

María Celina Moreira Cordero

**Manual de Técnica de Auto-Avaliação Intra-Oral e Extra-Oral de Pacientes Adultos em Medicina
Dentária - revisão narrativa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2022

María Celina Moreira Cordero

**Manual de Técnica de Auto Avaliação Intra-Oral e Extra-Oral de Pacientes Adultos em Medicina
Dentária - revisão narrativa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2022

María Celina Moreira Cordero

**Manual de Técnica de Auto Avaliação Intra-Oral e Extra-Oral de Pacientes Adultos em Medicina
Dentária - revisão narrativa**

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

María Celina Moreira Cordero

RESUMO

Podem ser vários os fatores que determinam um diagnóstico tardio em medicina dentária. É muito importante a prevenção e promoção da saúde oral para se poder realizar um diagnóstico precoce e tratamentos adequados numa etapa em que se consegue mais eficácia no controlo das doenças orofaciais.

A auto-avaliação como um método preventivo ensinado durante a educação do paciente adulto sobre a saúde oral, no âmbito da medicina dentária preventiva, é uma estratégia útil, um estímulo social que permite o diagnóstico precoce e prevenção de doenças da face e cavidade oral.

O diagnóstico precoce e a educação em saúde oral são assim cruciais no controlo de doenças, permitindo uma intervenção médica mais assertiva e promovendo uma maior esperança de vida e qualidade de vida.

Palavras-chave: “Saúde oral”; “Auto-avaliação”; “Diagnóstico precoce”; “Cancro oral”; “Qualidade de vida”.

ABSTRACT

There may be several factors that determine a late diagnosis in dental medicine. Both prevention and promotion of oral health are very important in order to be able as health professionals to make an early diagnosis and to develop the appropriate treatments in a phase of approach that allows better control and efficacy of orofacial diseases.

Self avaluation in the early education as a preventive searching method in the oral health of adult patients helps as a social stimulus that allows an improvement in early diagnosis and prevention of diseases of the face and oral cavity.

Early diagnosis and oral health education are crucial in the treatment of diseases, allowing more assertive medical intervention and thus promoting a higher life expectancy and life expectancy.

Keywords: “Oral health”; “Self-evaluation”; “Early diagnosis”; “Oral cancer”; “Life quality”.

DEDICATÓRIA

Este trabalho vai dedicado principalmente aos meus pais José Moreira e Luz María Cordero, meu irmão José Manuel Moreira, e o meu companheiro de vida Philip Villavicencio, os pilares da minha vida, o meu motor, por tanto amor e dedicação concedidos em cada etapa da vida que decido afrontar, sempre fontes de apoio e força incondicionais, agradecida estarei por sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada por sempre estar ao meu lado em cada etapa desta trajetória, nunca me permitindo desanimar, dando-me saúde, força, vontade, garra e persistência apesar de estar fisicamente sozinha neste maravilhoso país para atingir todos os meus sonhos e demonstrar-me que eu sim sou capaz, sempre.

Aos meus amados pais, José Moreira Gomes e Luz María Cordero Torres pela dedicação na construção do meu caminho. Pelo apoio e palavras de incentivo nos momentos difíceis, por todas nossas conversas, ensinamentos e carinho. Vocês são e sempre serão para mim um motor e um amor que levarei por toda a minha vida.

Ao meu irmão José Manuel Moreira Cordero pelo carinho, amor, compreensão e pela cumplicidade em esta etapa.

Ao meu namorado Philip Alexis Villavicencio Da Silva por ser o apoio mais incondicional na minha vida, que com o seu amor e dedicação me impulsa a alcançar todos os meus objetivos.

As minhas queridas meninas da faculdade por estarem comigo dividindo momentos de tristezas e alegrias, de fracassos e vitórias e de sonhos e realizações. Tenham a certeza de que todos esses momentos ficarão eternizados em minha memória.

Ao Professor Dr. José Frías Bulhosa, o meu sincero agradecimento por ter me auxiliado na análise do trabalho com tanta generosidade e atenção.

Ao Professor Dr. Lucio Lara, por ter me proporcionado momentos de aprendizado profissional neste tema tão bonito. Obrigado por ter me gratificado com a oportunidade de realizar um trabalho de interesse social que para mim é muito gratificante.

ÍNDICE

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
Dedicatória.....	vii
Agradecimentos.....	viii
Índice de tabelas.....	x
Índice de abreviaturas.....	xi
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Materiais e métodos.....	4
II. DESENVOLVIMENTO.....	5
1. Manifestações clínicas do cancro oral.....	5
2. Fatores de risco do cancro oral.....	5
3. Epidemiologia do cancro oral.....	6
4. Manual de Auto-Avaliação.....	6
i. Guia de avaliação de saúde oral.....	8
III. DISCUSSÃO.....	10
IV. CONCLUSÕES.....	12
V. BIBLIOGRAFIA.....	13
VI. ANEXOS.....	16

Índice de tabelas

Tabela 1. Guia de Avaliação da Saúde oral (Santos e Teixeira, 2011)	8
--	---

Índice de abreviaturas

ADN – Ácido desoxirribonucleico

CO – Cancro Oral

HIV – Virus de Inunodeficiência Humano

HO – Higiene Oral

HPV – Papilomavírus Humano

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMD – Distúrbios potencialmente malignos

SO – Saúde Oral

I. INTRODUÇÃO

A cavidade oral tem uma importância crítica no bem-estar geral da saúde porque pode ser fonte indicadora de doenças próprias da zona, como também pode apresentar alterações consequentes de uma doença sistémica. Existem associações entre doenças na cavidade oral, principalmente doenças periodontais e, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças pulmonares e complicações em obstetrícia. A boa saúde oral pode levar à prevenção de doenças sistémicas por bactérias que possam entrar em contato com a corrente sanguínea, assim como também favorece na prevenção do cancro oral, evitando traumas emocionais, físicos e psicológicos que marcam a vida dos pacientes (Valdez e Brennan, 2018; Fiorillo, 2019).

A saúde oral (SO) tem impacto na saúde física e mental. Com o passar dos anos, esta se vê afectada pelo processo de envelhecimento, a percepção sensorial e cognitiva e funções motoras. A higiene oral (HO) é o fator comportamental mais significativo na saúde oral. As distintas condições, hábitos, ou patologias da cavidade oral quando não devidamente tratadas, em fases precoces, ou em idades mais baixas, podem transformar-se em problemas mais graves em idades mais avançadas, tanto na saúde oral como na saúde sistémica e saúde mental, o que se traduz numa diminuição da qualidade de vida (Zhou *et al.*, 2015; Ortíz-Barrios, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHO, 1993).

A nível de sociedade, a SO deficiente pode ser influenciada por diferentes fatores como: desnutrição, quantidade de horas fora de casa, doenças graves ou motoras, falta de HO e custos dos tratamentos médicos, o que pode levar de maneira crónica a doenças infecciosas ou outras doenças degenerativas, por isso, é necessário o uso de um método efetivo para promover e melhorar a SO. Existem várias situações onde podemos promovê-la, como por exemplo lares, escolas, estabelecimentos laborais de grandes empresas, hospitais; tudo isto com a esperança de que a informação possa-se transformar em um tipo de comportamento que fique a formar parte de uma nova visão no conceito de saúde geral que permita reduzir taxas de mortalidade e deficit na qualidade de vida (Ghaffari *et al.*, 2017).

A cavidade oral pode-se definir como o espaço anatómico conformado pela junção entre o palato mole e duro, em conjunto com as papilas circumvaladas da língua e o bordo vermelhão dos lábios (Wong e Wiesenfeld, 2018).

A maioria das doenças de saúde bucal são evitáveis e podem ser tratadas em etapas iniciais, sendo as principais a cárie dentária, doenças periodontais, cancro oral (CO), traumatismo orofacial, fissura labiopalatina e noma (WHO, 2022).

Segundo a OMS, em todo o mundo, para o ano de 2012 entre 60% e 90% das crianças e quase 100% da população adulta sofrem ou sofreram de cáries dentária, além disto, entre 15% e 20% dos adultos entre 35 e 44 anos sofreram perdas dentárias devido a problemas periodontais e 30% dos adultos entre 65 a 74 anos são totalmente desdentados (WHO, 2012).

A cáries dentária define-se como uma doença multifactorial, não transmissível, que atua a través do biofilme e é potenciada pela dieta e higiene deficientes, e que se traduz na perda mineral, ou demineralização dos tecidos duros do dente. Tem fatores determinantes comportamentais, psicológicos e ambientais. O seu diagnóstico inclui principalmente a examinação médica para a detecção dos seus sinais e sintomas (Machiulskiene *et al* 2019).

A disfunção temporo-mandibular e a dor muscular craniofacial são uma representação comum na dor orofacial. Têm uma etiologia multifactorial, que pode incluir fatores anatómicos, fisiopatológicos e psicosociais, e afecta uma quantidade significativa de população (Lomas *et al.*, 2018).

A periodontite é uma doença inflamatória crónica não transmissível dos tecidos de suporte dentário, que afeta todas as partes do periodonto e causa danos irreversíveis. A falta de consciencialização de informação pode levar à procura de tratamento odontológico só quando já se está em estágio avançado e o prognóstico dentário é mais reservado, e tem um impacto negativo na qualidade de vida significativo (Wong *et al.*, 2020; Dannewitz *et al.*, 2021).

O cancro oral (CO) pode ser definido como um conjunto de tumores malignos que afetam a cavidade oral e pode incluir os lábios, a língua, a mandíbula inferior ou superior, as gengivas, a garganta, o palato e as bochechas, segundo a Classificação Internacional das Doenças (Warnakulasuriya *et al.*, 2007).

O processo de formação do CO começa pelo estímulo das células através de agentes carcinogénicos que interagem com o ácido desoxirribonucleico (ADN) das células da mucosa oral e começam a causar alterações irreversíveis dando como resultado o primeiro processo de cancerização onde as células não são malignas, chamado iniciação, para continuar à segunda etapa chamada promoção, onde as células dividem-se com frequência e as lesões do ADN envolvem genes que controlam a sua integridade, assim, no processo de divisão e transcrição ocorre um cúmulo de mutações que serão responsáveis pela perda do controlo fisiológico da reprodução celular e de outras atividades biológicas, permitindo assim a terceira etapa chamada

transformação maligna, o que deriva em alterações que deixam que as células malignas consigam ter a capacidade de invadir os tecidos envolventes e de metastização; esta derivação é a quarta e última fase, chamada progressão (Santos e Teixeira, 2011).

A carcinogénese é um processo complexo da doença e a sua origem não está totalmente compreendido. O distúrbio potencialmente maligno (PMD) é um termo utilizado para descrever uma quantidade de lesões que se apresentam na boca e têm potencial para a transformação maligna da mucosa oral; estes incluem eritroplasia, leucoplasia não homogênea, líquen plano erosivo, fibrose submucosa oral e ceratose actínica. Existe interesse nos distúrbios potencialmente malignos (PMD) do lábio e do sistema estomatognático porque nem todos os CO serão precedidos por PMD e nem todos os PMD sofrerão transformação maligna. A Leucoplasia Oral é a forma mais frequente das lesões com potencial de malignização que podem ocorrer na cavidad oral (Warnakulasuriya *et al.*, 2007; Napier e Speight, 2008; Van der Waal, 2009).

O objetivo do presente trabalho é incentivar aos pacientes a realizar o auto-examen em casa com o fim de contribuir em comportamentos “saudáveis” e na detecção precoce de patologias orais potencialmente prejudiciais e outras patologias que podem afetar a qualidade de vida, além de reforçar a importância da avaliação intra-oral e extra-oral por parte dos profissionais da saúde.

1. Materiais e métodos

A metodologia do presente trabalho baseou-se exclusivamente na análise documental através de uma pesquisa bibliográfica realizada entre janeiro de 2022 e julho de 2022 em distintas bases de dados, nomeadamente PubMed, Science Direct e um livro. Os termos de pesquisa foram aqueles que se consideraram mais próximos da problemática estudada, nomeadamente “saúde oral”, “auto-avaliação”, “diagnóstico precoce”, “cancro oral” e “qualidade de vida”. O objetivo da pesquisa foi recolher informação sobre a auto-avaliação oral como método de promoção de saúde pública

De um total de 63 publicações científicas encontradas de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão foram selecionadas 32. Dessas, 9 estudavam as características do exame intra oral e 4 artigos científicos dizem especificamente respeito ao autoexame oral.

Os artigos que não tiveram informação relacionada com o tema ou eram duplicados foram excluídos. Como critérios de inclusão os artigos utilizados são constituídos por publicações científicas e abordagens de protocolo de diagnóstico regidos em português, inglês e espanhol.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Manifestações clínicas do Cancro Oral

Existem muitas variáveis na manifestação clínica do CO; estas são maiormente associadas a tumores primários, sendo assim menos comuns as manifestações de sinais e sintomas de CO por metástases na zona cervical. As manifestações mais vistas são de uma lesão de tipo ulcerativa na cavidade oral, mas podemos ver também lesões brancas com ou sem bordos definidos, lesões eritematosas, lesões císticas ao redor de um dente específico, lesões exofíticas e proliferativas, uma lesão após uma extração dentária que não cicatriza em um período de tempo maior a seis semanas, ou lesões de pigmentação dos tecidos (melanoma). Qualquer lesão da cavidade oral que não desaparece em um lapso de tempo aproximado de 2 a 3 semanas, deve sempre ser considerado motivo de suspeita e avaliação específica para o profissional da saúde (Bagan *et al.*, 2010; Wong e Wiesenfeld, 2018).

O diagnóstico do CO vai depender da obtenção de uma amostra do tecido da lesão; idealmente, deve ser tomada através de um procedimento de biópsia, que pode ser incisional ou excisional, sendo a mais recomendada a biópsia incisional. É importante que o médico dentista esteja em capacidade de saber realizar devidamente a biópsia e que exista uma estreita relação entre o médico tratante e o profissional de laboratório (Bagan *et al.*, 2010; Wong e Wiesenfeld, 2018).

2. Fatores de risco do Cancro Oral

O CO é um dos tipos de cancro mais evitáveis do mundo, por ter um campo visual claro e definido, ter possibilidade de uma examinação direta e por ter métodos de reconhecimento inicial sem custos monetários. A lesão, se identificada em consulta numa etapa inicial, pode ser tratada com procedimentos menos invasivos e tratada com expectativa de sucesso do tratamento maior. Mas apesar disto, na maioria dos casos, desenvolve-se como uma lesão visível assintomática, que é só avaliada em consulta médica quando está em um estágio avançado e a probabilidade de mortalidade é elevada, sendo responsável de este comportamento, a ignorância nos sinais de perigo e a falta de um agir exploratório e focado na saúde oral (Petti e Scully, 2005; Kamaljeet *et al.*, 2017; Shrestha e Maharjan, 2020).

Os principais fatores de risco são o consumo de tabaco (fumado ou mastigado) e álcool, sendo assim, que o consumo de tabaco nas suas variadas formas é considerada a principal causa do cancro oral, especialmente quando associada ao consumo imoderado de álcool, outros fatores de risco podem ser higiene oral deficiente, infecção por Papilomavírus Humano (HPV), deficiência nutricional, debilidade do sistema imunitário e predisposição imunológica e genética (Petti e Scully, 2005; Kamaljeet *et al.*, 2017; Shrestha e Maharjan, 2020).

3. Epidemiologia do Cancro Oral

O oeste de Europa tem uma das taxas de incidência e mortalidade por CO mais elevadas por fatores comportamentais. Cada ano morrem aproximadamente 300 portugueses devido a esta doença, tendo uma taxa de incidência de 11,4/100 000 habitantes associada ao sexo masculino e de 2,8/100 000 habitantes associada ao sexo feminino. Em 90% das neoplasias que se originam na mucosa oral são representadas pelo carcinoma espinocelular; as restantes neoplasias incluem tumores malignos das glândulas salivares, doenças linforeticulares, tumores ósseos, melanomas, sarcomas, tumores odontogénicos malignos e metástases de tumores primários com outras localizações. O CO tem uma relação na taxa de incidência entre homens e mulheres de 2:1, e o seu aparecimento prevalece mais a partir dos 40 anos (Bagan *et al.*, 2010; Santos e Teixeira, 2011; Tran *et al.*, 2022).

Um comportamento médico-preventivo, quer por parte do profissional da saúde, quer por parte do individuo, vai ser crucial para a deteção precoce de uma lesão suspeita ou potencialmente maligna, especialmente numa fase inicial devido a que as lesões malignas detectadas em etapas iniciais vão aumentar significativamente a probabilidade de sucesso no tratamento, mas 70% dos diagnósticos de CO são feitos em etapa avançada. Esta deteção precoce só se consegue através de campanhas promovendo o autoexame da cavidade oral e da preparação dos profissionais da saúde para efetuarem exames de diagnóstico de cancro por rotina e serem fortes promotores da mudança de hábitos comportamentais nocivos (Prado e Passarelli, 2009; Elango *et al.*, 2011; Shrestha e Maharjan, 2020).

4. Manual de Auto-Avaliação

O paciente deve realizar a auto-avaliação num local bem iluminado, com as mãos limpas e em frente de um espelho e ter preparada uma compressa para ajudar a tracionar

os tecidos; se é portador de prótese dentária ou de aparelhos removíveis, deve retirá-los, e deve descartar a través da visualização e palpação a presença de alguma massa, assimetria, inflamação, descoloração, mancha ou ferida na pele da face, dor ao falar, abrir a boca, ou desconforto na mastigação, dor ou presença de aumento suspeito dos gânglios cervicais (Figura nº 1 e 2) (Almeida *et al.*, 2005; Kilkenny, 2019).

Seguidamente, os lábios: devem ser cor-de-rosa homogéneo e simétricos e a linha do bordo deve verse claramente definida, sem interrupções (Figura nº 3). Devem ser suavemente segurados com os dedos polegar e indicador e os lábios inferiores tracionados para baixo e os lábios superiores para cima, obtendo uma excelente visão da parte interna dos lábios (Figura nº 4 e 5); palpar e descartar áreas descontínuas muito moles, ou muito duras. Em esta etapa da inspeção é pertinente examinar a mucosa interna dos lábios e bochechas (Figura nº 6) que deve ser cor-de-rosa e ter uma consistência uniforme e fazer palpação dos tecidos com as duas mãos (Prado e Passarelli, 2009; Madani *et al.*, 2014).

Para avaliar a língua e o piso da boca, deve sacar a língua e inspecionar a cor e a textura do dorso (parte superior) (Figura nº 7) para depois levantá-la e visualizar a face ventral (parte inferior) e também o soalho da boca (Figura nº 9) e visualizar as superfícies laterais, tracionando devidamente para o lado direito, e depois para o lado esquerdo (Figura nº 8). Pode fazer isto com ajuda de compressas, uma em cada mão, entre os dedos polegar e indicador e descartar ulcerações, feridas, descontinuidades e modificações de cor ou de textura em qualquer parte da superfície da língua (Elango *et al.*, 2011; Mathiew *et al.*, 2020).

Seguido, se avalia o palato duro, palato mole e úvula. Para avaliar o palato duro verifica-se a través da visão e a palpação que a cor seja uniforme, deve ser cor-de-rosa sem manchas, ulcerações ou inflamação. Para o palato mole e úvula usa-se apenas a examinação visual e igualmente se descartam manchas, ulcerações, irregularidades na cor e inflamação (Figura nº 10) (Elango *et al.*, 2011; Kamaljeet *et al.*, 2017).

Para avaliar a gengiva, visualizamos primeiramente a cor, que deve ser cor-de-rosa claro e a textura, que deve ser uniforme ao longo de toda a gengiva superior e inferior da boca. Deve tracionar devidamente os lábios (lábio superior para encima, e lábio inferior para baixo) para atingir completamente a visualização e poder também conseguir observar o fundo do vestíbulo da cavidade oral, que deve ser de coloração mais intensa (Figura nº 11). Deve descartar a presença de ulcerações, alteração de cor e textura, sangramentos, descontinuidades ou interrupções ao longo do tecido (Kamaljeet *et al.*, 2017; Mathew *et al.*, 2020).

Por último, visualizamos os dentes superiores e inferiores. Avaliar principalmente se as estruturas dentárias presentes na boca estão completas, sem manchas, dor ou mobilidade (Figura nº 12) (Machiulskiene *et al.*, 2019; Madani *et al.*, 2014).

Qualquer das alterações anteriores descritas representará motivo de consulta com um profissional em medicina dentária, para ter um adequado diagnóstico, controlo e prevenção das diferentes alterações ou doenças da cavidade oral e tratá-las de maneira temprana e integral.

i. Guia de avaliação de saúde oral

Sendo um problema social significativo, o CO pode ser prevenido e controlado num trabalho em estreita colaboração com o paciente. O seguinte quadro refere uma guia de ponderação aos profissionais da medicina dentária como método de avaliação da saúde oral.

		Pontuação	
Variável	1	2	3
Voz	Normal	Rouca	Dificuldade em falar
Deglutir	Sem dificuldade	Com alguma dor	Incapaz de deglutir
Lábios	Lisos, rosados e húmidos	Secos e gretados	Ulcerados ou sangrantes
Língua	Rosada, húmida e com papilas presentes	Saburosa ou com perda de papilas, brilhante ou avermelhada	Empolada ou gretada
Saliva	Líquida	Espessa	Ausente
Mucosa	Rosada e húmida	Avermelhada ou esbranquiçada e sem ulcerações	Ulcerada e/ou sangrante
Gengiva	Rosada	Com edema, podendo estar avermelhada	Sangramento espontâneo ou quando pressionada
Doentes ou Dentadura	Limpos sem resíduos	Placa e resíduos nalgumas áreas	Placa e resíduos generalizados

Tabela 1. Guia de Avaliação da Saúde oral (Santos e Teixeira, 2011).

Para cada variável, existe uma pontuação que vai ir de acordo com as observações que existam por parte do médico dentário. Uma pontuação de 8 valores indica uma boa saúde oral; uma pontuação de 9 a 16 indicará mucosite ligeira a moderada; uma pontuação de 17 a 23 indicará mucosite de moderada a severa e uma pontuação de 24 indicará mucosite grave, o que vai necessitar de tratamento agressivo (Santos e Teixeira, 2011).

A promoção e prevenção da saúde oral representa uma importante intervenção na educação da saúde integral do paciente porque ajuda na redução do tempo entre o diagnóstico de uma patologia e o seu tratamento, que dependendo da doença pode ou não ser vital.

III. DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas, doenças como o vírus de imunodeficiência humano (HIV), cancro de mama e a saúde mental têm recidivado com amplo apoio financeiro, científico e social por parte do foco político e embora são doenças com maior taxa de mortalidade, têm similitudes de morbidade com as doenças orais. Mas existe uma grande diferença no reconhecimento de estas doenças com respeito das doenças orais; e é que esses pacientes demandam atenção e acção. Devemos reconhecer que é precisa mais relevância médica e política na mudança da saúde bucodental e envolver mais nestes processos as vozes dos nossos pacientes (Glick, 2018).

O status socioeconómico está diretamente relacionado a três grandes determinantes da saúde: cuidados de saúde, exposição ambiental e comportamento de saúde. Fatores como o stress crónico e o baixo status socioeconómico podem estar associados ao aumento de determinantes na taxa de morbidade e mortalidade. A população de menor ingresso económico representa um grupo de maior risco, pelo que são necessárias estratégias de custo de saúde pública que ajudem na melhora da qualidade de vida (Shahar *et al.*, 2019).

A educação na auto-avaliação em casa é um instrumento de grande ajuda ao público no campo da saúde que permite o controlo da condição da cavidade oral e a diminuição dos fatores de risco através de um método fácil, acessível e económico (Shrestha e Maharjan, 2020).

O médico dentista deve estar apto para prevenir e diagnosticar de maneira competente as patologias orais no seu consultório odontológico, o que algumas vezes pode representar um desafio, por tanto é muito importante que saiba identificá-las corretamente assim como também permitir uma boa interação com o paciente (Ribeiro *et al.*, 2018).

Diferentes autores descreveram que as lesões persistentes na mucosa oral ou que existam por mais de 2 semanas em boca serão analisadas pelo médico dentista através de uma biópsia incisional, assim como também em que existe uma clara relação entre o CO e hábitos comportamentais nocivos. Descreveram também que a examinação médico dentária periódica, a promoção da saúde oral, a auto-avaliação em casa realizada pelos pacientes e a diminuição dos factores de risco são cruciais na diminuição do número de casos por CO e no aumento da qualidade de vida (Petti e Scully, 2005; Prado e Passarelli, 2009; Bagan *et al.*, 2010; Santos e Teixeira, 2011; Kamaljeet *et al.*, 2017; Wong e Wiesenfeld, 2018; Shrestha e Maharjan, 2020).

A promoção da saúde oral envolve atividades que visam não só a educação e higiene, mas uma mudança comportamental e de fatores de risco, cruciais para a prevenção e diagnóstico precoce de alterações malignas dos tecidos (Ribeiro *et al.*, 2018).

A população Europeia e a portuguesa inclusa, precisa de estar mais activa e presente na importância dos cuidados de saúde oral e das visitas regulares ao médico dentista. Ao melhorar a acessibilidade e dar facilidade aos portugueses às consultas de medicina dentária, assim como a educação nos hábitos de HO e fatores de risco, se pode diminuir o número de mortes por CO e cancro de cabeça e pescoço e se pode também melhorar a condição geral de vida com respeito de diversas condições do sistema estomatognático, aspeto fundamental para a projeção a futuro no bom viver e que muitas vezes se pode ver afetado pelo desânimo de ir ao dentista por motivos económicos e informativos.

Embora a auto-avaliação em pacientes adultos tenha um foco direcionado principalmente na prevenção e detecção precoce de doenças malignas, não devem ficar descuidados outros aspetos da saúde integral do sistema estomatognático como a cáries dentária, doença periodontal ou doenças na musculatura da face e na articulação temporomandibular; doenças que impactam negativamente a qualidade de vida.

A avaliação deve ser periódica, sendo assim, se o paciente tem hábitos como tabagismo, alcoolismo, higiene oral deficiente, exposição excessiva à luz solar ou infecção por HPV deve ser considerado de alto risco e deverá realizar o auto-exame de três em três meses. Se pelo contrário o paciente não é de alto risco pode ser realizado o auto-exame de seis em seis meses (Patton et al., 2006).

No presente trabalho, foi feita esta sugestão de auto-avaliação com o fim de avaliar a condição geral da cavidade oral de uma maneira fácil, rápida, e simples de ler que permita poder ser usado efetivamente pelos pacientes em casa.

IV. CONCLUSÕES

O risco de identificação tardia de doenças na face e cavidade oral poderá ser muito menor se identificadas precocemente, quer doenças benignas, quer doenças malignas.

O diagnóstico precoce do CO é de fundamental importância para a sobrevivência dos pacientes, sendo assim muito importante o ensino prático da auto-avaliação oral pois permite, quando o diagnóstico é precoce, tratamentos menos invasivos e de menor risco e custo.

Os custos desembolsados podem ser grandes barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral, por tanto são necessárias medidas públicas de distribuição igualitária de profissionais da saúde bucal assim como instalações adequadas para atender as necessidades de serviços primários.

V. BIBLIOGRAFIA

Akintoye, S.O., Mupparapu, M. (2020) Clinical Evaluation and Anatomic Variation of the Oral Cavity. *Dermatologic Clinics*, 38(4):399-411.

Almeida, F.C.S. et al.(2005). Campanha de popularização do auto-exame da boca – Universidade de São Paulo. *Rev Bras Patol Oral*, 4(3), pp. 147-56.

Bargan, J. et al. (2010). Oral cancer: Clinical features. *Journal of oral oncology*, 46(6), 414–417.

Dannewitz, B. et al. (2021). Parodontitis – Therapie einer Volkskrankheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2021 · 64:931–940.

Elango, K.J. et al. (2011). Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Journal of oral oncology*, 47(7), 620–624.

Fiorillo, L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina*, 55(10):676.

Ghaffari, M. et al. (2017). Oral Health Education and Promotion Programmes: MetaAnalysis of 17-Year Intervention. *International Journal of Dental Hygiene*, 16(1):59-67.

Glick, Michael. (2018). Promoting the importance of oral health: where are our patients' voices?. *The Journal of the American Dental Association*, 149(12), 1003–1004.

Kilkenny, N. (2019). Oral care in adults. *British Journal of Nursing*, 28(16), pp.1054–1055.

Kamaljeet, S. et al. (2017). Effect of health education on awareness about oral cancer and oral self-examination. *J Educ Health Promot*, 6:27.

Lomas, J. et al. (2018). Temporomandibular dysfunction. *Australian Journal of General Practice*, 47(4), pp.212-215.

Madani, M. et al. (2014). Anatomic and Examination Considerations of the Oral Cavity. *Medical Clinics of North America*, 98(6), pp.1225-1238.

Mathew, J.E. et al. (2020). “Orocrinology” Seven Easy Steps!. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 24(3), pp.244-250.

Machiulskiene, V. et al. (2019). Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Research*, 54(1), pp.1-8.

Napier, S.S., Speight, P.M.(2008). Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med*, 37, pp.1-10.

Ortíz-Barrios, L.B. *et al.* (2019). The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*, 19(1):141.

Patton, L.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*, 102(6), pp.758-64.

Prado, B., Passarell, D.H. (2009). Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 21(1), pp. 79-85.

Petti, S., Scully, C. (2005). Oral cancer: The association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol*, 41(8), pp.828-834.

Ribeiro, A. *et al.* (2018). Prevalence of calcifications in soft tissues visible on a dental pantomogram: A retrospective analysis. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 119(5), pp.369-374.

Santos, L., Teixeira, L. (2011). *Oncologia Oral*. 1ª edição, Lidel, Porto.

Shahar, S. *et al.* (2019). Health, access and nutritional issues among low-income population in Malaysia: introductory note. *BMC Public Health*, 19(S4):552.

Shrestha, G., Maharjan, L. (2020). Mouth Self-Examination for Prevention and Control of Oral Cavity Cancer. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 58(225), pp.360-362.

Tran, K.B. *et al.* (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 400(10352), pp.563-591.

Valdez, J.A, Brennan, M.T. (2018). Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dental Clinics of North America*, 62(1), pp. 143-154.

Van der Waal, I. (2009). Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, 45(4-5), pp.317-23.

Warnakulasuriya, S. *et al.* (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*, 36(10), pp.575-580.

Wong, L.B. *et al.* (2020). Periodontal disease and quality of life: Umbrella review of systematic reviews. *Journal of Periodontal Research*, 56(1), pp.1-17.

Wong, T., Wiesenfeld, D. (2018). Oral Cancer. *Australian Dental Journal*, 63(1), pp.91-99.

World Health Organization (WHO). (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life research*, 2(2), pp.153-159

World Health Organization (WHO). (2012). Oral Health, *Fact Sheet* N° 318 April 2012.

Zhou, G. *et al.* (2015). Self-efficacy, planning and action control in an oral self-care intervention. *Health Education Research*, 30(4), pp.671-681.

VI. ANEXOS



Figura 1. Palpação dos gânglios cervicais (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 2. Palpação dos gânglios cervicais (Santos e Teixeira, 2011).

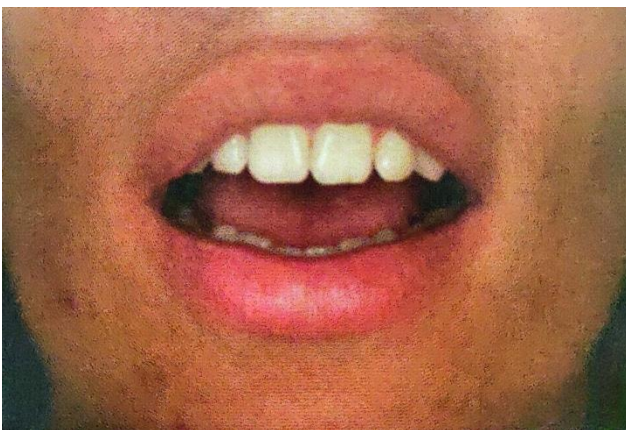


Figura 3. Avaliação externa dos lábios (Santos e Teixeira, 2011).

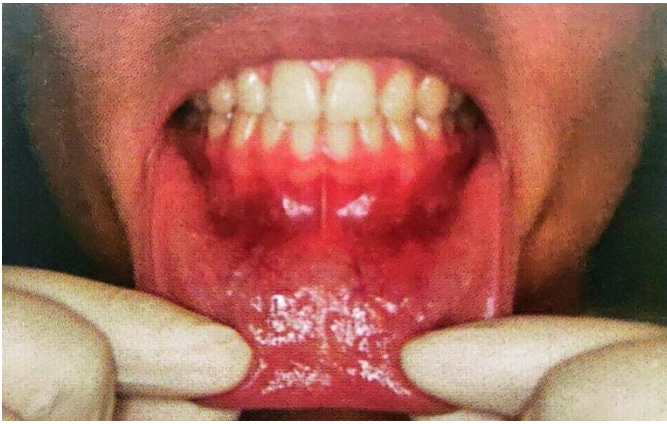


Figura 4. Avaliação da mucosa interna do lábio inferior (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 5. Avaliação da mucosa interna do lábio superior (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 6. Avaliação das bochechas (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 7. Avaliação do dorso da língua (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 8. Avaliação das superfícies laterais da língua (Santos e Teixeira, 2011).

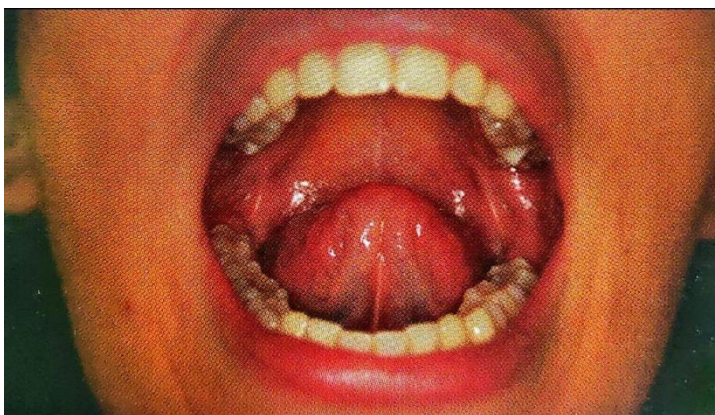


Figura 9. Avaliação do soalho da boca (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 10. Avaliação do palato duro, palato mole e úvula (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 11. Avaliação do fundo do vestibulo (Santos e Teixeira, 2011).



Figura 12. Avaliação das estruturas dentárias (Santos e Teixeira, 2011).