como causa de morbidade e mortalidade está em crescimento, reconhecendo-se a sua importância e peso nos custos económicos e sociais, quer seja através da sua prevenção quer no tratamento e reabilitação envolvidos (Silveira *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o cancro é um processo de disseminação e crescimento descontrolado de células, que pode aparecer em qualquer parte do organismo e tende a invadir os tecidos circundantes, podendo mesmo metastizar para locais distantes. As neoplasias estão entre as principais causas de mortalidade no mundo e foram responsáveis por 7,6 milhões de mortes (cerca de 13% de todas as mortes) em 2008.

A Organização das Nações Unidas afirma que no período de 1975 a 2025 acontecerá um envelhecimento da população, devido à redução nas taxas de natalidade e mortalidade, levando esta a um crescimento rápido da expectativa de vida. Este progressivo envelhecimento da população mundial faz com que aumente o número de cancros diagnosticados anualmente, uma vez que a maioria dos tipos de tumores é dependente da idade. Na Europa, cerca de 60% dos novos casos e 70% das mortes por cancro ocorrem em doentes de idade igual ou superior a 65 anos (Guerra *et al.*, 2005; Silveira *et al.*, 2011).

O cancro da cabeça e pescoço é considerado a sexta neoplasia mais prevalente em todo o mundo, estimando-se que 900.000 novos casos sejam diagnosticados anualmente (Silveira *et al.*, 2011).

O cancro oral é um problema universal de saúde pública, e encontra-se entre os dez cancros com maior taxa de mortalidade, apresentando também taxas de incidência e morbidade elevadas. É considerado o cancro mais comum da região da cabeça e pescoço, excluindo-se o cancro da pele. Apresenta maior incidência em indivíduos do sexo masculino, com predomínio de caucasianos, manifestando-se predominantemente entre os 50 e 70 anos de idade (Daher *et al.*, 2008).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

O cancro oral inclui um grupo de neoplasias malignas que afetam qualquer região da cavidade oral, orofaringe e glândulas salivares (Markopoulos, 2012). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (ICD10) pode apresentar-se segundo os vários locais anatómicos: lábio (C00), base da língua (C01), outras e não especificadas partes da língua (C02), gengivas (C03), pavimento da boca (C04), palato (C05), outras e não especificadas partes da cavidade oral (C06), glândula parótida (C07), outras e não especificadas glândulas salivares major (C08), amígdalas (C09) e orofaringe (C10) (WHO, 2010).

Apesar da sua incidência variar em torno dos 3% em relação a todos os cancros, tem das mais baixas taxas de sobrevivência relativa quando comparada com a dos cancros mais frequentes. A taxa de sobrevivência do cancro oral, após cinco anos do diagnóstico aproxima-se dos 50-55% (Messadi *et al.*, 2009).

O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas, designado também por carcinoma epidermóide ou carcinoma espinocelular oral (CEO) que ocorre em 90% das neoplasias malignas da boca e cerca de 38% dos tumores da cabeça e pescoço (Daniel *et al.*, 2006; Leme *et al.*, 2010). Mais de 300.000 novos casos de carcinoma epidermóide oral são diagnosticados anualmente (Takuji *et al.*, 2011). Outros tipos de cancro da cavidade oral diagnosticados são os sarcomas, linfomas e melanomas (Montoro *et al.*, 2008; Zini *et al.*, 2010).

Por vezes, o cancro oral, é precedido por lesões potencialmente malignas, como a leucoplasia e a eritroplasia (Takuji *et al.*, 2011).

Cancro oral é uma das poucas doenças orais com risco de mortalidade para quem a tem. Os diferentes tipos e locais do cancro oral têm epidemiologia, etiologia e taxas de sobrevivência distintas (Zini *et al.*, 2010).

A cavidade oral desempenha um papel essencial na relação social, na comunicação verbal, na respiração e é o local onde se inicia o processo de digestão (Santos *et al.*, 2011).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Segundo Duncan *et al.* (2004) (*cit. in Pozzer et al.*, 2009) o cancro é uma doença passível de prevenção e quanto mais precocemente for detetado, maior é a probabilidade de cura. De acordo com Goldman *et al.* (2005) (*cit. in Pozzer et al.*, 2009) existem três tipos de abordagens preventivas no cancro: a primária, que consiste na tomada de medidas pessoais e/ou sociais que evitem o aparecimento da doença; a secundária, com a deteção e o tratamento precoce da doença na fase pré-clínica, impedindo a sua progressão; e a terciária, que consiste em atividades de reabilitação após a instalação da doença e dos tratamentos efetuados, a fim de minimizar as complicações.

A Medicina Dentária pode desempenhar um papel significativo na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do cancro oral, pela deteção de lesões assintomáticas nos exames de rotina. O médico dentista também deve ser um elemento de difusão de informações sobre o assunto facilitando, assim, o acesso dos pacientes a medidas preventivas e ao diagnóstico precoce. Também é necessário sensibilizar os profissionais de saúde a participarem em projetos e programas voltados para a prevenção do cancro oral (Dib *et al.*, 2005).

O tema deste trabalho foi escolhido por diversos motivos de que há a realçar: o interesse pessoal na área de Oncologia por razões de vivência familiar direta com a doença; por outro lado como Médica Dentista reconheço a importância, na minha conduta clínica, da prevenção e de um diagnóstico precoce do cancro oral, visto que esta doença atinge cada vez mais um número maior de pessoas e é detetada, grande parte das vezes, em estadios avançados, apresentando assim elevada mortalidade e morbidade; e, finalmente, a obrigação social de informar e alertar acerca desta doença e sensibilizar as pessoas para atitudes preventivas.

Quanto à prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral é muito importante que os profissionais, que se proponham a diagnosticar esta doença oncológica, possuam conhecimentos acerca dos seus fatores de risco, para que possam identificar indivíduos que apresentem maior probabilidade de desenvolver a doença e, ainda, reconheçam os sinais e/ou sintomas de alerta do cancro oral importantes para um diagnóstico precoce do mesmo.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

O objetivo global da prevenção do cancro é reduzir a sua incidência e mortalidade. Assim sendo a promoção da saúde oral e do autoexame oral são estratégias muito importantes e eficazes, envolvendo atividades que visam, não só a educação e higiene oral, bem como a mudança de comportamentos.

Desta forma e no âmbito deste trabalho realizou-se um estudo observacional, onde se pretendeu avaliar o conhecimento que cada indivíduo tinha sobre o cancro oral, fornecendo-se posteriormente informação de modo a consciencializar os mesmos para as causas, consequências e formas de prevenção, promovendo-se a divulgação do autoexame oral.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de promover o conhecimento sobre o cancro oral e ensinar a realizar o autoexame oral. Enunciaram-se os seguintes objetivos específicos a ter em conta:

- Avaliar o conhecimento geral que a população em estudo tem sobre o cancro oral e o autoexame oral;
- Informar acerca da existência do cancro oral, seus fatores de risco e sinais e sintomas de alerta;
- Sensibilizar para importância da realização do autoexame oral e de outras atitudes preventivas como a mudança de comportamentos de risco;
- Ensinar a realizar o autoexame oral através de uma demonstração teórico-prática personalizada;
- Avaliar a aquisição de novos conhecimentos sobre o cancro oral após a informação fornecida.

II. DESENVOLVIMENTO

1- Epidemiologia do Cancro Oral

O cancro oral é um importante problema na saúde oral e também um problema de saúde pública. O seu diagnóstico tardio, as altas taxas de mortalidade e morbidade, que levam a deformidades importantes, são características desta doença. A epidemiologia deste cancro tem sido extensivamente descrita em muitos países. Pesquisas identificam uma tendência recente de novos casos de cancro oral nos jovens, e também um crescimento da incidência nas mulheres (Torres-Pereira, 2010).

Em todo o mundo existe uma grande variação na incidência do cancro da cavidade oral. Este é responsável por menos de 5% de todos os cancros a nível mundial. Os diferentes costumes sociais e culturais são suscetíveis de serem responsáveis por variações regionais na incidência da doença (Ram *et al.*, 2011).

Em média mais de 300.000 novos casos de carcinoma epidermóide oral são diagnosticados anualmente (Takuji *et al.*, 2011). Estimou-se que em 2008 ocorreram 263.900 novos casos e 128.000 mortes de cancro da cavidade oral em todo o mundo (Ahmedin *et al.*, 2011).

O cancro oral manifesta-se tradicionalmente em indivíduos acima dos 50 anos mas cada vez mais há um aumento do número de casos acima dos 40 anos (Ribeiro *et al.*, 2008; Warnakulasuriya, 2010).

O cancro da cavidade oral é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino (2:1) pelo facto do homem consumir mais tabaco e álcool e pela maior exposição solar (como é o caso dos trabalhadores da construção civil). No entanto, o número de casos no sexo feminino parece estar a aumentar devido à exposição a determinados agentes carcinogénicos como o tabaco e o álcool que tendem a igualar em ambos os sexos (Neville *et al.*, 2002; Warnakulasuriya, 2010; Santos *et al.*, 2011).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 a população masculina que fumava em 1998/1999 era de 32,0%, passando a ser em 2005/2006, de 28,7%. A população feminina pelo contrário, passou de 10,1% para 11,2% nos mesmos períodos. O consumo de bebidas alcoólicas aumentou, de 1998/1999 para 2005/2006, sendo porém mais evidente no sexo feminino (de 37,3% para 42,3%) do que no masculino (de 64,4% para 66,0%).

Em Portugal a incidência de cancro da cabeça e pescoço representa 10% de todos os casos de tumores malignos, sendo o carcinoma oral o tipo mais comum de cancro e a língua a localização intraoral mais frequente (Albuquerque *et al.*, 2012).

Segundo os dados do Registo Oncológico Nacional (2009), no ano 2005 surgiram 720 novos casos de cancro oral e este número foi mais elevado no sexo masculino. Mas de acordo com o Registo Oncológico Nacional (2012) no ano de 2006 o número de novos casos de cancro oral foi de 1105, mostrando por isso um aumento do número de novos casos do ano de 2005 para o de 2006.

O cancro oral é uma neoplasia maligna bastante frequente em Portugal, com uma elevada taxa de mortalidade (Santos *et al.*, 2011). Através de dados obtidos pela conjugação dos registos oncológicos de base populacional em Portugal, em 2008 a taxa de incidência de cancro oral, no Norte, foi de 25,5/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 4,5/100.000 habitantes para o sexo feminino (RORENO, 2008).

2- Fatores de Risco do Cancro Oral

Não há uma causa única para o cancro oral. Este é o resultado de uma variedade de fatores que atuam ao longo do tempo e é dependente da resposta de cada pessoa a esses fatores. No entanto indivíduos sem fatores de risco óbvios podem desenvolver cancro oral e lesões potencialmente malignas (Laronde *et al.*, 2008).

Mutações no ADN (Ácido Desoxirribonucleico) ocorrem espontaneamente, especialmente danos por oxidação e radicais químicos livres. No entanto a taxa de mutações do ADN, é vastamente aumentada por vários fatores de risco do cancro,

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

principalmente fatores exógenos: tabaco e álcool parecem particularmente importantes. Em alguns casos produtos químicos (como por exemplo drogas), radiações (por exemplo, luz solar e ionizante), infeções, dieta (alguns aspetos podem prejudicar e outros proteger) ou a imunossupressão são relevantes (Scully, 2011).

Embora muitos agentes/comportamentos estejam ligados à malignização oral, vários dados têm salientado que o consumo de tabaco, em qualquer uma das suas apresentações, e de álcool são os principais fatores de risco para a transformação maligna oral. O risco destes é descrito como dose-dependente (Torres-Pereira, 2010). Até 75% dos cancros orais podem ser atribuídos ao consumo de tabaco ou álcool (Laronde *et al.*, 2008).

Muitas pessoas têm um maior risco de desenvolver cancro oral pela sua grande exposição ao tabaco e/ou álcool ou betel. Estes comportamentos de vida adversos são comuns: em todo o mundo 2 mil milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, mil milhões de homens e 250 milhões de mulheres fumam cigarros, e 600 a 1200 milhões de pessoas consomem betel. Muitos cancros, incluindo o oral, são portanto potencialmente evitáveis pelas mudanças de estilo de vida (Scully, 2011).

Segundo a meta-análise de Conway *et al.* (2008) a baixa condição social e económica e as privações, estão significativamente associados com um risco aumentado de cancro da cavidade oral. Também o baixo nível de escolaridade está associado com uma maior incidência e mortalidade deste (Vargas-Ferreira *et al.*, 2012).

Em 2005 a OMS modificou a terminologia das lesões e condições orais pré-malignas e denominou-as de lesões com potencial de malignização, citando nessa classificação, como lesões potencialmente malignas: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro (Silveira *et al.*, 2009). Um número bastante significativo de casos de cancro oral apresenta-se inicialmente com lesões precursoras que são classificadas de lesões potencialmente malignas. Uma lesão potencialmente maligna é um tecido morfológico e biologicamente alterado, estando por isso associado com um maior risco de desenvolver cancro (Nair *et al.*, 2012).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

O melhor para reduzir o risco de cancro oral é evitar todas as formas de tabaco, restringir o consumo de álcool e fazer uma dieta variada e rica em frutas e vegetais todos os dias (Kushi et al., 2012).

2.1- Tabaco

O fumo do tabaco contém dezenas de substâncias cancerígenas e o risco de cancro oral e lesões potencialmente malignas aumenta com a quantidade de tabaco consumido e a duração do seu uso. Este aumento do risco é válido para todos os tipos e usos de tabaco, quer seja fumado como um cigarro, charuto, cachimbo ou bidi (um pequeno cigarro enrolado à mão comumente usado na Ásia), ou mascado (Laronde *et al.*, 2008; Ram *et al.*, 2011).

A exposição dos fumadores a substâncias cancerígenas como o benzopireno, está associada a mutações de genes supressores tumorais como o TP 53 (Vahakangas, 2003).

O risco de cancro oral é maior em mulheres fumadoras quando comparado com homens fumadores (Muscat *et al.*, 1996).

Fumar a seguir ao consumo de álcool aumenta a sobrecarga do acetaldeído (proveniente da metabolização do álcool e que é altamente cancerígeno), assim como a ingestão de álcool aumenta a ativação de substâncias cancerígenas presentes no tabaco. Portanto o tabaco e o álcool juntos têm um efeito carcinogénico aditivo, no desenvolvimento do cancro oral (Scully, 2011).

Segundo Sharma *et al.* (2011) o risco de desenvolvimento de cancro é maior se o consumo de tabaco e álcool forem iniciados em idade precoce.

Um fumador tem um risco 10 vezes maior de desenvolver cancro oral do que um nunca fumador (Vargas-Ferreira *et al.*, 2012).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

A cessação do tabagismo contribui para a redução do risco de cancro oral e lesões potencialmente malignas, com uma diminuição de 35% do risco nos primeiros 4 anos e de 80% em 20 anos, atingindo, então o nível de risco de um nunca fumador (Marron *et al.*, 2010).

Um dos temas muito polémicos no controlo do tabagismo é o conceito de redução de danos. O desenvolvimento de cigarros menos cancerígenos é visto por alguns como uma oportunidade para oferecer uma opção menos tóxica para os fumadores que não estão interessados em parar de fumar ou não são capazes de parar com os métodos de cessação disponíveis, podendo oferecer a estes algum benefício para a saúde. No entanto, muitos acreditam que os fumadores que querem parar vão escolher, em alternativa, fumar esses produtos. Como nenhum cigarro é seguro ou livre de consequências para a saúde, os fumadores que utilizam estes produtos, em vez de pararem de fumar, vão perder os benefícios de saúde da cessação tabágica (DeVita *et al.*, 2005).

Em Portugal no ano de 2005, segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, 19,7% dos residentes eram fumadores. Destes cerca de 10,7% fumavam apenas ocasionalmente e 89,3% faziam-no diariamente. A proporção de fumadores era mais elevada na população masculina: 28,9% contra 11,2% das mulheres.

2.2- Álcool

O consumo de álcool também é um forte fator de risco para o cancro oral e lesões pré-malignas. O risco aumenta com o aumento do consumo. Normalmente um consumidor excessivo de álcool não bebe apenas um tipo de álcool (Franceschi *et al.*, 2000). Geralmente, o tipo dominante de bebida alcoólica consumida em cada população, associa-se preferencialmente com o risco de desenvolvimento de cancro oral (Boffetta *et al.*, 2006; Goldstein *et al.*, 2010).

Em 1988, a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro - IARC, não considerou o álcool por si só um produto carcinogénico. Mas a IARC considera as bebidas alcoólicas como carcinogénicas para os humanos, o que pode ser explicado através da

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

formação do acetaldeído, o principal metabólito do etanol, que é cancerígeno e que promove uma série de alterações no organismo (Gigliotti *et al.*, 2008).

O álcool atua diretamente na mucosa oral, irritando-a através dos seus componentes químicos, como substâncias aromáticas, alcaloides, hidrocarbonetos policíclicos, entre outras. Ele pode alterar tanto a permeabilidade da membrana celular e atuar como solvente para certos carcinogéneos, como aumentar a sua absorção celular (Gigliotti *et al.*, 2008).

Segundo Smith *et al.* (2004), estudos indicam um possível risco inflamatório crónico, do álcool, para cancros epiteliais, resultando na formação de radicais livres, que por sua vez podem danificar o DNA das células, desempenhando um papel na iniciação e progressão de cancros.

O risco de cancro oral cresce muito com o consumo de mais de 20 cigarros por dia e com um consumo de álcool maior que 50g por dia (Gigliotti *et al.*, 2008). Maier *et al.* (1999), investigando se o álcool pode ser um fator de risco independente, mesmo em consumo moderado, no desenvolvimento de cancro oral, da laringe e da faringe em mulheres, concluíram que mesmo um consumo de 10 a 20 gramas por dia causa um aumento significativo do risco de aparecimento de cancro de cabeça e pescoço.

Uma vez mais, o risco de cancro oral diminui com a cessação do consumo de álcool, mas leva pelo menos 10-15 anos a reduzir o risco para o nível de alguém que nunca tenha tido o hábito. O tabaco e o consumo de álcool trabalham em sinergia, aumentando o risco de cancro oral em mais de 30 vezes em relação aqueles que não fumam ou bebem. Por isso a interrupção do uso de tabaco e álcool reduz grandemente o risco de desenvolver cancro oral e lesões potencialmente malignas (Franceschi *et al.*, 2000).

Consumidores de álcool e fumadores são também mais propensos a serem diagnosticados em estádios mais avançados da doença (Goldstein *et al.*, 2010).

2.3- Agentes Infeciosos

A inflamação crónica e persistente contribui para o desenvolvimento do cancro e pode predispor à carcinogénese. A inflamação causada por infeções tem sido sugerida como uma das mais importantes causas preveníveis do cancro em geral. Estima-se que 15% a 20% dos tumores humanos são conduzidos por infeção e inflamação (Mantovani *et al.*, 2008). As infeções dentárias são altamente prevalentes na população e a sua associação com o cancro é motivo de interesse e também um motivo de preocupação. Uma fascinante abordagem seria a de controlar o cancro oral e outros cancros do trato aerodigestivo, controlando os micróbios orais (Meurman, 2010).

Geralmente a *Candida Albicans* é mais prevalente em lesões de carcinoma do que na mucosa oral saudável. Esta pode invadir o epitélio oral e pode também estar envolvida em leucoplasias orais e alterações displásicas. Estimativas dizem que leucoplasias em que a *Candida Albicans* esta envolvida, evoluíram para carcinomas em 9% a 40% dos casos. A transformação maligna é também muitas vezes associada a outros fatores de risco como o tabaco e o álcool (Hooper *et al.*, 2009). A *Candida Albicans* também converte eficientemente o etanol em acetaldeído que é cancerígeno (Nieminen *et al.*, 2009).

2.3.1- Vírus

O vírus do papiloma humano (HPV) é um dos fatores de risco para o cancro oral, especialmente quando temos a sua presença nas amígdalas, no palato mole e na base da língua. Existem mais de 120 tipos de HPV, sendo que o HPV-6, -11, -16, -18, -31, -33 e -42 foram isolados a partir da cavidade oral. Destacam-se o HPV- 16 e HPV-18 como os de maior risco para o cancro oral. Mais de 90% dos cancros orais HPV-positivos são HPV-16 positivos (D'Souza *et al.*, 2007; Laronde *et al.*, 2008).

Como os fatores de risco para a infeção pelo HPV incluem ter um grande número de parceiros sexuais, a primeira relação sexual em idade precoce e a prática de sexo oral, a mudança das práticas sexuais na nossa sociedade pode aumentar o efeito da infeção pelo

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

HPV sobre o desenvolvimento dos cancros orais e lesões potencialmente malignas, especialmente em jovens adultos (D'Souza *et al.*, 2007; Syrjanen, 2010).

A prática sexual com seis ou mais parceiros ao longo da vida, aumenta o risco de adquirir HPV e a prática de sexo oral com quatro ou mais parceiros aumentam o risco de cancro da orofaringe (Heck *et al.*, 2010).

Segundo D'Souza *et al.* (2007), as práticas generalizadas de sexo oral entre adolescentes podem ser um fator que contribui para o aumento dos casos de cancro oral entre jovens adultos. Proporcionando-se uma justificativa para vacinação contra o HPV tanto em indivíduos do sexo feminino como masculino. Se a vacinação for tão eficaz na prevenção da infeção pelo HPV-16 na cavidade oral, como é na prevenção da infeção do colo do útero, ocorrerá uma substancial redução na incidência de cancro oral nas populações vacinadas.

A infeção oral pelo HPV é um fator de risco para os cancros da cabeça e pescoço, independentemente do álcool e tabaco, mas a sua combinação pode ter um efeito aditivo. É plausível que um efeito de interação entre o HPV e o álcool possa ocorrer. O álcool pode biologicamente modificar o tecido da mucosa, aumentando potencialmente a sua permeabilidade a uma infeção viral, ou pode influenciar a resposta imunitária ao HPV (Smith *et al.*, 2004).

Os cancros orais HPV positivos representam 25% dos tumores malignos da cabeça e pescoço, tendem a aparecer em população mais jovem e menos sujeitos a hábitos de consumo de álcool e tabaco, menos propensos a apresentar uma mutação da P53 e têm um melhor prognóstico (DeVita *et al.*, 2005; Syrjanen, 2010).

Outros vírus foram associados ao desenvolvimento do cancro oral como o vírus do Herpes Simplex I e II, o vírus Epstein-Barr, o vírus da Hepatite C, o vírus do Herpes humano tipo 8, o vírus da Imunodeficiência Humana e o citomegalovírus (Grulich *et al.*, 2007; Shillitoe, 2009; Ram *et al.*, 2011; Jalouli *et al.*, 2012; Shailesh *et al.*, 2012).

2.4- Má Higiene Oral

Má higiene oral pode ser um fator de risco independente para o cancro oral. Os pacientes com esta patologia muitas vezes apresentam uma má saúde oral em geral, apresentando dentes cariados e periodontite. O número de dentes perdidos tem sido associado com o cancro oral (Meureman, 2010).

Um mecanismo adicional na interação carcinogénica das bactérias orais é explicada pelo acetaldeído, altamente cancerígeno, proveniente do metabolismo do álcool por vários microrganismos orais. Esta capacidade das bactérias orais, pode explicar o porquê da má higiene oral ser muitas vezes associada ao cancro oral em consumidores frequentes de álcool. Nestes as concentrações salivares de acetaldeído aumentam significativamente quando em conjunto com uma má higiene oral, aumentando assim o risco de desenvolvimento de cancro oral (Meurman *et al.*, 2008).

Segundo Tezal *et al.* (2009) a doença periodontal parece aumentar o risco estatístico para o cancro da cavidade oral e a associação persistiu mesmo em indivíduos que nunca consumiram álcool ou tabaco.

A má higiene oral e o trauma e irritação prolongados a partir de próteses dentárias desajustadas e de dentes fraturados e com zonas cortantes são vistos como tendo um possível papel no desenvolvimento do cancro oral (Ram *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2011).

Existem evidências científicas suficientes que o uso de colutórios orais com álcool contribuem para o desenvolvimento de cancro oral (McCullough *et al.*, 2008).

2.5- Hábitos Alimentares

Os alimentos também podem conter substâncias cancerígenas. Listas de produtos químicos conhecidos por serem cancerígenos são continuamente atualizadas por autoridades e organizações internacionais (Meurman, 2010).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Os fatores dietéticos podem não atuar isoladamente, podendo a sua interação com o estilo de vida e/ou fatores genéticos causarem alterações no crescimento celular e aumentar o risco de cancro. No geral, uma alta ingestão de frutas e vegetais reduz os riscos de cancro da cavidade oral, esófago, estômago, cólon e reto, laringe, pulmão, pâncreas, mama e bexiga (Key *et al.*, 2004).

Segundo Pavia *et al.* (2006) um consumo diário de vegetais leva à redução em cerca de 50% do risco de cancro oral, assim como, para cada porção de fruta consumida por dia há uma redução significativa no risco de desenvolvimento de cancro oral em 49%.

O organismo utiliza certos nutrientes, componentes bioativos e compostos produzidos endogenamente para a proteção contra os danos em tecidos, que estão constantemente a acontecer, como resultado do metabolismo oxidativo normal. Devido a tais danos, que estão associados a um risco aumentado de desenvolvimento de cancro, alguns antioxidantes como a vitamina C, a vitamina E, carotenoides, e muitos outros fitoquímicos ajudam na proteção contra o cancro. O betacaroteno é também um precursor da vitamina A, e esta contribui para a diferenciação celular, que ajuda na prevenção do cancro. Os betacarotenos são encontrados em vegetais e frutas, e o consumo destes está associado a um risco reduzido de cancro. Assim acredita-se que alimentos ou bebidas que contenham antioxidantes em geral, tenham propriedades anticancerígenas (Kushi *et al.*, 2012).

Para reduzir o risco de cancro oral e lesões potencialmente malignas, a dieta deve ser otimizada, de forma a reduzir a ingestão de calorias, de gorduras saturadas e carnes vermelhas mas ser rica em frutas e vegetais. Existem ainda evidências consistentes que consumir bebidas e alimentos a uma temperatura muito alta, aumenta o risco de cancro oral (Key *et al.*, 2004; Taghavi *et al.*, 2007; Laronde *et al.*, 2008; Palacio *et al.*, 2009).

Os vegetais e frutas são alimentos complexos, cada um contendo numerosos benefícios como vitaminas, minerais, fibras, carotenoides e outras substâncias bioativas, tais como terpenos, esteróis, indóis e fenóis que podem ajudar a prevenir o cancro (Kushi *et al.*, 2012).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Segundo Freedman *et al.* (2008) o feijão seco, o feijão verde, as ervilhas, o pimento, o tomate, a cenoura, as maçãs, os pêsegos, as nectarinas, as ameixas, as peras e os morangos parecem ser alimentos com um maior efeito protetor em relação ao cancro oral.

Défices de ferro ou de ácido fólico têm sido sugeridos como fatores que aumentam o risco de cancro oral (Jané-Salas *et al.*, 2003).

Os alimentos e bebidas podem conter elementos nocivos, mas uma dieta do tipo mediterrânica equilibrada pode, por outro lado, proteger contra o cancro, uma vez que esta tem sido particularmente associada a uma redução do risco de cancro (Bosetti *et al.*, 2003).

2.6- Exposições Ocupacionais, Ambientais e a Radiações

Os benefícios de radiação ionizante para o diagnóstico e tratamento de doenças foram reconhecidos pela comunidade médica, logo após a descoberta do raio-x e a radioatividade. Mas hoje, após vários estudos, existem provas irrefutáveis de que a exposição à radiação pode resultar no desenvolvimento de cancro em seres humanos (DeVita *et al.*, 2005).

A exposição ocupacional nas minas de urânio tem sido relacionada com mutações do gene supressor de tumores TP53. A exposição aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos provenientes de produtos usados na indústria do aço, na colocação de asfalto ou no trabalho em gasolinhas relaciona-se com mutações de genes indutores da apoptose e genes supressores tumorais. Também a exposição ocupacional ao refinamento de níquel, exposição a fibras têxteis, asbestos e carpintaria são fatores de risco importantes para o cancro oral. E ainda a exposição ocupacional passiva ao fumo do tabaco, como acontece com os empregados de café, restaurantes ou nos escritórios aumentam o risco de desenvolver cancro de cabeça e pescoço e do pulmão (Silveira, 2007).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Estudos encontraram uma relação entre o cancro da cavidade oral e faringe e o exercício de determinadas ocupações como: pintores, pedreiros, trabalhadores na construção de telhados e caixilhos, estivadores, trabalhadores na construção de estradas e edifícios, agricultores, condutores de camiões e operadores de máquinas de terraplanagem (Richiardi *et al.*, 2011).

Exposições ocupacionais a formaldeído, tintas, solventes, pesticidas, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, cloro e partículas de madeira têm sido apontadas como relacionadas com o cancro da cavidade oral e faringe (Puñal-Riobóo *et al.*, 2010).

A exposição crónica aos raios ultravioletas esta relacionada com o cancro oral, mais precisamente com o lábio inferior devido à sua posição anatómica, mais susceptível a exposição à radiação solar (Gallagher *et al.*, 2010).

2.7- Polimorfismos Genéticos

Avaliação dos polimorfismos genéticos específicos na chave dos genes envolvidos na carcinogénese oral tem sido uma grande área de estudo (Ram *et al.*, 2011).

As variações genéticas em mecanismos de proteção contra o cancro podem estar implicadas na carcinogénese oral. A falha desses mecanismos de proteção predispõe ao cancro estando incluídos os genes para as enzimas hepáticas que degradam carcinogénicos químicos; genes com a capacidade de reparar as mutações do ADN, genes que resultam na reparação de danos de controlo do crescimento ou de morte de células cancerosas e genes relacionados com a proteção imunológica (Scully, 2011).

O risco de cancro da cabeça e pescoço está fortemente associado com o tabaco e o consumo de álcool, resultando numa carga de toxinas/substâncias cancerígenas. A desintoxicação de tais compostos exógenos nocivos ocorre frequentemente por enzimas de fase II, tais como Glutatião S-Transferase (GST). O funcionamento adequado dessas enzimas pode ser alterado devido à presença de determinados polimorfismos genéticos nestas GSTs, podendo aumentar o risco para o cancro da cabeça e pescoço. O genótipo nulo da GSTT1 parece estar envolvido na modulação do risco para o carcinoma de

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

células escamosas da cabeça e pescoço, incluindo o cancro oral (Oude *et al.*, 2006; Singh *et al.*, 2008).

O genótipo nulo do Glutatião S-transferase M1 (GSTM1) parece ser o mais consistente marcador polimorfo de suscetibilidade para o cancro da cabeça e pescoço, incluindo o cancro oral (Tripathy *et al.*, 2006).

Polimorfismos do gene CYP1A1 aumentam significativamente o risco de lesões potencialmente malignas, assim como de tumores malignos na cavidade oral (Deepika *et al.*, 2012).

As enzimas ADH1B (álcool desidrogenases) e ALDH2 (aldeído desidrogenase 2) estão associados com o cancro oral, mostrando uma correlação significativa com consumo de álcool. O álcool é oxidado em acetaldeído (uma substância cancerígena) pela ADH sendo este depois degradado em acetato pela enzima aldeído desidrogenase (ALDH). Variações genéticas na atividade destas enzimas (ADH e ALDH) podem influenciar o resultado da exposição ao álcool e o seu risco carcinogénico (Brennan *et al.* 2004; Scully, 2011).

2.8- Predisposição Genética/Hereditariedade

É agora estabelecido que até 10% de todos os cancros têm forte componente hereditária. O papel da componente genética no desenvolvimento do cancro oral tem sido sugerido por vários estudos mostrando agregação familiar (Jefferies *et al.*, 1999; Ram *et al.*, 2011).

Tem sido visto em certos grupos étnicos e entre familiares de pacientes com cancro oral um risco aumentado de desenvolver cancro da cavidade oral (DeVita *et al.*, 2005). Vários estudos têm sugerido um risco três vezes maior de desenvolver um cancro da orofaringe na população que tem um parente de primeiro grau com um cancro da cabeça e pescoço (Jefferies *et al.*, 1999).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Os familiares de pacientes com cancro oral são considerados de alto risco e, portanto, devem ser examinados com mais frequência (Joseph, 2002).

Scully e Bedi (2000) referem que, nos diversos grupos étnicos parece existir diferenças genéticas na capacidade de metabolizar pró-carcinogénios e carcinogénios ou de reparar lesões no ADN, estes factos podem associar-se ao risco de cancerização.

Pacientes que sofrem de anemia de Fanconi, xeroderma pigmentoso, ataxia telangiectasia e síndrome de Bloom têm uma predisposição para desenvolver cancro oral (Prime *et al.*, 2001; Van Zeeburg *et al.*, 2008).

3- Sinais e/ou Sintomas de Alerta do Cancro Oral

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 (Carmo *et al.*, 2011).

De acordo com Jones (2010), a ausência de um exame clínico visual e táctil (extraoral e intraoral) minucioso, pode ser fatal. É necessário incentivar o paciente a realizar o autoexame oral, em intervalos regulares (de preferência uma vez por mês), de modo a permitir à deteção precoce de alguma anormalidade intraoral ou extraoral. Segundo Santos *et al.* (2011) os seguintes sintomas devem ser objeto de avaliação cuidadosa, pois podem ser a primeira manifestação de um cancro oral quando persistem por mais de 3 semanas:

- Lesões crónicas ou que não cicatrizam em três semanas;
- Nódulo ou lesão com crescimento excessivo em qualquer parte da boca, pescoço ou face;
- Dor recorrente ou persistente na boca;
- Mancha branca e/ou vermelha na gengiva, língua ou na restante mucosa da boca;
- Dificuldade em engolir, mastigar, falar ou mover a língua ou mandíbula;

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

- Dormência da língua ou de outra área da boca;
- Sensação de ter algo fixo na garganta;
- Garganta dorida ou alteração do timbre da voz (rouquidão) que persiste mais de seis semanas, principalmente nos fumadores e nos alcoólicos com mais de 50 anos de idade;
- Tumefação da mandíbula;
- Tumefação no pescoço com mais de três semanas;
- Mobilidade dentária inexplicável;
- Obstrução nasal persistente;
- Alteração do paladar;
- Dor de ouvidos inexplicada e persistente.

4- Autoexame Oral

Torres-Pereira (2010) sugere que o autoexame oral pode ser uma parte integrante das políticas de saúde para o cancro oral. A técnica é geralmente descrita como não-invasiva, um método de baixo custo, fiável e aplicável em massa para controlar a incidência do cancro oral.

Como a maior parte dos cancros da cavidade oral ocorrem essencialmente na mucosa oral, na língua, no palato duro, na gengiva e nos lábios são facilmente acessíveis para o autoexame oral. É recomendado que às pessoas de alto risco, com história de abuso de tabaco e álcool, lhes seja ensinado o autoexame oral. No entanto, a baixa sensibilidade e especificidade encontrados neste autoexame pode ocorrer devido à falta de conhecimentos por parte dos pacientes sobre o aparecimento de alterações orais, a necessidade de boas condições de iluminação, um desconhecimento da aparência normal de sua cavidade oral e uma incapacidade de diferenciar entre os marcos anatómicos normais e as alterações da mucosa oral. É necessária assim a educação e formação dos pacientes (Nair *et al.*, 2012).

O autoexame oral tem o potencial para capacitar um indivíduo, dando-lhe um papel ativo no sentido de valorizar o que é e o que não é normal na sua própria boca. O autoexame oral foi advogado para a deteção precoce do cancro oral. No entanto, à que

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

notar que existe falta de informações e estudos sobre o autoexame oral (Scott *et al.*, 2010).

Num estudo de Grabau *et al.* (1978) que avaliava a viabilidade das instruções para a realização do autoexame oral no Estado de Nova Iorque, 86% dos entrevistados acreditavam que era importante saber como realizar o autoexame oral e 92% relataram que gostariam de o recomendar a amigos e família. O ensino do autoexame oral foi assim considerado exequível para aplicação em larga escala.

O médico dentista deve ensinar didaticamente o autoexame oral ao seu paciente, para que este o realize periodicamente em casa. Para além disso deve informar acerca dos fatores de risco do cancro oral e tentar incentivar à mudança de comportamentos de risco (Patton *et al.*, 2006).

Segundo Scott *et al.* (2010) e Petti *et al.* (2007), o autoexame da cavidade oral deve ser realizado em frente a um espelho e num local bem iluminado. O paciente deve lavar muito bem as suas mãos, retirar as próteses e aparelhos removíveis (no caso de os ter) e iniciar o autoexame oral:

- Observar e palpar a face e o pescoço;
- Com o dedo indicador e o dedo polegar em forma de pinça, tracionar o lábio inferior para baixo e o lábio superior para cima, observando e palpando os lábios e as gengivas;
- Com a boca aberta e com o dedo indicador estica-se a mucosa jugal e movimenta-se a cabeça levemente para o mesmo lado, observando e palpando toda a mucosa;
- Colocar a língua para fora, observar e palpar toda a sua área e movimenta-la para um lado e para o outro;
- Com a língua levantada (a ponta da língua a tocar no palato), pode-se observar e palpar com mais detalhe a pavimento da boca e a parte inferior da língua;
- Com a cabeça inclinada para trás, consegue-se observar e palpar o palato e por último visualizar as amígdalas bilateralmente e a região posterior da boca.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Este autoexame oral deve ser realizado mensalmente (Thomaz *et al.*, 2000).

O uso de folhetos informativos sobre o autoexame oral pode melhorar a sua técnica, realçar a sua importância, levando a uma maior proficiência do autoexame oral (Scott *et al.*, 2010).

5- Médico Dentista e o Cancro Oral

Os médicos dentistas devem orientar e motivar os seus pacientes para uma boa higiene oral. De acordo com Correa *et al.* (2010) os indivíduos que receberam orientação do médico dentista sobre higiene oral até à idade de 15 anos, tiveram uma menor taxa de perda dentária aos 24 anos. Estes resultados sugerem que os indivíduos que fazem visitas ao médico dentista durante a infância e adolescência, demonstram melhores cuidados de saúde oral, incluindo o hábito de realizar o autoexame oral.

Os médicos dentistas têm sido reconhecidos como sendo importantes na deteção precoce do cancro oral, em pacientes que têm consultas regularmente no seu médico dentista. Uma abordagem preventiva pode ser realizada por estes mas, infelizmente, os indivíduos mais vulneráveis e de alto risco, tais como os de baixo poder socioeconómico, fumadores, com um alto consumo de álcool e idosos, são menos propensos de visitar o médico dentista. No entanto, estes grupos são mais propensos a visitar o médico de Clínica Geral podendo este, assim, também desempenhar um papel importante na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral (Wade *et al.*, 2010).

Os médicos dentistas devem ter conhecimento suficiente sobre as formas clínicas e radiográficas das estruturas anatómicas para diagnosticar o cancro na região oral. Também, não devem negligenciar qualquer anormalidade que surja nesta região. E se indicado, devem solicitar uma biópsia, para confirmar as suspeitas (Akbulut *et al.*, 2011). Os médicos dentistas devem realizar anualmente pelo menos um exame visual da cavidade oral em todos os seus pacientes e obter um parecer especializado para lesões orais suspeitas. Durante a inspeção atribuir especial atenção a locais de alto risco de cancro oral como o pavimento da boca, a língua e o palato mole (Joseph, 2002).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Este exame visual sistemático da cavidade oral é relativamente simples, de baixo custo e provoca muito pouco desconforto ao paciente. Embora os primeiros sinais de cancro oral possam ser indolores, praticamente todos os cancros orais são precedidas por mudanças visíveis na boca, como uma mancha branca e/ou vermelha, uma úlcera, ou um inchaço (Scott *et al.*, 2010).

Num estudo realizado por Awojobi *et al.* (2012), 92% dos inquiridos gostariam de ser informados pelo seu médico dentista acerca de consultas de rastreio de cancro oral e 97% gostariam de obter ajuda por parte do seu médico dentista no que diz respeito à redução dos fatores de risco do cancro oral.

O médico dentista desempenha um papel fundamental no rastreio e diagnóstico precoce do cancro oral. Deve ajudar a sensibilizar e consciencializar os seus pacientes sobre a importância de reduzir fatores etiológicos implicados no aparecimento e progressão deste tipo de carcinoma, promover a realização do autoexame oral, bem como a realização de uma revisão sistemática à cavidade oral, e ainda tem um papel importante durante a terapia neoplásica. O médico dentista deve assim realizar avaliações estomatológicas e dar condições ao paciente para ser submetido às modalidades terapêuticas com as melhores taxas de cura e de qualidade de vida, prevenindo ou reduzindo os efeitos colaterais provenientes da terapia neoplásica (Daniel *et al.*, 2006).

A realização do exame visual e táctil da cavidade oral, cabeça e pescoço é essencial na prevenção do cancro da cavidade oral. O médico dentista deve começar por realizar o exame extraoral e de seguida o exame intraoral, neste deve adotar uma sequência de avaliação que lhe pareça mais adequada, contudo é essencial que o paciente esteja sentado confortavelmente e que sejam removidas as próteses dentárias e aparelhos removíveis (MacCarthy *et al.*, 2011). Segundo Santos *et al.* (2011), no exame extraoral deve inspecionar a face e a região cervical. Já no exame intraoral deve realizar-se:

- Avaliação dos fundos vestibulares superiores e inferiores, fazendo a eversão dos lábios;
- Avaliação das regiões jugais;
- Avaliação da língua. Observar a língua em repouso e em protração. Com esta

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

observação, podem ser evidenciadas alterações da mobilidade lingual, como retrações e desvios, muito sugestivos de cancro. Devemos também pedir para colocar a ponta da língua no palato e avaliar a mobilidade nos movimentos laterais;

- Avaliação do pavimento da boca;
- Avaliação dos palatos duro e mole;
- Avaliação da orofaringe e pilares amigdalianos.

O médico dentista deve sempre anotar qualquer alteração de cor e/ou textura nos tecidos moles; no caso de detetar uma alteração anormal deve determinar a história da lesão e possíveis fatores etiológicos, observando a sua evolução passadas 3 semanas; se a lesão persistir ao final de 3 semanas, deve proceder-se à biopsia, fotografando sempre primeiro a lesão (MacCarthy *et al.*, 2011).

Os conhecimentos e competências dos médicos dentistas devem ser reforçados e sistematicamente atualizado por uma educação profissional contínua, para que possam estar capacitados para ajudar na prevenção, deteção precoce e durante o tratamento do cancro oral (Decuseara *et al.*, 2011).

6- Diagnóstico Tardio do Cancro Oral

A análise do tempo decorrido, desde o início dos sintomas do cancro oral à administração do tratamento, mostra que o atraso no diagnóstico pode ser responsável pela maior taxa de morbilidade e mortalidade. Enfatizando-se, assim, a necessidade de se reconhecer os agentes/fatores responsáveis pelo atraso no diagnóstico, e que podem ser atribuídos ao paciente, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde (Gómez *et al.*, 2010).

O problema do diagnóstico tardio do cancro oral deve-se a quatro fatores que estão interligados: a deteção tardia dos sintomas, o baixo conhecimento sobre cancro da cavidade oral, a demora do paciente em consultar um profissional de saúde após ter detetado sintomas de cancro oral, a identificação e abordagem dos grupos de alto risco, a formação profissional deficiente nesta área da oncologia e a baixa frequência dos

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

pacientes a consultas de Medicina Dentária periódicas. (Falcão *et al.*, 2010; Scott *et al.*, 2011).

A probabilidade de pacientes, com diagnóstico tardio, apresentarem um cancro em fase avançada no momento do diagnóstico é significativamente mais elevada do que a dos pacientes com um diagnóstico precoce (Gómez *et al.*, 2009).

A fase de diagnóstico afeta significativamente a sobrevida aos 5 anos, com as taxas de sobrevida a aproximarem-se de 80% para o estadio I da doença e a baixar significativamente para a doença em estadio IV. O fator determinante mais importante para este resultado estatístico é o atraso no diagnóstico, com mais de 60% dos cancros orais a serem diagnosticados em estadio III e IV (Brocklehurst *et al.*, 2010).

Brandizzi *et al.* (2008) realizaram um estudo com 274 pacientes com cancro oral primário, destes 65% foram diagnosticados em estadios avançados (III e IV). Chegando à conclusão que a baixa taxa de sobrevivência obtida foi principalmente devido ao grande número de casos de cancro oral que foram diagnosticados em estadios avançados.

7- Diagnóstico Precoce do Cancro Oral

É indispensável estabelecer um diagnóstico precoce nos primeiros estadios da doença. O diagnóstico precoce é o fator mais importante para melhorar a sobrevida do paciente e minimizar extensão da cirurgia necessária (Bagan *et al.*, 2010).

O diagnóstico precoce nos estadios I e II corresponde a uma melhoria na taxa de sobrevida em cinco anos quando comparado com estadios mais avançado (III e IV). A deteção precoce do cancro oral, ainda assintomático, traduz em termos gerais uma evolução clínica satisfatória e a cura na maioria dos pacientes. Estima-se que a taxa de sucesso no tratamento do cancro oral poderia ser de cerca de 80% se o diagnóstico fosse realizado precocemente. (Sciubba, 2001).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Muitos dos pacientes que são tratados com sucesso para o cancro oral têm que lidar com as consequências negativas do seu tratamento, como a desfiguração, a disfagia e a disfasia. Uma melhoria nas taxas de sobrevivência e uma redução da morbilidade estão associadas com uma deteção precoce do cancro oral. Como tal, a implementação de iniciativas para incentivar o diagnóstico precoce do cancro da cavidade oral devem ser uma prioridade para os Serviços de Saúde Pública (Scott *et al.*, 2010).

O cancro oral normalmente ocorre em locais de fácil inspeção visual e que permitem por isso uma deteção precoce. Segundo Doobaree *et al.* (2009), em pelo menos 75% dos pacientes, o cancro oral envolve a parte anterior da língua, o pavimento da boca, a mucosa oral, a gengiva, os lábios ou o palato; portanto locais que podem ser facilmente visualizados.

O diagnóstico precoce é dificultado pelo facto das lesões iniciais geralmente serem assintomáticas, e portanto não são valorizadas nem pelo próprio indivíduo nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento acerca desta patologia e uma falta de procura de atendimento médico por parte do indivíduo (Santos *et al.*, 2010).

8- Prevenção do Cancro Oral e Saúde Coletiva

Existe agora conhecimento suficiente das causas para evitar pelo menos um terço de todos os cancros a nível mundial. E também estão disponíveis informações que permitem a deteção precoce e tratamento efetivo adicional de um terço dos casos (Petersen, 2009).

O objetivo global de prevenção e controlo do cancro oral é reduzir a incidência e mortalidade deste e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com cancro oral e das suas famílias. A prevenção é muitas vezes a estratégia mais rentável a longo prazo para o controlo do cancro. Além disso, medidas de prevenção de cancro oral são benéficas uma vez que elas também podem contribuir para a prevenção de outras doenças crónicas que partilham dos mesmos fatores de risco (Petersen, 2009).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Os meios de comunicação social e campanhas mais direcionadas assim como a promoção do autoexame oral, podem ser benéficos como estratégias públicas para o problema do cancro oral (Eadie *et al.*, 2009).

Foi demonstrado por Petti *et al.* (2007) que a utilização de um folheto informativo sobre o cancro oral, acrescenta conhecimento à população e a longo prazo pode revelar-se benéfico. Da mesma forma, estudos realizados por Humphris *et al.* (2004) demonstraram que um folheto informativo sobre o cancro oral distribuídos aos pacientes, aumentaram os seus conhecimentos sobre esta patologia bem como a vontade em fazer um exame clínico da cavidade oral.

Os esforços de pesquisa sobre o desenvolvimento socioeconómico, sobre impactos comportamentais de políticas de saúde pública, e sobre a organização da rede de cuidados de saúde oral, são muito menos frequentes do que aqueles efetuados em termos biológicos ou de protocolos de tratamento (Conway *et al.*, 2008).

Pelo menos três quartos dos cancros orais podem ser evitados, através da eliminação de estilos de vida de risco, tais como o tabaco e o consumo de álcool (Marron *et al.*, 2010).

Um melhoramento nas taxas de sobrevivência e na redução da mortalidade e morbidade estão associados a uma deteção precoce do cancro oral, contudo cerca de 60% dos doentes são diagnosticados em estadio avançado. Como tal, a implementação de iniciativas para incentivar o diagnóstico precoce do cancro oral deve ser uma prioridade para os serviços de saúde pública (Scott *et al.*, 2010).

A maioria dos carcinomas orais é precedida por lesões visíveis, conhecidas como lesões potencialmente malignas, que apresentam displasia epitelial oral. Estas lesões clinicamente evidentes, se forem identificadas precocemente e removidas, impede-se a sua transformação maligna ou reduz-se o seu estadio. Portanto o rastreio oral é uma estratégia rentável na prevenção do cancro oral (Brocklehurst *et al.*, 2010)

Em Portugal já se começam a realizar algumas campanhas de prevenção para o cancro da cavidade oral como é exemplo o “Projeto Cancro Oral – Refletir e Saber Agir”

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

desenvolvido pela Associação Mundo a Sorrir entre o ano de 2010 e 2011, que visou desenvolver um trabalho que concorresse para a diminuição do cancro oral na população, através da transmissão de informação sobre os seus riscos, diagnóstico e tratamento (Associação Mundo a Sorrir). Também o livro “Com o Sorriso aprendo a fazer o exame da boca”, publicado em 2009 pelas edições da Universidade Fernando Pessoa (UFP), tem uma ação de prevenção para o cancro oral e tem como objetivo ensinar às crianças e através delas aos adultos, as causas das doenças orais, nomeadamente do cancro da cavidade oral, a forma como as podemos prevenir e como detetar alterações precocemente mediante o ensino do autoexame oral.

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e o Ministério da Saúde assinaram recentemente o protocolo de alargamento do programa “cheque dentista” que irá abranger jovens com 16 anos, abarcando mais 50 mil beneficiários, com a inclusão do cancro oral, nas vertentes de rastreio, diagnóstico e tratamento - o que representa 5 mil consultas em doentes identificados como de risco (OMD, 2013).

A OMD foi convidada a colaborar num projeto europeu de Rastreio Precoce e Prevenção do Cancro Oral. A implementação e acompanhamento do projeto será da responsabilidade de um grupo de peritos que está a ser constituído a nível de cada país. Os representantes de cada país, terão como desafios definir estratégias de combate ao cancro oral, entender como a medicina dentária poderá atuar e quais os procedimentos mínimos que deverão ser pedidos a cada médico dentista (OMD, 2008).

É necessário implementar políticas de controlo do cancro oral por meio de campanhas de conscientização e triagem do cancro da cavidade oral, assim como, medidas políticas para controlar o consumo de tabaco e álcool na população Portuguesa (Monteiro *et al.*, 2013).

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1- Pesquisa Bibliográfica

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Oncologia oral, mais direcionada para informação relevante capaz de promover a prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na área de Medicina Dentária. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com recurso artigos científicos, publicados partir do ano de 2000 (com preferência pelos artigos publicados entre os anos 2004 a 2013), e algumas obras literárias. A pesquisa foi feita na biblioteca da UFP, na biblioteca do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto e na biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e foram usados como motores de busca on-line a *Pubmed*, *Scielo* e *B-on* com as palavras-chave: "*Oral cancer*"; "*Oral Oncology*"; "*Early Diagnosis*"; "*Risk factors*"; "*Head and Neck Neoplasms*"; "*Oral self-examination*"; "*Prevention of oral cancer*"; "*Dentist role*"; "*Health policy*"; "*Educative programmes*"; "*Mouth neoplasms*"; "*Oral cancer awareness*"; "*Knowledge on oral cancer*", no período compreendido entre Novembro de 2012 e Abril de 2013. Foram utilizados como filtros específicos, no tipo de artigos, os "*Clinical trial*", "*review*" e "*meta-analysis*", com a disponibilidade de texto "*Free full text available*" e "*Full text available*". Os critérios de inclusão foram artigos científicos publicados a partir do ano de 2000 (com preferência pelos artigos publicados entre os anos 2004 a 2013), e obras literárias de 2005 e posteriores, escritos em inglês, português ou espanhol e os que melhor se enquadrassem neste tema. Assim, utilizaram-se 117 referências bibliográficas. A informação obtida constitui o acervo bibliográfico que suporta este trabalho.

2- Trabalho de Investigação

O presente estudo é observacional, do tipo coorte, e pretendeu avaliar os conhecimentos da população estudada sobre o cancro oral e autoexame oral e, após o ensino, verificar se ocorria um acréscimo dos conhecimentos e aquisição de informação para a realização do autoexame oral.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

A população estudada foram os utentes da Unidade de Saúde Familiar de Pedras Rubras – USF Pedras Rubras, que tivessem entre 18 a 80 anos de idade. Participaram neste estudo 100 indivíduos e todos assinaram o consentimento informado (Anexo I). Este estudo decorreu entre os meses de Março e Abril de 2013.

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário anónimo e de preenchimento individual, constituído por escolhas múltiplas, onde existiam algumas questões que poderiam ter mais do que uma opção correta. O questionário inquiria sobre o cancro oral, autoexame oral e a frequência de consultas de medicina dentária. Cada utente da amostra respondeu a este questionário duas vezes, uma antes do ensino e outra após o ensino.

Cada uma das sessões estava organizada em 3 momentos:

Numa primeira fase, os utentes preencheram um questionário anónimo e individual, com a finalidade de avaliar os seus conhecimentos sobre a oncologia oral e o autoexame oral (Anexo II).

Numa segunda fase foi fornecida informação, a cada utente, acerca do cancro oral, seus fatores de risco, sinais/sintomas de alerta, formas de prevenir, destacando a importância do autoexame oral. Foi ainda ensinada a realização do autoexame oral através de uma demonstração teórico-prática personalizada. Esta fase teve como objetivo a sensibilização da população em estudo para a prevenção e um diagnóstico precoce do cancro da cavidade oral, realçando-se o autoexame oral como um importante meio de diagnóstico precoce para esta neoplasia. Todos os participantes tiveram a oportunidade para colocar questões sobre o assunto (Anexo III).

Na terceira fase, após o ensino, os utentes voltaram a preencher o mesmo questionário (Anexo IV) com o objetivo de avaliar a aquisição e compreensão de novos conhecimentos. No final foi distribuído, a cada participante, um folheto informativo sobre o cancro da cavidade oral e autoexame oral (Anexo V).

Na tabela seguinte estão as respostas que se desejavam obter no segundo questionário

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

após o ensino (Tabela 1).

Tabela 1: Respostas do questionário consideradas desejáveis/corretas após o ensino

Pergunta	Alínea(s) considerada(s) desejável(eis)/correta(s)
O que entende por cancro oral?	- Tumor maligno
O cancro oral tem cura?	- Sim
Quais as formas de prevenir o cancro da cavidade oral?	- Ir ao médico dentista regularmente - Usar próteses dentárias adaptadas - Evitar fumar e beber álcool - Boa higiene oral - Fazer o autoexame oral
Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?	- Tabaco - Álcool - Alimentação pobre em frutas e legumes - Feridas orais recorrentes - Exposição à radiação solar
Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?	- Fumador e alcoólico - Má higiene oral - Prótese dentária mal adaptada - Acima dos 50 anos
Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?	- Ferida que não cicatriza - Manchas brancas e/ou vermelhas - Nódulos ou caroços no pescoço duros e fixos - Rouquidão e/ou dificuldade em mastigar e/ou engolir - Assimetria da face
Sabe o que é o autoexame oral?	- Sim
Com que periodicidade se deve fazer o autoexame oral?	- Uma vez por mês

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Que estruturas deve visualizar /palpar no autoexame oral?	<ul style="list-style-type: none">- Lábios- Face- Língua- Céu da boca (palato)- Pavimento da boca- Pescoço- Gengiva
Com que periodicidade deve ir ao médico dentista?	<ul style="list-style-type: none">- De 6 em 6 meses

Foi realizada a análise comparativa dos dados obtidos nos dois questionários. Estes constituídos por questões de resposta múltipla, onde podia estar uma ou mais respostas certas.

Os dados obtidos nos questionários foram informatizados, construindo uma base de dados a partir da qual se trataram e analisaram os resultados com recurso a um programa de estatística o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.

Para estudar as associações e variáveis categóricas utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Considerou-se diferenças significativas em todas as situações em que a probabilidade estatística (valor p) associada a esse teste fosse inferior a 0,05 (95% de confiança).

Este estudo foi apresentado previamente à Comissão de Ética da UFP e a Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) tendo sido aprovado em ambos (Anexo VI). Foram ainda enviados pedidos de autorização para a realização deste estudo à Aces Porto Oriental (USF Covelo) e à Aces Maia/Valongo (USF Pedras Rubras), depois de ter sido estabelecido contacto com os coordenadores de cada Unidade de Saúde Familiar conseguindo a sua anuência para a realização do estudo.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Pela falta de resposta atempada, da Aces Porto Oriental, ao pedido de autorização para a realização do estudo, a USF do Covelo foi excluída por não se encontrar já no prazo estipulado para a investigação. Tendo este sido aceite na USF Pedras Rubras (Anexo VII).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

IV. RESULTADOS

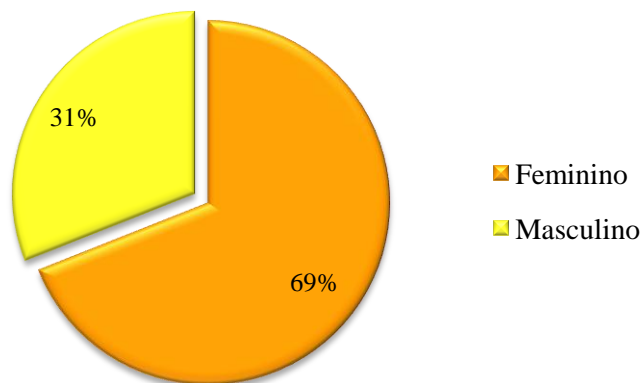
Foram inquiridos 100 utentes da USF de Pedras Rubras.

1- Caracterização da Amostra

i- Género

A amostra foi constituída por 69 (69%) elementos do género feminino e 31 (31%) do género masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1: Divisão da amostra segundo o género



A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ii- Idade

Sessenta utentes tinham idade superior a 40 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Divisão da amostra segundo o grupo etário

Grupos etários (anos)	Número	Percentagem
18-30	16	16%
31-40	24	24%
41-50	22	22%
51-60	24	24%
61-70	8	8%
71-80	6	6%

2- Avaliação dos Resultados dos Inquéritos

i- Análise dos Resultados do Primeiro Inquérito

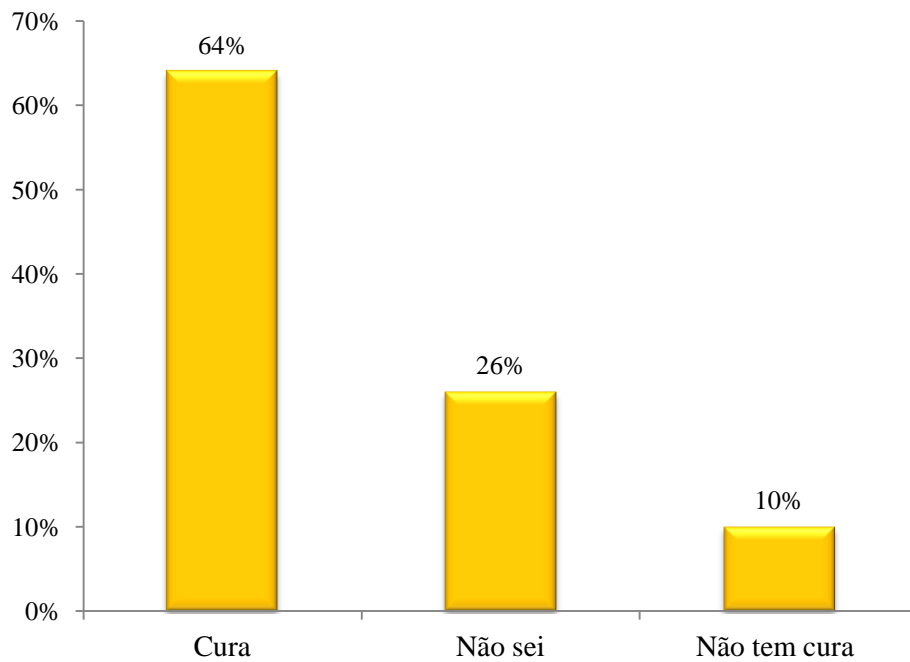
O primeiro inquérito aplicado teve como objetivo avaliar o conhecimento dos utentes sobre o cancro oral e autoexame oral antes do ensino.

Os utentes, no primeiro inquérito, foram inquiridos em relação ao que entendiam por cancro oral. Dos inquiridos, 75% referiram que cancro oral era um tumor maligno da cavidade oral, 9% consideraram que era uma doença incurável, 3% acharam que era uma doença infecto-contagiosa e 12% não sabiam o que significava cancro oral. Um utente não respondeu a esta pergunta do inquérito.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

A pergunta seguinte do inquérito questionava se o cancro oral tinha cura após tratamento adequado. Apenas 10% referiram não existir cura, mas 26% não emitiram opinião por desconhecimento (Gráfico 2).

Gráfico 2: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “O cancro oral tem cura?”



Outro aspeto avaliado foram os aspetos úteis para a prevenção do cancro oral. Em que 5% dos utentes não tinham opinião por desconhecimento e as respostas sobre estes aspetos estão condensadas na seguinte tabela (Tabela 3).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Tabela 3: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais as formas de prevenir o cancro da cavidade oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação	
	Número	Percentagem
Ir a consultas de Medicina Dentária regularmente	70	70%
Usar prótese dentária adaptada	12	12%
Evitar fumar e ter hábitos etílicos acentuados	56	56%
Ter boa higiene oral	77	77%
Fazer o autoexame oral regularmente	41	41%

Após confrontados com uma lista de fatores potencialmente associados ao risco de desenvolver cancro oral, nomeadamente tabaco, álcool, alimentação pobre em frutas e legumes, feridas orais crónicas e exposição à radiação solar, verificamos que estes fatores foram considerados associados ao risco de cancro oral (Tabela 4). Contudo 14% dos inquiridos não tinham opinião por desconhecimento.

Tabela 4: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação	
	Número	Percentagem
Tabaco	79	79%
Álcool	51	51%
Alimentação pobre em frutas e legumes	30	30%
Feridas orais crónicas	46	46%
Exposição à radiação solar	15	15%

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Quando questionados sobre quais os indivíduos com maior risco de desenvolver cancro oral, 12% dos inquiridos não tinham opinião por desconhecimento e os restantes consideraram como individuo de risco e segundo os fatores intervenientes (Tabela 5):

Tabela 5: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação	
	Número	Percentagem
Fumador e com hábitos etílicos acentuados	77	77%
Má higiene oral	71	71%
Prótese dentária mal adaptada	16	16%
Adultos com mais de 50 anos	15	15%

Outro aspeto avaliado foram os sinais e/ou sintomas de alerta do cancro oral e as respostas a esta pergunta estão condensadas na seguinte tabela (Tabela 6). No entanto, 26% dos utentes não tinham opinião por desconhecimento.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Tabela 6: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação	
	Número	Porcentagem
Ferida que não cicatriza	61	61%
Manchas brancas e/ou vermelhas	30	30%
Dentes cariados	11	11%
Nódulos ou "caroços" no pescoço	46	46%
Rouquidão e/ou dificuldade em mastigar e/ou engolir	41	41%
Assimetria da face	18	18%

Quando questionados se conheciam o que era o autoexame da cavidade oral, verificou-se que 67% dos utentes nunca tinham ouvido falar deste exame e apenas 16% o realizavam.

Dos utentes que faziam o autoexame oral (n=16), 6 realizavam-no uma vez por mês, 4 realizavam-no de 6 em 6 meses, 3 realizavam-no uma vez por ano e os 3 restantes não sabiam referir a sua frequência.

Metade dos utentes inquiridos não sabiam qual seria a frequência adequada para realizar o autoexame oral.

Na pergunta seguinte do inquérito pretendeu-se avaliar o conhecimento que os utentes tinham sobre quais as estruturas que se devem visualizar/palpar no autoexame oral. Destes 46% não sabiam indicar quais as estruturas a visualizar/palpar e as restantes respostas estão condensadas na tabela abaixo (Tabela 7).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Tabela 7: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação	
	Número	Percentagem
Lábios	20	20%
Face	16	16%
Língua	31	31%
Palato	35	35%
Pavimento da boca	30	30%
Pescoço	24	24%
Gengiva	38	38%

A frequência das consultas de Medicina Dentária foi em 55% dos utentes inferior a um ano (Tabela 8).

Tabela 8: Dados obtidos, antes do ensino, relativos à questão “Quando foi a última vez que foi ao Médico Dentista?”

Frequência das consultas	Número	Percentagem
< 1 ano	55	55%
1 - 2 anos	18	18%
2 - 4 anos	13	13%
> 4 anos	13	13%
Desconhece	1	1%

Porém 53% dos utentes consideraram que a consulta de Medicina Dentária devia ser realizada de 6 em 6 meses, 38% uma vez por ano e os restantes consideravam importante quando se tivesse necessidade por existirem sintomas.

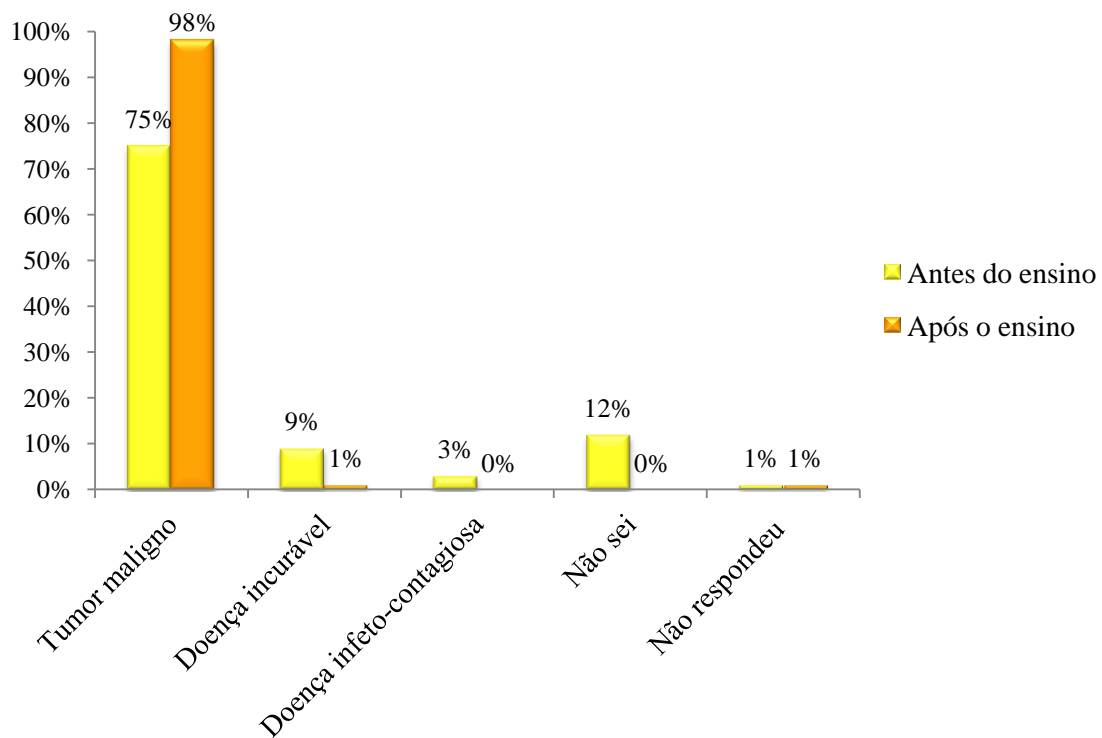
A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ii- Comparação dos resultados obtidos no primeiro inquérito (antes do ensino) e no segundo inquérito (após o ensino)

O segundo inquérito teve como objetivo avaliar a aquisição de conhecimentos dos utentes da amostra após o ensino sobre o cancro oral e autoexame oral.

Na questão sobre o que entendiam por cancro oral, antes do ensino 25% dos utentes mostraram não saber o que significa cancro oral. Após o ensino houve uma aquisição de conhecimentos sobre este assunto (Gráfico 3).

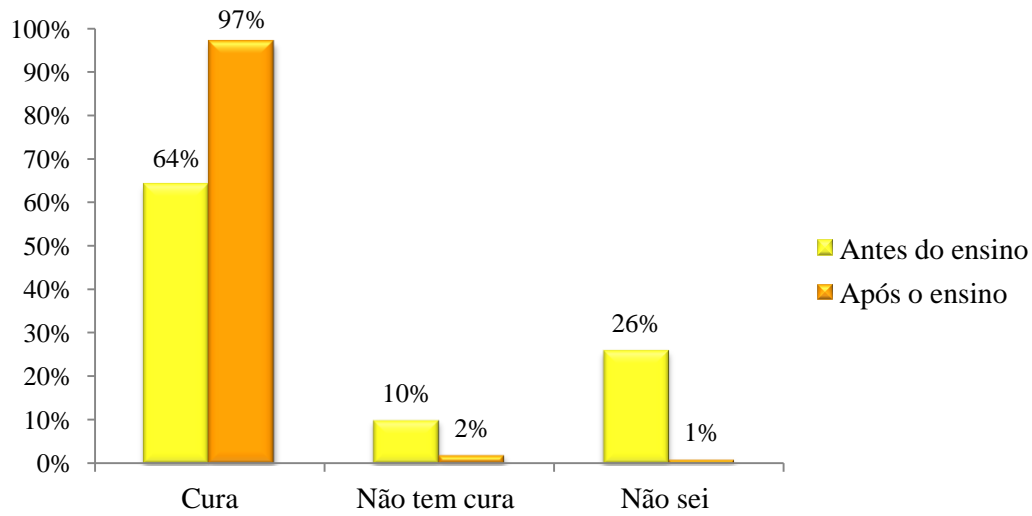
Gráfico 3: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “O que entende por cancro oral?”



p<0,0001

Quanto a questão se o cancro oral tem cura após tratamentos adequados, houve uma mudança de opinião após o ensino uma vez que 97% dos utentes responderam que este tinha cura (Gráfico 4).

Gráfico 4: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “O cancro oral tem cura?”



$p < 0,0001$

Na pergunta seguinte sobre formas de prevenir o cancro da cavidade oral, é possível observar um aumento dos conhecimentos após o ensino, uma vez que todos os utentes consideraram que ir ao médico dentista regularmente, evitar fumar e beber álcool, ter uma boa higiene oral e realizar o autoexame oral são formas de prevenir o cancro oral. Também 95% dos utentes considerou que usar próteses dentárias adaptadas é um fator importante na prevenção do cancro da cavidade oral (Tabela 9).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Tabela 9: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Formas de prevenir o cancro da cavidade oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação			
	Antes do ensino		Após o ensino	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Ir a consultas de Medicina Dentária regularmente	70	70%	100	100%
Usar próteses dentárias mal adaptadas	12	12%	95	95%
Evitar fumar e ter hábitos etílicos acentuados	56	56%	100	100%
Ter boa higiene oral	77	77%	100	100%
Fazer o autoexame oral regularmente	41	41%	100	100%
Desconhece	5	5%	0	0%

p<0,0001

Após o ensino, e na questão sobre os fatores de risco do cancro oral, houve uma diminuição dos casos que desconheciam estes fatores. Sendo que o álcool e o tabaco se mantiveram como os fatores de risco mais responsabilizados (Tabela 10).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Tabela 10: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação			
	Antes do ensino		Após o ensino	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Tabaco	79	79%	100	100%
Álcool	51	51%	100	100%
Alimentação pobre em frutas e legumes	30	30%	97	97%
Feridas orais crónicas	46	46%	99	99%
Exposição à radiação solar	15	15%	96	96%

p<0,0001

Relativamente à questão sobre quais os indivíduos com maior risco de desenvolver cancro oral, observou-se após o ensino, um aumento do conhecimento sobre o que caracteriza um individuo de risco (Tabela 11).

Tabela 11: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação			
	Antes do ensino		Após o ensino	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Fumador e com hábitos etílicos acentuados	77	77%	100	100%
Má higiene oral	71	71%	100	100%
Prótese dentária mal adaptada	16	16%	97	97%
Adultos com mais de 50 anos	15	15%	99	99%
Desconhece	12	12%	0	0%

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

p<0,0001

Na pergunta sobre quais os sinais e/ou sintomas de alerta do cancro oral, existiu após o ensino uma diminuição do desconhecimento destes, como é possível observar na seguinte tabela (Tabela 12).

Tabela 12: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação			
	Antes do ensino		Após o ensino	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Ferida que não cicatriza	61	61%	100	100%
Manchas brancas e/ou vermelhas	30	30%	97	97%
Dentes cariados	11	11%	5	5%
Nódulos ou "caroços" no pescoço	46	46%	100	100%
Rouquidão e/ou dificuldade em mastigar e/ou engolir	41	41%	97	97%
Assimetria da face	18	18%	95	95%
Desconhece	26	26%	0	0%

p<0,0001

Quando questionados, antes do ensino, se conheciam o que era o autoexame oral, 67% dos utentes nunca tinham ouvido falar. Mas após o ensino verificamos que este permitiu que todos os utentes ficassem a conhecer o autoexame da cavidade oral.

Após o ensino, 96% dos utentes declararam que a periodicidade do autoexame oral recomendável era uma vez por mês. Verificando-se assim um aumento do conhecimento após o ensino.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Foi possível observar, após o ensino, que os utentes ficaram a conhecer quais as estruturas que devem visualizar/palpar durante a realização do autoexame oral (Tabela 13).

Tabela 13: Dados obtidos, após o ensino, relativos à questão “Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?”

Afirmação	Concordância com a afirmação			
	Antes do ensino		Após o ensino	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Lábios	20	20%	100	100%
Face	16	16%	100	100%
Língua	31	31%	100	100%
Palato	35	35%	100	100%
Pavimento da boca	30	30%	98	98%
Pescoço	24	24%	100	100%
Gengiva	38	38%	97	97%
Desconhece	46	46%	0	0%

p<0,0001

Relativamente à periodicidade a que se deve ir ao Médico Dentista, observou-se um aumento do conhecimento, com 98% dos utentes a considerar que a consulta de Medicina Dentária devia ser realizada de 6 em 6 meses.

V. DISCUSSÃO

A prevenção e o diagnóstico precoce são chaves muito importantes no combate contra o cancro oral. Assim sendo, a consciencialização e a sensibilização dos profissionais de saúde, bem como dos seus pacientes sobre o cancro oral é essencial, uma vez que mais de metade dos casos com cancro oral são diagnosticados tardiamente principalmente devido à falta de informação por parte da população sobre esta patologia e a falta de alerta dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce.

Os médicos dentistas devem ser capazes de reconhecer sinais e/ou sintomas do cancro oral e elucidar os seus pacientes sobre estes, sobre os fatores de risco, bem como sobre atitudes preventivas para o cancro da cavidade oral, ensinando a realização do autoexame oral.

O autoexame oral é uma das estratégias mais importantes para se obter um diagnóstico precoce do cancro oral em fase inicial, melhorando significativamente o prognóstico do doente. Este exame devia ser sistematicamente ensinado nas atividades de educação comunitária, numa linguagem fácil e acessível à população (Thomaz *et al.*, 2000).

Saber o nível de conhecimento da população a respeito das doenças é de suma importância para o planeamento de programas de saúde oral coletiva, para que levem à melhora efetiva no nível de saúde da população (Ribeiro *et al.*, 2008).

Em relação a este trabalho, não foi realizado um pré-teste e por isso surgiram algumas dúvidas por parte dos utentes em relação à compreensão e clareza de uma pergunta do questionário – O cancro oral tem cura?.

Com base nos resultados obtidos, pode-se constatar que a grande parte dos utentes, antes do ensino, sabiam o que era o cancro oral (75% referiram que cancro oral era um tumor maligno), e que este tinha cura quando tratado adequadamente e quando não fosse descoberto em estadios avançados em que já existisse a presença de metástases (64% referiram que o cancro oral tinha cura).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Warnakulasuriya *et al.* (1999) (*cit. in* Scott *et al.*, 2011), que realizou uma grande pesquisa no Reino Unido, relatou uma alarmante falta de consciência sobre o cancro oral com apenas 56% dos entrevistados a indicarem que já tinham ouvido falar de cancro oral. Contudo no estudo realizado por West *et al.* (2006) 95,6% dos entrevistados disseram que já tinham ouvido falar de cancro oral.

Na avaliação de aspetos úteis para a prevenção do cancro oral, os utentes da amostra demonstraram algum conhecimento acerca de comportamentos importantes para a prevenção deste: 77% referiram ser importante uma boa higiene oral, 70% indicaram consultar o médico dentista regularmente e 56% mencionaram que evitar fumar e ter hábitos etílicos acentuados eram aspetos relevantes para a prevenção. No entanto em dois aspetos da prevenção do cancro oral, os utentes mostraram falta de conhecimento: menos de metade (41%) referiram que se deveria realizar o autoexame oral e só 12% indicaram que usar próteses dentárias adaptadas eram aspetos importantes para a prevenção.

Relativamente aos fatores de risco do cancro oral, a amostra indicou o tabaco (79%) e o álcool (51%) como os fatores de risco mais responsabilizados. Contudo mostraram falta de conhecimento quanto à alimentação pobre em frutas e legumes (30%), feridas orais crónicas (46%) e exposição à radiação solar (15%) como fatores de risco do cancro da cavidade oral.

De acordo com o estudo realizado por West *et al.* (2006), a grande maioria da amostra sabia que o tabaco era um fator de risco. Mas Abdo *et al.* (2006) mostraram na sua pesquisa, uma falta de conhecimento da população sobre os fatores de risco, deixando clara a necessidade de programas de esclarecimento e informação acerca do cancro oral.

Os utentes da amostra indicaram como indivíduo de risco para o cancro oral um fumador com hábitos etílicos acentuados (77%) e má higiene oral (71%). Mas não mostraram saber que um portador de prótese dentária mal adaptada (16%) e um adulto acima dos 50 anos (15%) são fatores que podem intervir num maior risco de um indivíduo desenvolver cancro oral.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Quanto aos sinais e/ou sintomas de alerta do cancro oral, os utentes da amostra demonstraram pouco conhecimento acerca destes, referindo a ferida que não cicatriza (61%) como o principal sinal de alerta para a presença de cancro oral.

De acordo com Rubright *et al.* (1996) (*cit. in* Scott *et al.*, 2011) os entrevistados sabiam pouco sobre quais os sinais e/ou sintomas de alerta para o cancro oral se examinassem a sua boca. E segundo O'Connor *et al.* (2010) 50% dos entrevistados não sabiam que a rouquidão persistente ou uma úlcera oral prolongada podem ser sintomas do cancro oral. Conforme o estudo de West *et al.* (2006), o conhecimento em relação aos primeiros sinais do cancro oral foi baixo, por exemplo, apenas 33,8% reconheceram que manchas brancas na boca eram um sinal de cancro oral.

Verificou-se que 67% dos utentes nunca tinham ouvido falar do autoexame oral e que metade dos utentes não sabia qual seria a frequência adequada para realização do mesmo. Sendo que 16% dos utentes realizavam o autoexame oral, mas só 6% o realizavam na periodicidade ideal, ou seja uma vez por mês. Contudo observou-se também uma falta de conhecimento sobre as estruturas a visualizar/palpar durante a realização do autoexame oral. Fica assim evidenciada a falta de informação sobre o autoexame oral e a necessidade de mais programas de esclarecimentos e sensibilização acerca deste.

A frequência das consultas de Medicina Dentária entre os utentes foi em 55% inferior a um ano e 53% dos utentes consideraram que a consulta de Medicina Dentária deveria ser realizada de seis em seis meses. Mostrando que quase metade da amostra não vai a uma consulta de Medicina Dentária à mais de um ano e que desconhece que a frequência ideal de consultas é de seis em seis meses.

Verifica-se assim a necessidade de intensificar o ensinamento sobre os fatores de risco, manifestações, formas de prevenção do cancro oral, assim como do autoexame oral.

Num estudo realizado por Awojobi *et al.* (2012) só 6% da amostra relatou saber muito sobre o cancro oral e a grande maioria (77%) referiu saberem pouco ou nada sobre este.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Após o ensino e com base nos resultados obtidos no segundo questionário, podemos constatar que os utentes assimilaram bem as informações transmitidas, revelando a importância de programas educacionais de prevenção do cancro oral. Resultados semelhantes foram obtidos por Thomaz et al. (2000), por Quintã (2005) e por Pozzer et al. (2009).

Encontrou-se uma significância positiva em todas as questões, observando-se um aumento do conhecimento dos utentes sobre o cancro oral, seus fatores de riscos, sinais e/ou sintomas de alerta e aspetos úteis para a sua prevenção. Nas perguntas relacionadas com o autoexame oral constatou-se um maior aumento da informação adquirida pelos utentes após o ensino, uma vez que antes deste, o conhecimento sobre o autoexame oral, sua periodicidade de realização ideal e que estruturas avaliar na sua realização, era baixo.

Segundo o estudo de Croucher *et al.* (2011) existiu um aumento da consciência e conhecimento sobre os fatores de risco do cancro oral, na população que esteve exposta a campanhas, folhetos e posters sobre este.

Também de acordo com Elango *et al.* (2011), 95% da amostra identificou o tabaco e o álcool como fatores de risco do cancro oral, 94% referiu a má higiene oral como causa de cancro da cavidade oral e 91% consideraram que este tinha cura quando tratado adequadamente e detetado em fase precoce. Concluindo que os programas de esclarecimentos do cancro oral têm o potencial de sensibilizar e consciencializar a população sobre esta doença.

Uma compreensão dos aspetos epidemiológicos, da etiologia, da história e fatores de risco relacionados com o cancro oral é essencial para a prevenção primária, diagnóstico precoce e tratamento imediato desta doença (Correa *et al.*, 2013).

O hábito de realizar o autoexame oral mostrou ter um efeito protetor do cancro oral, pois proporciona uma detecção precoce deste, permitindo tratamentos menos invasivos (Júnior *et al.*, 2010; Correa *et al.*, 2013).

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Não só os profissionais da área da saúde oral como também os profissionais da saúde devem promover a realização do autoexame oral como uma estratégia simples e de baixo custo para garantir a deteção precoce de lesões orais. Esta estratégia, juntamente com uma atenção primária eficaz, é um passo importante para a melhoria da saúde oral durante os próximos anos (Martins *et al.*, 2012; Correa *et al.*, 2013).

O médico dentista tem a tarefa essencial de orientar os seus pacientes para evitar a ocorrência de lesões orais, bem como outras condições orais. O autoexame da cavidade oral deve ser incentivado de forma a melhorar a prevenção, o diagnóstico e o início do tratamento de lesões orais (Correa *et al.*, 2013).

A deteção do cancro oral requer uma grande consciência da sua existência e o conhecimento sobre os seus fatores de risco e sinais/sintomas do cancro oral (Scott *et al.*, 2011).

As campanhas se, por um lado, não formam opinião e não mudam hábitos de vida, por outro lado são fundamentais para alertar a população (Almeida *et al.*, 2011).

Admite-se que é necessário uma maior amostra para se conseguir comparar e relacionar com maior grau de confiança o conhecimento inicial que a população apresenta sobre o cancro oral e a perceção e aprendizagem após o ensino. Além de que se sugere uma avaliação do impacto das ações de sensibilização mas para isso é necessário um tempo de estudo bastante maior, não sendo por isso possível neste trabalho.

Embora a amostra deste estudo incida sobre o grupo etário dos 18 aos 80 anos, seria benéfico e apropriado que se pudesse aplicar o ensino a crianças em idade escolar e adolescentes, uma vez que nestes a mudança de comportamentos é mais acessível e aceite, evitam-se a aquisição de hábitos de risco, favorecendo-se assim, através da prevenção, uma clara melhoria da qualidade de vida futura.

VI. CONCLUSÃO

O estudo dos tumores malignos da cavidade oral é um facto de suma importância para a Medicina Dentária, devido ao papel que o médico dentista representa na sua prevenção e deteção precoce.

O cancro oral é considerado uma doença devastadora, não só pela doença em si, mas em especial pelo tratamento que frequentemente acarreta desfigurações em áreas expostas da face, gerando disfunções permanentes em atividades essenciais como a ingestão de alimentos e o convívio social.

Quanto mais precoce for a deteção de uma lesão maligna oral, maior será a probabilidade de sobrevivência do paciente. Infelizmente, o cancro oral é diagnosticado, frequentemente já em estadios avançados, diminuindo assim sobrevivência do doente.

O médico dentista tem aqui um papel muito importante quer ao nível de educar os seus pacientes sobre a oncologia oral e o autoexame oral, mas também ao realizar regularmente um exame atento da cavidade oral nos seus pacientes, possibilitando assim, um diagnóstico precoce do cancro oral.

O autoexame oral é um método simples e extremamente eficaz na procura de sinais precoces que possam indicar uma possível presença de um cancro oral. É assim bastante importante que este seja ensinado sistematicamente, numa linguagem fácil e acessível.

No entanto, é necessário realizarem-se mais programas de sensibilização e consciencialização para o cancro oral, bem como de promoção do autoexame oral, uma vez que a grande maioria dos utentes nunca tinham ouvido falar do cancro oral e desconheciam fatores importantes deste.

Foi possível observar um aumento significativo do conhecimento, dos participantes do estudo, sobre o cancro da cavidade oral e autoexame oral após o ensino, mostrando assim a importância de mais programas educacionais de prevenção do cancro oral. Pois,

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

se por um lado, estes não forem capazes de mudar comportamentos, pelo menos servem para alertar a população.

A educação é, assim, um passo fundamental para prevenir e diagnosticar precocemente o cancro da cavidade oral.

VII. BIBLIOGRAFIA

Abdo, M., Garrocho, A., Aguiar, F. (2006). Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre o álcool e o fumo como fatores de risco para o câncer bucal. *Rev ABO*, 14(1), pp. 44-48.

Ahmedin, J. *et al.* (2011). Global cancer statistics, *Cancer J Clin*, 61(2), pp. 69-90.

Akbulut, N. *et al.* (2011). Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 5(291), pp. 1-4.

Albuquerque, R. *et al.* (2012). A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 17(4), pp. e550-e554.

Almeida, F. *et al.* (2011). Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal – Parte II. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), pp. 1589-1598.

Associação Mundo a Sorrir Home Page. [Em Linha]. Disponível em <<http://mundoasorrir.org/projectos/>>. [Consultado em 18/02/2013].

Awojobi, O., Scott, S., Newton, T. (2012). Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 12(55), pp. 1-9.

Bagan, J., Gracia, S., Yolanda, J. (2010). Oral Cancer: Clinical features. *Oral Oncology*, 46(6), pp. 414-417.

Boffetta, P., Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *Lancet Oncology*, 7(2), pp. 149-156.

Bosetti, C. *et al.* (2003). Influence of the Mediterranean diet on the risk of cancers of the upper aerodigestive tract. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 12(10), pp. 1091-1094.

Brandizzi, D. *et al.* (2008). Clinical features and evolution of oral cancer: A study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(9), pp. 544-548.

Brennan, P. *et al.* (2004). Pooled Analysis of Alcohol Dehydrogenase Genotypes and Head and Neck Cancer: A HuGE Review. *Am J Epidemiol*, 159(1), pp. 1-16.

Brocklehurst, P. *et al.* (2010). Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 10(11), pp. 1-10.

Carmo, E. *et al.* (2011). Neoplasias malignas orais: estudo retrospectivo de 1962 a 2009. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 40(2), pp. 71-75.

Conway, D. *et al.* (2008). Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case control studies. *Int J Cancer*, 122(12), pp. 2811-2819.

Correa, M. *et al.* (2010). Life-course determinants of need for dental prostheses at age 24. *J Dent Res*, 89(7), pp. 733-738.

Correa, M. *et al.* (2013). Factors associated with prevalence of oral lesions and oral self-examination in young adults from a birth cohort in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*, 29(1), pp. 155-164.

Croucher, R., Islam, S., Nunn, H. (2011). Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: a cross-sectional study. *British J of Cancer*, 105(7), pp. 925-930.

D'Souza, G. *et al.* (2007). Case-control study of human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. *New Engl J Med*, 356(19), pp. 1944-1956.

Daher, G., Pereira, G., Oliveira, A. (2008). Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev. Bras. Epidemiol*, 11(4), pp. 584-596.

Daniel, F. *et al.* (2006). Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. *J Bras Patol Med Lab*, 42 (4), pp. 279-283.

Decuseara, G. *et al.* (2011). Oral cancer: Knowledge, practices and opinions of dentists in Ireland. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), pp. 209-214.

Deepika, S. *et al.* (2012). Genetic polymorphism of drug metabolizing enzymes (GSTM1 and CYP1A1) as risk factors for oral premalignant lesions and oral cancer. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 156(3), pp. 253-259.

DeVita, V., Hellman, S., Rosenberg, S. (2005). *CANCER Principles & Practice of Oncology*. 7ª edição. USA, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1-2898.

Dib, L., Souza, R., Tortamano, N. (2005). Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. *Ver Inst Ciênc Saúde*, 23 (4), pp. 287-295.

Doobaree, I. *et al.* (2009). Head and neck cancer in south east England between 1995-1999 and 2000-2004: an estimation of incidence and distribution by site, stage and histological type. *Oral Oncology*, 45(9), pp. 809-814.

Eadie, D. *et al.* (2009). Development and evaluation of an early detection intervention for mouth cancer using a mass media approach. *British Journal of Cancer*, 101, pp. 573-579.

Elango, K. *et al.* (2011). Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncology*, 47(7), pp. 620-624.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Falcão, M. *et al.* (2010). Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. *Rev Gaúcha de Odontol*, 58(1), pp. 27-33.

Franceschi, S. *et al.* (2000). Cessation of alcohol drinking and risk of cancer of the oral cavity and pharynx. *Int J Cancer*, 85(6), pp. 787-789.

Freedman, N. *et al.* (2008). Fruit and vegetable intake and head and neck cancer risk in a large United States prospective cohort study. *Int J Cancer*, 122(10), pp. 2330-2336.

Gallagher, R. *et al.* (2010). Ultraviolet radiation. *Chronic Dis Can*, 29(1), pp. 51-68.

Gigliotti, M. *et al.* (2008). Principais mecanismos de atuação do álcool no desenvolvimento do câncer oral. *Odontologia Clin Cientif Recife*, 7(2), pp. 107-112.

Goldstein, B. *et al.* (2010). Alcohol consumption and cancer of the oral cavity and pharynx from 1988 to 2009: An update. *Eur J Cancer Prev*, 19(6), pp. 431-465.

Gómez, L. *et al.* (2009). Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci*, 117(5), pp. 541-546.

Gómez, L. *et al.* (2010). Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay?. *Oral Dis*, 16(4), pp. 333-342.

Grabau, J. *et al.* (1978). A public education program in self-examination for orofacial cancer. *J Am Dent Assoc*, 96(3), pp. 480-484.

Grulich, A. *et al.* (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*, 370(9581), pp. 59-67.

Guerra, M. *et al.* (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), pp. 227-234.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Heck, J. *et al.* (2010). Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol*, 39(1), pp. 166-181.

Hooper, S. *et al.* (2009). Exploring the link between microorganisms and oral cancer: A systematic review of the literature. *Head & Neck*, 31(9), pp. 1228-1239.

Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, pp. 1-330.

Jalouli, J. *et al.* (2012). Human papilloma virus, herpes simplex virus and epstein barr virus in oral squamous cell carcinoma from eight different countries. *Anticancer Research*, 32(2), pp. 571-580.

Jané-Salas, E. *et al.* (2003). Importance of diet in the prevention of oral cancer. *Med Oral*, 8(4), pp. 260-268.

Jefferies, S. *et al.* (1999). The role of genetic factors in predisposition to squamous cell cancer of the head and neck. *Br J Cancer*, 79(5-6), pp. 865-867.

Jones, J. (2010). The risk of omission: Alarming new oral cancer trends. *Dentistry Today*, 29(4), pp. 124-127.

Joseph, B. (2002). Oral Cancer: Prevention and detection. *Med Princ Pract*, 11(suppl 1), pp. 32-35.

Júnior, L. *et al.* (2010). A saúde bucal na estratégia Saúde da Família: uma interface metodológica fundamentada na técnica Delphi. *Cad Saúde Colet*, 18(4), pp. 516-526.

Key, T. *et al.* (2004). Diet, Nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition*, 7(1A), pp. 187-200.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Kushi, L. *et al.* (2012). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. *CA Cancer J Clin*, 62(1), pp. 30-67.

Laronde, D. *et al.* (2008). Oral Cancer: Just the Facts. *Journal Canadian Dental Association*, 74(3), pp. 269-272.

Leme, C. *et al.* (2010). Análise dos genes GSTM1 e GSTT1 em paciente com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Assoc Med Bras*, 56 (3), pp. 299-303.

MacCarthy, D. *et al.* (2011). Oral and neck examination for early detection of oral cancer – a practical guide. *Journal of the Irish Dental Association*, 57(4), pp. 195-199.

Maier, H. *et al.* (1999). Alcohol drinking and cancer of the upper aerodigestive tract in women. *Doutsche Medical Wochenschr*, 124(28-29), pp. 851-854.

Mantovani, A. *et al.* (2008). Cancer – Related inflammation. *Nature*, 454(7203), pp. 436-444.

Marron, M. *et al.* (2010). Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol*, 39(1), pp. 182-196.

Martins, J. *et al.* (2012). Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Publica*, 31(3), pp. 246-252.

McCullough, J., Farah, S. (2008). The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes. *Australian Dental Journal*, 53(4), pp. 302-305.

Messadi, D., Wilder-Smith, P., Wolinsky, L. (2009). Improving oral cancer survival: The role of dental providers. *J Calif Dent Assoc*, 37(11), pp. 789-798.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Meurman, J. (2010). Infections and dietary risk factors of oral cancer. *Oral Oncology*, 46(6), pp. 411-413.

Meurman, J., Uittamo, J. (2008). Oral micro-organisms in the etiology of cancer. *Acta Odontol Scand*, 66(6), pp. 321-326.

Monteiro, S. *et al.* (2013). Incidence rates and trends of lip, oral and oro-pharyngeal cancers in Portugal. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 42(4), pp. 345-351.

Montoro, J. *et al.* (2008). Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular da cavidade oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 74(6), pp. 861-866.

Muscat, J. *et al.* (1996). Gender differences in smoking and risk for oral cancer. *Cancer Research*, 56(22), pp. 5192-5197.

Nair, D. *et al.* (2012). Oral cancer: Premalignant conditions and screening – an update. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 8(2), pp. S57-S66.

Neville, B., Day, T. (2002). Oral cancer and Precancerous lesions. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), pp. 195-215.

Nieminen, M. *et al.* (2009). Acetaldehyde production from ethanol and glucose by non *Candida albicans* yeasts in vitro. *Oral Oncology*, 45(12), pp. 245-248.

O'Connor, T., Papanikolaou, V., Keogh, I. (2010). Public knowledge of head and neck cancer. *Ir Med J*, 103 (4), pp. 105–107.

Ordem dos Médicos Dentistas Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.omd.pt/noticias/2008/04/cancro-oral-prevencao>>. [Consultado em 18/02/2013].

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Ordem dos Médicos Dentistas Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.omd.pt/noticias/2013/05/cheque-dentista-bastonario>>. [Consultado em 16/05/2013].

Oude, M., Manni, J., Peters, W. (2006). Glutathione S-transferase T1 null polymorphism and the risk for head and neck cancer. *Acta Otolaryngol*, 126(3), pp. 311-317.

Palacio, C., Joshipura, K., Willett, W. (2009). Nutrition and health: guidelines for dental practitioners. *Oral Diseases*, 15(6), pp. 369-381.

Patton, L. *et al.* (2006). Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners and dental health professionals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 102(6), pp. 758-764.

Pavia, M. *et al.* (2006). Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr*, 83(5), pp. 1126-1134.

Petersen, P. (2009). Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, 45(4-5), pp. 454-460.

Petti, S., Scully, C. (2007). Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncology*, 43(7), pp. 408-415.

Pozzer, C., Lago, L., Volpato, L. (2009). Palestras de prevenção do câncer na comunidade de Santa Maria. *Revista Eletrônica de Extensão*, 6(8), pp. 26-34.

Prime, S. *et al.* (2001). A review of inherited cancer syndromes and their relevance to oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 37(1), pp. 1-16.

Puñal-Riobóo, J. *et al.* (2010). Occupation as a risk factor for oral and pharyngeal cancer. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 61(5), pp. 375-383.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Quintã, A. (2004). Cancro da Cavidade Oral: Diagnóstico Precoce e Prevenção.: repositório Universidade Fernando Pessoa.

Ram, H. *et al.* (2011). Oral Cancer: Risk Factors and Molecular Pathogenesis. *J Maxillofac Oral Surg*, 10(2), pp. 132-137.

Richiardi, L. *et al.* (2011). Occupation and risk of upper aerodigestive tract cancer: The ARCAGE study. *Int J Cancer*, 10(2), pp. 102-106.

Registo Oncológico Nacional (2009). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2013].

Registo Oncológico Nacional (2012). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt/pt/publicacoes/publicacoes-nacionais.html>>. [Consultado em 25/05/2013].

Ribeiro, R. *et al.* (2008). Avaliação do nível de conhecimento de uma população envolvendo câncer oral. *Robrac*, 17(44), pp. 104-109.

RORENO (2008). [Em linha]. Disponível em <<http://www.roreno.com.pt>>. [Consultado em 25/05/13].

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

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

Sciubba, J. (2001). Oral cancer. The importance of early diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2(4), pp. 239-251.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Scott, S. *et al.* (2010). Pilot study to estimate the accuracy of mouth self-examination in an at-risk group. *Head & Neck*, 32(10), pp. 1393-1401.

Scott, S., Weinman, J., Grunfeld, E. (2011). Developing ways to encourage early detection and presentation of oral cancer: What do high-risk individuals think?. *Psychol Health*, 26(10), pp. 1392-1405.

Scully, C. (2011). Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(3), pp. 306-311.

Scully, C., Bedi, R. (2000). Ethnicity and oral cancer. *Lancet Oncology*, 1(1) pp. 37-42.

Shailesh, M. *et al.* (2012). Involvement of viral factors with head and neck cancers. *Oral Oncology*, 48(3), pp. 195-199.

Sharma, M. *et al.* (2011). Epidemiological Study of Risk Factors for Oral, Laryngeal and Esophageal Cancers at a Tertiary Care Hospital in India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(5), pp. 1215-1218.

Shillitoe, E. (2009). The role of viruses in squamous cell carcinoma of the oropharyngeal mucosa. *Oral Oncology*, 45(4), pp. 351-355.

Silveira, A. (2007). Dissertação de Mestrado “Qualidade de Vida do Doente Oncológico da Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil”.

Silveira, A. *et al.* (2011). Geriatric Oncology: Comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head & Neck Oncology*, 3(3), pp. 1-8.

Silveira, A. *et al.* (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Rev Bras Epidemiol*, 15(1), pp. 38-48.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Silveira, E. *et al.* (2009). Lesões orais com potencial de malignização análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Pat Med Lab*, 45(3), pp. 233-238.

Singh, M. *et al.* (2008). Association of genetic polymorphisms in glutathione S-transferases and susceptibility to head and neck cancer. *Mutation Research*, 638(1-2), pp. 184-194.

Smith, E. *et al.* (2004). Human Papillomavirus in Oral Exfoliated Cells and Risk of Head and Neck Cancer. *J Natl Cancer Inst*, 96(6), pp. 449-455.

Syrjanen, S. (2010). The role of human papillomavirus infection in head and neck cancers. *Annals of Oncology*, 21(7), pp. 243-245.

Taghavi, N., Yazdi, I. (2007). Type of food and risk of oral cancer. *Arch Iran Med*, 10(2), pp. 227-232.

Takuji, T., Mayu, T., Takahiro, T. (2011). Oral Carcinogenesis and Oral Cancer Chemoprevention: A Review. *Pathology Research International*, 2011, pp. 1-10.

Tezal, M. *et al.* (2009). Chronic periodontitis and the incidence of head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18(9), pp. 2406-2412.

Thomaz, E., Cutrim, M., Lopes, F. (2000). A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncol Bras*, 20(4), pp. 149-152.

Torres-Pereira, C. (2010). Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact?. *Braz Oral Res*, 24(1), pp. 37-42.

Tripathy, C., Roy, N. (2006). Meta-analysis of glutathione S-transferase M1 genotype and risk toward head and neck cancer. *Head Neck*, 28(3), pp. 217-224.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

Vahakangas, K. (2003). TP 53 mutations in workers exposed to occupational carcinogens. *Human mutation*, 21(3), pp. 240-251.

Van Zeeburg, H. *et al.* (2008). Clinical and molecular characteristics of squamous cell carcinomas from Fanconi anemia patients. *J Natl Cancer Inst*, 100(22), pp. 1649-1653.

Vargas-Ferreira, F. *et al.* (2012). Etiologic Factors Associated with Oral Squamous Cell Carcinoma in Non-Smokers and Non-Alcoholic Drinkers: A Brief Approach. *Braz Dent J*, 23(5), pp. 586-590.

Wade, J. *et al.* (2010). Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers?. *Family Practice*, 27(1), pp. 77-84.

Warnakulasuriya, S. (2010). Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncology*, 46(6), pp. 407-410.

West, R. *et al.* (2006). Awareness of mouth cancer in Great Britain. *Br Dent J*, 200(3), pp. 167-169.

World Health Organization Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. [Consultado em 18/02/2013].

Zini, A., Czerninski, R., Sgan-Cohen, H. (2010). Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *J Oral Pathol Med*, 39, pp. 299-305.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXOS

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO I



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:



Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa
Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

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



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

Responsável pelo participante no projecto (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 200__

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NPC: 502 057 602 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos, aluna do 5ºano do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar a minha tese de mestrado sobre o tema "A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?", sob a orientação académica de um professor da minha Universidade.

Este estudo consiste na resposta a um questionário de forma pessoal e anónima a utentes da Unidade de Saúde Familiar de Pedras Rubras.

O questionário incidirá sobre a avaliação de conhecimentos do cancro oral e do autoexame oral; seguida de uma curta palestra informativa sobre o cancro oral e uma demonstração teórico-prática do autoexame oral.

Este estudo não acarreta quaisquer custos ou contrapartidas para os utentes intervenientes. A participação é voluntária e não envolve prejuízos pela desistência em qualquer fase do estudo.

O presente estudo tem carácter anónimo, não havendo qualquer registo de dados de identificação e por isso não haverá quebra de confidencialidade dos dados.

Assinatura:

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 consequência. 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:/...../.....

Se não for o próprio assinar por idade ou incapacidade (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima se consentir)

Nome:

BI/CD Nº: Data de validade:/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura:

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado: uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente.

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO II

Questionário

Eu, Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, venho solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário alusivo ao tema: "A Promoção do Autoexame Oral Alerta a População para os Riscos Associados ao Cancro Oral?".

Em cada questão assinale quantas respostas achar necessário.

Idade:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-30 anos | <input type="checkbox"/> 61-70 anos |
| <input type="checkbox"/> 31-40 anos | <input type="checkbox"/> 71-80 anos |
| <input type="checkbox"/> 41-50 anos | |
| <input type="checkbox"/> 51-60 anos | |

Sexo:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino |
|------------------------------------|-----------------------------------|

O que entende por cancro:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor maligno | <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa |
| <input type="checkbox"/> Doença incurável | <input type="checkbox"/> Não sei |

O cancro oral tem cura?

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Não sei |

Quais as formas de prevenir o cancro da cavidade oral?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ir ao Médico Dentista regularmente | <input type="checkbox"/> Boa higiene oral |
| <input type="checkbox"/> Usar próteses dentárias adaptadas | <input type="checkbox"/> Fazer o autoexame oral |
| <input type="checkbox"/> Evitar fumar e beber álcool | <input type="checkbox"/> Não sei |

Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Feridas orais recorrentes | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Exposição a radiação solar | |
| <input type="checkbox"/> Alimentação pobre em frutas e legumes | <input type="checkbox"/> Gravidez | |

Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumador e alcoólico | <input type="checkbox"/> Crianças |
| <input type="checkbox"/> Má higiene oral | <input type="checkbox"/> Acima dos 50 anos |
| <input type="checkbox"/> Prótese dentária mal adaptada | <input type="checkbox"/> Não sei |

Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ferida que não cicatriza | <input type="checkbox"/> Rouquidão e/ou dificuldade em mastigar e/ou engolir |
| <input type="checkbox"/> Manchas brancas e/ou vermelhas | <input type="checkbox"/> Assimetria da face |
| <input type="checkbox"/> Dentes cariados | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Nódulos ou caroços no pescoço duros e fixos | |

Sabe o que é o autoexame oral?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Se sim:

Costuma fazer o autoexame oral?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Se sim:

Com que periodicidade faz o autoexame oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uma vez por mês | <input type="checkbox"/> Uma vez por ano |
| <input type="checkbox"/> Uma vez de seis em seis meses | <input type="checkbox"/> Não sei |

Com que periodicidade se deve fazer o autoexame oral?

- Uma vez por mês Uma vez por ano
 Uma vez de seis em seis meses Não sei

Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?

- Lábios Pescoço
 Face Gengiva
 Língua Não sei
 Céu da boca (palato)
 Pavimento da boca

Quando foi a última vez que foi ao Médico Dentista?


- Nunca fui
 Menos de 1 ano
 De 1 ano a 2 anos
 De 2 anos a 4 anos
 Mais de 4 anos

Com que periodicidade deve ir ao Médico Dentista?

- De 6 em 6 meses
 Uma vez por ano
 De 2 em 2 anos
 Só quando necessitar

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO III




CANCRO ORAL
Aprenda a Prevenir!

Médica Ferraria dos Santos
Área de Medicina Dentária da Universidade
Fernando Pessoa
Ano lectivo 2012/2013

CAVIDADE ORAL

A Cavidade Oral desempenha um papel essencial:

- Na comunicação verbal;
- Na relação social;
- Na respiração;
- No processo de digestão (onde se inicia).



CANCRO ORAL

- É o conjunto de tumores malignos que afectam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta, (incluindo as amígdalas e a faringe);
Segundo a Classificação Internacional de Doenças
- O cancro oral é mais frequente nos homens, acima dos 40 anos de idade, aumentando consideravelmente até aos 65 anos.

CANCRO ORAL

- O cancro da cabeça e pescoço é o 6º cancro mais comum em todo o mundo;
- O número de casos de Cancro Oral tem aumentando a cada ano;
- É considerado um importante problema de saúde pública mundial;
- O cancro oral está associado a índices de sobrevivência reduzidos, que se deve em grande parte ao seu diagnóstico em fases muito avançadas da doença, dificultando ou impossibilitando a sua cura;
- A deteção precoce do Cancro Oral é fundamental para vencê-lo!

PREVENÇÃO DO CANCRO ORAL

Torna-se assim muito importante:

- Conhecer os Fatores de Risco;
- Conhecer os Sinais e Sintomas de Alerta;
- Realizar o Autoexame Oral;
- Visitar regularmente o seu Médico Dentista (pelo menos 2 vezes por ano).

FATORES DE RISCO

- Hábitos tabágicos (fumador);
- Hábitos etílicos (álcool);
- Feridas crónicas (repetidas) na boca;
- Má higiene oral;
- Exposições ocupacionais, ambientais e a radiações (ex: radiação solar prolongada);
- Drogas
- Hábitos alimentares (ausência de fruta e legumes na alimentação);
- Infeções (ex: HPV);
- Imunossupressão;
- Idade;
- Hereditariedade / Predisposição genética.

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

- Manchas Brancas e/ou Vermelhas;
- Nódulos (caroços) ou lesão com crescimento excessivo em qualquer parte da boca, pescoço ou face;
- Dor recorrente (surge várias vezes) ou persistente na boca;
- Lesões crónicas ou que não cicatrizam em 3 semanas (feridas, "aftas" e bolhas);
- Dificuldade em mastigar, engolir, falar e mover a língua;
- Alterações do paladar e obstrução nasal persistentes;

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

- Sangramento e Mobilidade dentária inexplicável;
- Dormência da língua ou de outra área da boca;
- Garganta dorida ou alterações de timbre de voz (rouquidão) que persiste mais de 6 semanas, principalmente nos fumadores e alcoólicos com mais de 50 anos de idade;
- Dor de ouvidos inexplicada e persistente;
- Sensação de ter algo fixo na garganta.

QUEM PROCURAR?

Caso apresente algum dos sinais ou sintomas de alerta referidos e que persistam mais do que 3 semanas, deve procurar imediatamente um Médico Dentista/ Médico Estomatologista/ Médico de Família.

AUTOEXAME ORAL

ANTES DE REALIZAR O AUTOEXAME ORAL DEVE:

- Lavar bem as mãos;
- Colocar-se em frente a um espelho num local com boa iluminação;
- Remover próteses dentárias ou aparelhos móveis se os tiver.

AUTOEXAME ORAL



Palpe a face e o pescoço e procure nódulos duros e fixos;



Observe e palpe a parte externa e interna dos lábios superior e inferior, incluindo as gengivas;



Estique a bochecha para fora e observe e palpe o interior da bochecha;

AUTOEXAME ORAL



Incline a cabeça, observe e palpe o céu da boca (palato);



Coloque a língua para fora, movimentando-a para os lados, para cima e para baixo, observe e palpe em todo o seu comprimento;



Coloque a ponta da língua no céu da boca, observe e palpe o pavimento da boca.

DIAGNÓSTICO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CANCRO ORAL



Para que isto aconteça é muito importante:

- Eliminar ou diminuir os fatores de risco;
- Ficar atento aos sinais e sintomas de alerta que possam surgir;
- Realizar o autoexame oral pelo menos 1 vez por mês;
- Visitar regularmente o seu Médico Dentista (pelo menos 2 vezes por ano).

QUANDO SE CONHECE,



PODE-SE PREVENIR!

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO IV

Questionário

Eu, Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, venho solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário alusivo ao tema: "A Promoção do Autoexame Oral Alerta a População para os Riscos Associados ao Cancro Oral?".

Em cada questão assinale quantas respostas achar necessário.

O que entende por cancro:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor maligno | <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa |
| <input type="checkbox"/> Doença incurável | <input type="checkbox"/> Não sei |

O cancro oral tem cura?

- Sim
- Não
- Não sei

Quais as formas de prevenir o cancro da cavidade oral?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ir ao Médico Dentista regularmente | <input type="checkbox"/> Boa higiene oral |
| <input type="checkbox"/> Usar próteses dentárias adaptadas | <input type="checkbox"/> Fazer o autoexame oral |
| <input type="checkbox"/> Evitar fumar e beber álcool | <input type="checkbox"/> Não sei |

Quais os fatores de risco que estão associados ao aparecimento do cancro oral?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Feridas orais recorrentes | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Exposição a radiação solar | |
| <input type="checkbox"/> Alimentação pobre em frutas e legumes | <input type="checkbox"/> Gravidez | |

Quais as pessoas com maior risco de desenvolver cancro oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumador e alcoólico | <input type="checkbox"/> Crianças |
| <input type="checkbox"/> Má higiene oral | <input type="checkbox"/> Acima dos 50 anos |
| <input type="checkbox"/> Prótese dentária mal adaptada | <input type="checkbox"/> Não sei |

Quais os sinais ou sintomas de alerta do cancro oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ferida que não cicatriza | <input type="checkbox"/> Rouquidão e/ou dificuldade em mastigar e/ou engolir |
| <input type="checkbox"/> Manchas brancas e/ou vermelhas | <input type="checkbox"/> Assimetria da face |
| <input type="checkbox"/> Dentes cariados | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Nódulos ou caroços no pescoço duros e fixos | |

Sabe o que é o autoexame oral?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Com que periodicidade se deve fazer o autoexame oral?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uma vez por mês | <input type="checkbox"/> Uma vez por ano |
| <input type="checkbox"/> Uma vez de seis em seis meses | <input type="checkbox"/> Não sei |

Que estruturas deve visualizar/palpar no autoexame oral?

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lábios | <input type="checkbox"/> Pescoço |
| <input type="checkbox"/> Face | <input type="checkbox"/> Gengiva |
| <input type="checkbox"/> Língua | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Céu da boca (palato) | |
| <input type="checkbox"/> Pavimento da boca | |

Com que periodicidade deve ir ao Médico Dentista?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por ano |
| <input type="checkbox"/> De 2 em 2 anos |
| <input type="checkbox"/> Só quando necessitar |

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO V



Cancro Oral

A Cavidade Oral desempenha um papel essencial na comunicação verbal, relação social, respiração e é o local onde se inicia todo o processo de digestão.

O cancro oral está associado a índices de sobrevivência reduzidos, que se deve em grande parte ao seu diagnóstico em fases muito avançadas da doença, dificultando ou impossibilitando a sua cura:

A deteção precoce do Cancro Oral é fundamental para vencê-lo!


Torna-se assim muito importante:

- Conhecer os Fatores de Risco;
- Conhecer os Sinais e Sintomas de Alerta;
- Realizar o Autoexame Oral;

Visitar o seu Médico Dentista (pelo menos 2 vezes por ano) é útil para um Diagnóstico Precoce e Prevenção do Cancro Oral!

Medicina Dentária

Prevenção do Cancro Oral



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde
Praça 9 de Abril, 349
4249-004 Porto

Tel: +351 22 507 13 00
Fax: +351 22 550 82 69
Correio eletrónico: geral@ufp.edu.pt

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

QUANDO SE CONHECE, PODE-SE PREVENIR.

Aprenda a Prevenir!

Fatores de Risco (aumentam o risco de cancro oral)

- Hábitos tabágicos (fumador);
- Hábitos etílicos (álcool);
- Feridas crónicas (repetidas) na boca;
- Má higiene oral;
- Exposições ocupacionais, ambientais e a radiações (exposição solar prolongada);
- Drogas
- Hábitos alimentares (ausência de fruta e legumes na alimentação);
- Infeções (ex.: HPV) e imunossupressão;
- Idade;
- Hereditariedade /Predisposição genética.

Sinais e Sintomas de Alerta (o que deve procurar durante a realização do autoexame oral)

- Manchas Brancas e/ou Vermelhas;
- Nódulos (caroços) ou lesão com crescimento excessivo em qualquer parte da boca, pescoço ou face;
- Dor recorrente (surge várias vezes) ou persistente na boca;
- Lesões crónicas ou que não cicatrizam em 3 semanas (feridas, "aftas" e bolhas);
- Dificuldade em mastigar, engolir, falar e mover a língua;
- Alterações do paladar e obstrução nasal persistentes;
- Sangramento e Mobilidade dentária inexplicável;
- Dormência da língua ou de outra área da boca;
- Garganta dorida ou alterações de timbre de voz (rouquidão) que persiste mais de 6 semanas, principalmente nos fumadores e alcoólicos com mais de 50 anos de idade;
- Dor de ouvidos inexplicada e persistente;

Quem procurar?

Caso apresente algum dos sinais ou sintomas de alerta referidos e que persistam mais do que 3 semanas, deve procurar imediatamente um Médico Dentista/ Médico Estomatologista/ Médico de Família.

Para um Diagnóstico Precoce e Prevenção do Cancro Oral é muito importante:

- Eliminar ou diminuir os fatores de risco;
- Ficar atento aos sinais e sintomas de alerta que possam surgir;
- Realizar o autoexame oral pelo menos 1 vez por mês;
- Visitar regularmente o seu Médico Dentista (pelo menos 2 vezes por ano).

Antes de Realizar o Autoexame Oral deve:

- Lavar bem as mãos;
- Colocar-se em frente a um espelho num local com boa iluminação;
- Remover próteses dentárias ou aparelhos removíveis se os tiver.

AUTOEXAME ORAL

- Palpe a face e o pescoço e procure nódulos duros e fixos;

- Observe e palpe a parte externa e interna dos lábios superior e inferior, incluindo as gengivas;

- Estique a bochecha para fora, observe e palpe o interior da bochecha;

- Coloque a língua para fora, movimentando-a para os lados, para cima e para baixo, observe e palpe em todo o seu comprimento;

- Coloque a ponta da língua no céu da boca, observe e palpe o pavimento da boca;a


- Incline a cabeça, observe e palpe o céu da boca (palato).



A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO VI

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

 **ARS NORTE**
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.


COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 32 DATA: 16 Mai 13


DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte


PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte


ASSUNTO: Parecer Nº 23/2013

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 21
REUNIÃO DE 28.05.2013

DELIBERADO AUTORIZAR
28/5/13

Dr. Castanheira Nunes
Presidente C. D.



Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.



Dr. Fociano Oliveira
Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 23/2013 (sobre o estudo: “A promoção do auto-exame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral”), aprovado na reunião do dia 9 de abril de 2013, por unanimidade.

A Consideração Superior


Deolinda Neves
Assessora CES/UIC

Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-147 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt

 **GOVERNO DE PORTUGAL** | **MINISTÉRIO DA SAÚDE**



Handwritten signature

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER N.º 23/2013

Sobre o estudo T/140 – “A promoção do auto-exame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?”

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou, após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica, a apreciação do Processo n.º T140, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão no dia 03/01/2013 pela Aluna de Medicina Dentária, Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos, sobre o estudo “A promoção do auto-exame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?”, a realizar no âmbito da tese de mestrado integrado de Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde. A investigação será orientada pelo Prof. Dr. Lúcio Lara Santos, Professor de Oncologia Cirúrgica do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto e da Universidade Fernando Pessoa (Porto) e decorrerá nas Unidades de Saúde Familiares (USF) do Covelo (ACeS Porto Oriental) e de Pedras Rubras (ACeS Maia/Valongo).
2. Fazem parte do processo de avaliação o *Curriculum Vitae* da investigadora, o projeto de investigação para tese de mestrado de Medicina Dentária, questionário elaborado pela autora, declaração de consentimento informado, declaração do docente orientador da tese, Prof. Dr. Lúcio Lara Santos, e declaração de compromisso de confidencialidade e do uso exclusivo dos dados recolhidos apenas neste estudo.
3. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, cujo objectivo geral é determinar o grau de conhecimento dos utentes acerca do cancro oral e sobre o auto-exame oral. Para isso será utilizado um inquérito anónimo a aplicar aos utentes das USF



1

acima referidas. Após o preenchimento individual do questionário será ministrada uma curta palestra informativa e formativa sobre a existência do cancro oral, seus riscos e prevenção, seguida de uma demonstração teórico-prática personalizada do auto-exame oral. Posteriormente os utentes serão convidados a responder ao mesmo questionário para ajuizar da aquisição e sedimentação dos novos conhecimentos sobre o cancro oral e auto-exame oral, após o ensino inicial. A investigadora vai recorrer a uma amostra de conveniência constituída por 100 indivíduos com mais de 18 anos que aguardam consulta nas salas de espera das USF mencionadas nos dias escolhidos pela investigadora para a realização da investigação. O presente estudo tem carácter anónimo, não havendo qualquer registo de dados de identificação.

4. Os objetivos específicos que orientam esta investigação são: revisão bibliográfica sobre a Oncologia oral, mais direcionada para informação relevante capaz de promover a prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral na área de Medicina Dentária; avaliar o conhecimento geral que os utentes têm sobre o cancro oral e o auto-exame oral; informar acerca da existência do cancro oral, seus factores de risco e sinais e sintomas de alerta; alertar para a importância da realização do auto-exame oral e de outras medidas preventivas; avaliar a aquisição de novos conhecimentos sobre o cancro oral após o ensino ministrado; avaliar a eficácia do ensino do auto-exame oral após a demonstração teórico-prática personalizada.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

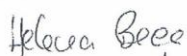
1. Está garantido o consentimento informado, esclarecido e livre pelos participantes.
2. Está garantido o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos, bem como o direito a alterar a sua forma de participação na investigação ou mesmo a abandoná-la.
3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.
4. Estão garantidos os princípios éticos da igualdade, justiça e autonomia, com respeito pelos valores, interesses e opções pessoais dos participantes.



C – Conclusões

1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à realização do mesmo.
3. Não obstante, a CES considera que a investigadora deverá informar os responsáveis pela USF do Covelo / ACeS Porto Oriental e obter destes a autorização necessária.

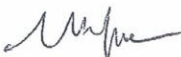
O relator



Dra. Helena Beça

Aprovado em reunião do dia 9/4/2013, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?

ANEXO VII

A promoção do autoexame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Aces Maia/Valongo
AGRUPAMENTO CENTROSSAÚDE/MAIA/VALONGO

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 1 DATA: 05/02/2013

PARA: Diretora Executiva

DE: Conselho Clínico e de Saúde

ASSUNTO: Estudo de Investigação "A promoção do auto-exame oral alerta a população para os riscos associados ao cancro oral?"

*Comunicação, devendo
informar-se
- Coordenador USF
Pedras Rubras e
- Intervenientes*

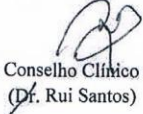
*Rui Santos
06.02.2013*

Na sequência do pedido efetuado pela aluna do 5.º Ano do Curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, Mafalda Miranda Abrantes Ferreira dos Santos, para realização do estudo supra citado na USF Pedras Rubras informa-se:

1. O presente estudo cumpre as instruções constantes no "Processo para autorização de uma investigação da CES da ARS Norte" (em anexo);
2. Considera-se de relevância e cientificamente válido;
3. Deve enviar à Ex.ª Sr.ª Diretora Executiva do Aces Maia / Valongo declaração de compromisso da entrega de relatório com os resultados finais deste estudo.

Considerando o exposto, e cumprindo o ponto n.º 3, propomos que seja dada autorização à realização deste estudo.

O Conselho Clínico e de Saúde


Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
(Dr. Rui Santos)