

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DOS FATORES PREDISPOONENTES PARA O DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA ORAL

Trabalho submetido por
Maria Eugénia Aparício Morais
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2023

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DOS FATORES PREDISPOANTES PARA O DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA ORAL

Trabalho submetido por
Maria Eugénia Aparício Morais
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Carlos Zagalo

e coorientado por
Mestre Paulo Mascarenhas

junho de 2023

Dedico esta Tese a todos os que, tal como eu,
já sofreram ou sofrem desta terrível doença,
Que todos tenham a força para vencer,
Pois nada é mais forte que nós próprios para vencer!

Maria Eugénia Aparício Morais

AGRADECIMENTOS

Ao longo de toda a minha formação tenho de deixar agradecimentos muito especiais a duas instituições: Instituto de Odontologia e Colégio Militar, por toda a formação académica que me transmitiram, mas acima de tudo por todos os valores que me inculcaram.

Um agradecimento especial a esta instituição Egas Moniz School of Health & Science que tantas alegrias e ensinamentos me deu.

Agradeço ao meu orientador, desta dissertação, Professor Doutor Carlos Zagalo, pela sua orientação, ensinamento, disponibilidade e incentivo.

Agradeço ao meu coorientador Mestre Paulo Mascarenhas por todo o seu apoio, disponibilidade e ensinamento.

Um bem-haja a toda a minha família por todo o apoio, principalmente ao meu irmão Salvador, por toda a força que me deu, mantemos o lema “Se fosse fácil não seria para nós”, à minha mãe Sandra por todo o carinho e ajuda e ao meu pai António por toda a força e cooperação. Nunca haverá palavras para vos agradecer.

Durante estes cinco anos muitos passaram pelo meu caminho, amigos, estarão sempre no meu coração, levar-vos-ei comigo, professores, agradeço por todo o vosso conhecimento dado, por todo o carinho e influência no meu percurso académico.

Deixo um agradecimento especial ao meu primo Nuno por todo o seu apoio.

Um obrigada à minha colega, parceira e amiga de box, por toda a ajuda, pelo incentivo e acima de tudo pela amizade.

RESUMO

Objetivos: Avaliar através de um questionário potenciais fatores de risco para o diagnóstico tardio de carcinoma oral entre 2018 e 2023. Relacionar a altura em que é feito o diagnóstico com a evolução desta patologia. Verificar se o diagnóstico teve influência no prognóstico e nos tratamentos. Perceber o papel do Médico Dentista neste diagnóstico.

Materiais e Métodos: Foram recolhidos dados como o sexo, a idade, fatores predisponentes para a patologia (hábitos tabágicos, alcoólicos, doenças infetocontagiosas, higiene oral precária e história pregressa de neoplasia oral), distrito a que pertenciam. Foram avaliados a data de diagnóstico e o estadió do carcinoma oral segundo a classificação TNM (*Tumor, Node, Metastasis*), assim como os tratamentos efetuados até à data do seu último registo. Posteriormente estes dados foram inter cruzados para se elaborar uma avaliação estatística, usando os seguintes programas: SPSS e Excel.

Resultados: A amostra da população estudada foi diagnosticada com cancro oral no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG). Era constituída por 72 paciente, predominantemente do sexo masculino e com mais de 60 anos. A maioria dos pacientes apresentavam hábitos tabágicos e alcoólicos: 45/72 (62,5%) e 52/72 (72,2%), respetivamente. Na amostra geral, 42/72 (58,3%) tinham condições prévias, das quais 6/72 (8,3%) tinham doenças infecciosas, 10/72 (13,8%) da amostra apresentava má nutrição, história familiar de cancro 1/72 (1,4%) ou de lesões orais potencialmente malignas 4/72 (5,6%). Relativamente ao encaminhamento para o IPOLFG, 45/72 (62,5%) foram efetuados por Médicos Dentistas.

Conclusão: O estudo permitiu confirmar que os fatores socioeconómicos e comportamentais têm um elevado impacto na saúde oral e no risco de carcinoma oral nas suas várias formas. Os fatores de risco predominantes são os hábitos tabágicos e alcoólicos. A maioria das lesões é identificada pelo Médico Dentista, este muitas vezes consegue diagnosticar precocemente a neoplasia, resultando em tratamentos menos invasivos.

Palavras-chave: cancro oral, fatores de risco, diagnóstico e TNM

ABSTRACT

Objectives: Evaluate, using a questionnaire, potential risk factors for the late diagnosis of oral carcinoma between 2018 and 2023. Relate the time when the diagnosis is made with the evolution of this pathology. Check whether the diagnosis had an influence on the prognosis and treatments. Understand the role of the Dentist in this diagnosis.

Materials and Methods: Data such as gender, age, predisposing factors for the pathology (smoking and alcohol consumption, infectious diseases, poor oral hygiene and past history of oral cancer), district to which they belonged, were collected. The date of diagnosis and the stage of the oral carcinoma according to the TNM classification (Tumor, Node, Metastasis) were evaluated, as well as the treatments carried out up to the date of its last registration. Subsequently, these data were intercrossed to prepare a statistical evaluation, using the following programs: SPSS and Excel.

Results: The sample of the population studied was diagnosed with oral cancer at the Francisco Gentil Portuguese Institute of Oncology in Lisbon (IPOLFG). It consisted of 72 patients, predominantly male and over 60 years old. Most patients had smoking and alcohol habits 45/72 (62,5%) and 52/72 (72,2%), respectively. In the general sample, 42/72 (58,3%) had previous conditions, of which 6/72 (8,3%) had infectious diseases, 10/72 (13,8%) of the sample had malnutrition, family history of cancer 1/72 (1,4%) or potentially malignant oral lesions 4/72 (5,6%). With regard to referrals to the IPOLFG, 45/72 (62,5%) were carried out by Dentists.

Conclusion: The study confirmed that socioeconomic and behavioral factors have a high impact on oral health and the risk of oral carcinoma in its various forms. The predominant risk factors are smoking and alcoholism. Most lesions are identified by the Dentist, who is often able to diagnose the neoplasm early, resulting in less invasive treatments.

Keywords: oral cancer, risk factors, diagnosis and TNM

RÉSUMÉ

Objectifs: Évaluer, à l'aide d'un questionnaire, les facteurs de risque de diagnostic tardif de carcinome buccal entre 2018 et 2023. Relier le moment où le diagnostic est posé à l'évolution de cette pathologie. Vérifier si le diagnostic a eu une influence sur le pronostic et les traitements. Comprendre le rôle du Dentiste dans ce diagnostic.

Matériels et méthodes: Des données telles que le sexe, l'âge, les facteurs prédisposants à la pathologie (tabagisme et consommation d'alcool, maladies infectieuses, mauvaise hygiène bucco-dentaire et antécédents de cancer de la bouche, le district auquel ils appartenaient, ont été recueillies. La date de diagnostic et el stage du carcinome de la bouche selon la classification TNM (Tumor, Node, Metastasis) ont été évalués, ainsi que les traitements effectués jusqu'à la date de son dernier enregistrement. Plus tard, ces données ont été croisées pour préparer une évaluation statistique, en utilisant les programmes suivants: SPSS et Excel.

Résultats: L'échantillon de la population étudiée a été diagnostiqué avec un cancer de la bouche à l'Institut portugais d'oncologie Francisco Gentil à Lisbonne (IPOLFG). Il s'agissait de 72 patients, majoritairement masculins et âgés de plus de 60 ans. La plupart des patients avaient des habitudes tabagiques et alcooliques 45/72 (62,5%) et 52/72 (72,2%), respectivement. Dans l'échantillon 5eneral, 42/72 (58,3%) Il y avait des conditions antérieures, 6/72 (8,3%) des maladies infectieuses, 10/72 (13,8%) ou souffrait de malnutrition, des antécédents familiaux de cancer 1/72 (1,4 %) ou lésions buccales potentiellement malignes 4/72 (5,6 %). En ce qui concerne les références à l'IPOLFG, 45/72 (62,5%) ont été effectuées par des dentistes.

Conclusion: L'étude a confirmé que les facteurs socio-économiques et comportementaux ont un impact élevé sur la santé bucco-dentaire et le risque de carcinome buccal sous ses différentes formes. Les facteurs de risque prédominants sont le tabagisme et l'alcoolisme. La plupart des lésions sont identifiées par le dentiste, qui est souvent en mesure de diagnostiquer le néoplasme tôt, ce qui entraîne des traitements moins invasifs.

Mots-clés: cancer de la bouche, facteurs de risque, diagnostic et TNM

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	17
1. Cancro.....	17
2. Cancro Oral: carcinoma.....	18
2.1 Biologia	21
2.2 Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço	22
3. Papel do Médico Dentista.....	28
3.1 Diagnóstico e Meios Complementares de diagnóstico.....	29
3.2 Autoexame.....	30
3.3 Lesões Potencialmente Malignas.....	31
4. Terapêutica	33
4.1 Terapêutica Cirúrgica	34
4.2 Terapêutica Não Cirúrgica.....	35
5. Impacto da terapêutica na cavidade oral.....	36
5.1 Cuidados antes, durante e pós tratamento	36
II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO.....	39
III. MATERIAIS E MÉTODOS.....	41
1. Considerações éticas.....	41
2. Tipo de estudo e local de realização.....	41
3. Seleção da amostra	41
4. Caracterização da amostra	42
4.1 São definidos os seguintes critérios de inclusão:.....	42
4.2 São definidos os seguintes critérios de exclusão:.....	43
5. Recolha de dados	43
6. Análise Estatística	44
IV. RESULTADOS	45
1. Caracterização da amostra.....	45

1.1	Informações das variáveis categóricas	46
2.	Fatores que influenciam o diagnóstico	49
2.1	Sumarização dos Teste de Hipótese	49
V.	DISCUSSÃO	69
VI.	CONCLUSÃO	73
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
	ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Incidência do cancro oral mundial, dados de 2020.(Bray et al., 2018).....	19
Figura 2: Previsão de novos casos desde 2020 até 2040 no sexo feminino e no masculino. (World Cancer Research Fund International, 2020).....	20
Figura 3: Sobrevivência global em função da presença de HPV 16 (p= log rank).(Sousa et al., 2021).....	21
Figura 3: Número de novos casos de cancro oral de 2020. (World Cancer Research Fund International, 2020)	23
Figura 5: Sinais e sintomas dos pacientes que entraram no estudo: (A) Apresenta adenopatias; (B) Lesão exofítica; (C) Úlcera; (D) Leucoplasia associada a carcinoma; (E) Lesão exofítica; (F) Carcinoma invasivo (infiltrativo).....	24
Figura 6: Incidência do cancro oral. IARC 2020. (Lip, Oral Cavity, 2020)	26
Figura 7: Estimativas da incidência e mortalidade em Portugal relacionando com o geral da Europa, em todas as idades.(Lip, Oral Cavity, 2020).....	26
Figura 8: Avaliação clínica da cavidade oral e do pescoço. Sequência usada no autoexame intraoral, paciente adulto.	30
Figura 9: Localização esquemática dos grupos de Gânglios Linfáticos do pescoço; (IA) Gânglios submentoiano; (IB) Gânglios Submandibulares; (IIA, IIB) Gânglios Jugulares superiores; (III) Gânglios Jugulares médias; (IV) Gânglios Jugulares inferiores; (VA, VB) Gânglios do Triângulo Posterior; (VI) Gânglios do compartimento anterior; (VII) Embora não esteja representado na figura, este nível inclui os Gânglios Infraclaviculares e Mediastínicos Anteriores.(Montero & Patel, 2015)	31
Figura 10: Leucoplasia (fotografias da minha autoria, paciente do IPOLFG).	32
Figura 11: Eritroleucoplasia (paciente do IPOLFG)	32
Figura 12: Fluxograma com a seleção dos pacientes com base nos critérios de inclusão e exclusão.	42
Figura 13: Mapa com distribuição geográfica por distrito dos pacientes do estudo.	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Teste de U de Mann-Whitney das variáveis: idade, habilitações literárias, rendimento anual e número de cigarros por dia.	49
Gráfico 2: Informação categórica de habilitações literárias.	50
Gráfico 3: Informação categórica do diagnóstico.	50
Gráfico 4: Local da lesão por diagnóstico.	51
Gráfico 5: Doenças prévias por diagnóstico.	52
Gráfico 6: Hábitos alcoólicos por diagnóstico.	52
Gráfico 7: Hábitos tabágicos por diagnóstico.	53
Gráfico 8: Presença de cáries por diagnóstico.	53
Gráfico 9: Tratamento reabilitador por diagnóstico.	54
Gráfico 10: Higiene oral - língua, por diagnóstico.	
Gráfico 11: Higiene oral - dentes, por diagnóstico.	54
Gráfico 12: Rendimento anual por diagnóstico.	55
Gráfico 13: Habilitações literárias por diagnóstico.	56
Gráfico 14: Género por diagnóstico.	56
Gráfico 15: Idade por diagnóstico.	57
Gráfico 16: Número de cigarros por diagnóstico.	57
Gráfico 17: Encaminhamento médico por diagnóstico.	58
Gráfico 18: Diagnóstico por ano.	58
Gráfico 19: tratamento de reabilitação oral por rendimento anual.	59
Gráfico 20: Radioterapia por diagnóstico.	61
Gráfico 21: Quimioterapia por diagnóstico.	61
Gráfico 22: Cirurgia por diagnóstico.	62
Gráfico 23: Presença de xerostomia por radioterapia.	62
Gráfico 24: Presença de xerostomia por quimioterapia.	63
Gráfico 25: Tratamento dentário por radioterapia.	
Gráfico 26: Tratamento dentário por quimioterapia.	63
Gráfico 27: Tratamentos dentários por cirurgia.	64
Gráfico 28: Doenças prévias por radioterapia.	65
Gráfico 29: Doenças prévias por quimioterapia.	65
Gráfico 30: Doenças prévias por cirurgia.	66
Gráfico 31: Idade por radioterapia.	66

Gráfico 32: Idade por quimioterapia.	67
Gráfico 33: Idade por cirurgia.	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Valores de média de idade da amostra	45
Tabela 2: Caracterização da amostra	46
Tabela 3: Sumarização do teste de hipótese.	49
Tabela 4: Teste estatístico - local da lesão e diagnóstico.	51
Tabela 5: Teste estatístico - doença prévia por diagnóstico.	52
Tabela 6: Teste estatístico - hábitos alcoólicos por diagnóstico.....	52
Tabela 7: Teste estatístico - hábitos tabágicos por diagnóstico.....	53
Tabela 8: Teste estatístico - presença de cáries por diagnóstico.	53
Tabela 9: Teste estatístico - tratamento reabilitador por diagnóstico.....	54
Tabela 10: Teste estatístico - higiene oral - língua, por diagnóstico.....	55
Tabela 11: Teste estatístico - higiene oral dentes, por diagnóstico.	55
Tabela 12: Teste estatístico - rendimento anual por diagnóstico.....	56
Tabela 13: Teste estatístico - habilitações literárias por diagnóstico.	56
Tabela 14: Teste estatístico - género por diagnóstico.....	56
Tabela 15: Teste estatístico - idade por diagnóstico.....	57
Tabela 16: Teste estatístico - número de cigarros por diagnóstico.....	57
Tabela 17: Teste estatístico - encaminhamento médico por diagnóstico.	58
Tabela 18: Teste estatístico - diagnóstico por ano.....	58
Tabela 19: Teste estatístico - tratamento de reabilitação oral por rendimento anual.	59
Tabela 20: Comparação por método Pairwise de tratamento reabilitador.....	60
Tabela 21: Teste estatístico - radioterapia por diagnóstico.	61
Tabela 22: Teste estatístico - quimioterapia por diagnóstico.	61
Tabela 23: Teste estatístico - cirurgia por diagnóstico.	62
Tabela 24: Teste estatístico - xerostomia por radioterapia.	62
Tabela 25: Teste estatístico - xerostomia por quimioterapia.	63
Tabela 26: Teste estatístico - tratamento dentário por radioterapia.....	64
Tabela 27: Teste estatístico - tratamento dentário por quimioterapia.	64
Tabela 28: Teste estatístico - tratamentos dentários por cirurgia.	64
Tabela 29: Teste estatístico - doenças prévias por radioterapia.	65
Tabela 30: Teste estatístico - doenças prévias por quimioterapia.	65
Tabela 31: Teste estatístico - idade por radioterapia.	66
Tabela 32: Teste estatístico - idade por quimioterapia.	67

Tabela 33: Teste estatístico - idade por cirurgia..... 67

LISTA DE SIGLAS

CCP – Carcinoma Cabeça e Pescoço

CE – Carcinoma Espinocelular

CO – Cancro Oral

CPC – Carcinoma pavimento Celular

DNA – ácido desoxirribonucleico

EBV – Vírus Epstein-Barr

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HPV – Papilomavirus Humano

ICD – classificação Internacional de doenças

IMC- Índice de Massa Corporal

IPOLFG – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa

LPM – Lesões Potencialmente Malignas

MD – Médico Dentista

OMS – Organização Mundial de Saúde

RON – Registo Nacional Oncológico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNM - Tumor Node Metastasis

I. INTRODUÇÃO

1. Cancro

Cancro é o termo genérico utilizado para um complexo grupo de doenças que pode afetar toda e qualquer parte do corpo. Esta neoplasia maligna é caracterizada por possuir uma rápida formação de células anormais, as quais têm limites diferentes, crescendo mais do que o habitual, podendo assim alastrar ou mesmo invadir outras partes adjacentes do corpo criando metástases, ou seja, espalhando-se por outros órgãos do corpo. (*Pan American Health Organization, 2023*) A transformação das células malignas dá-se através do processo da interação dos agentes carcinogêneos com o ácido desoxirribonucleico (DNA), causando alterações irreversíveis e desencadeando os seguintes processos: iniciação, promoção e progressão.

Este termo é normalmente associado a outros como tumores malignos e neoplasias. O cancro tem como fatores etiológicos os seguintes: ação de carcinogénios químicos como os sais inorgânicos da pirólise do tabaco; radiações como a exposição aos raios ultravioleta; biológicos como por exemplo agentes infecciosos, vírus da imunodeficiência humana (HIV), papiloma vírus humano (HPV), entre outros; hormonais e relacionados com a inflamação crónica. (L. Santos & Teixeira, 2011)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na maioria dos países, o cancro encontra-se entre as duas primeiras causas de morte antes da sétima década de vida, e é um importante condicionador do aumento da esperança de vida. (Sung et al., 2021) No ano de 2018 foi responsável por cerca de 9.6 milhões de mortes, e destas, 70% ocorreram em países de baixo ou médio rendimento. Um terço das mortes estão relacionadas com os cinco principais riscos, sendo estes: álcool, alimentação, desporto, índice de massa corporal (IMC) e tabaco. (*Pan American Health Organization, 2023*)

O cancro pode manifestar-se em múltiplos órgãos, tendo diferentes percentagens dependendo da sua localização, sendo os mais frequentes: mama (12.5%), pulmão (12.2%), colorretal (10.7%), segundo dados de 2020 da “*World Cancer Research Fund International*”. (*World Cancer Research Fund International, 2020*)

2. Cancro Oral: carcinoma

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD 10), o cancro oral diz respeito ao cancro da cavidade oral e da orofaringe, define-se como sendo um conjunto de tumores malignos que afeta todo e qualquer tecido da cavidade oral, dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe. O cancro oral é composto pelas seguintes localizações, com os códigos respetivos: C00 (neoplasia maligna do lábio), C01 (neoplasia maligna da base da língua), C02 (neoplasia maligna de da língua, de partes não específicas), C03 (neoplasia maligna da gengiva), C04 (neoplasia maligna do pavimento da boca), C05 (neoplasia maligna de partes não específicas da cavidade oral), C07 e C08 (neoplasias malignas das glândulas salivares), C10 (neoplasia maligna da orofaringe), C11 (neoplasia maligna da nasofaringe), C12 e C13 (neoplasia maligna da hipofaringe). O cancro e carcinoma não são sinónimos, no entanto cancro é sinónimo de neoplasia maligna. (Fritz et al., 2013)

A cavidade oral é composta por partes moles e por um esqueleto ósseo incompleto. (Zagalo et al., 2010) A cavidade oral é limitada anatomicamente pela união pele-vermelhão dos lábios até à linha das papilas circunvaladas, a nível inferior, e até à junção do palato duro com o palato mole, a nível superior. A cavidade oral encontra-se subdividida em subtipos anatómicos: gengiva superior e inferior, lábio, língua, mucosa, palato duro, pavimento da boca e trígono retromolar. No plano terapêutico da doença oncológica deve ter-se em consideração as diferentes características das localizações da cavidade oral, mesmo estando próximas entre si. (Montero & Patel, 2015; Ragezi et al., 2017)

O carcinoma oral localiza-se frequentemente no lábio inferior, língua e assoalho da boca. (F. de S. Santos et al., 2010; L. Santos & Teixeira, 2011)

O cancro da cavidade oral é considerado a nível mundial como sendo a 16^a neoplasia maligna mais comum. Foi registado no ano de 2020, a nível mundial, o número total 377,713 casos de cancro oral, representando-se como 2.1% dos casos do cancro em geral. Segundo a diferenciação do sexo, a nível do sexo masculino encontra-se em 11^o lugar, e o sexo feminino em 18^o lugar a nível de prevalência. (*World Cancer Research Fund International*, 2020)

Esta neoplasia é mais comum em países em desenvolvimento, com maior incidência nos seguintes países: Sri Lanka, Índia, Paquistão e Bangladesh, devido aos

hábitos tabágicos, no entanto também ocorre com frequência em países desenvolvidos como Europa e o Norte da América (figura 1).

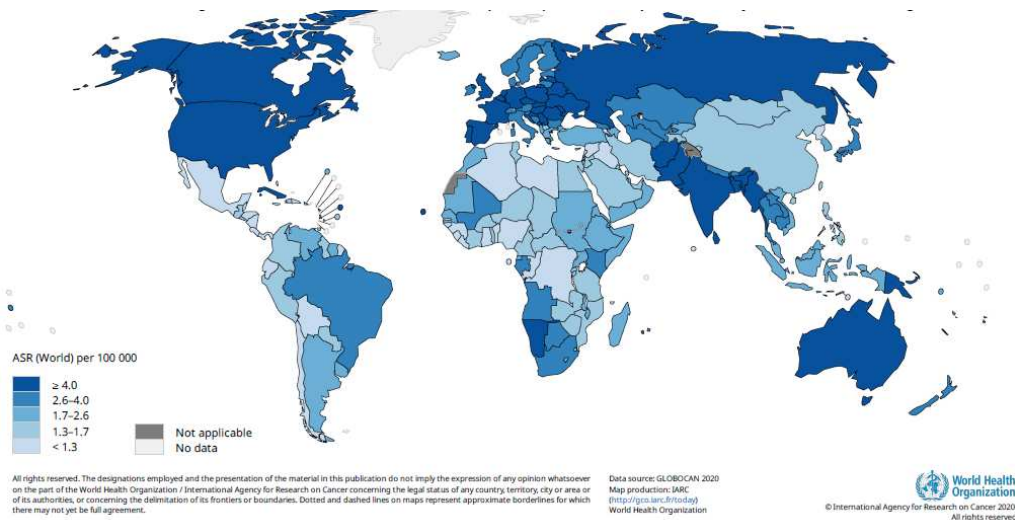


Figura 1: Incidência do cancro oral mundial, dados de 2020. (Bray et al., 2018)

Embora o diagnóstico seja de fácil execução é muitas vezes feito tardiamente. (Montero & Patel, 2015; *Worldwide Cancer Data | World Cancer Research Fund International*, n.d.) Em Portugal, o diagnóstico da doença é quase sempre feito em estadios muito avançados, o que diminui a esperança de vida face aos que tem neoplasias em diagnósticos precoces. (Sousa et al., 2021) As áreas afetadas por ordem decrescente de frequência na cavidade oral são: língua, lábio, pavimento da boca, rebordo gengival, fundo do véstíbulo, mucosa jugal e o palato. (L. Santos & Teixeira, 2011)

O cancro oral pode ser assintomático ou sintomático. Inicialmente poderá ser assintomático, causando apenas algum desconforto da mucosa oral. Devido a este facto muitas das vezes leva a diagnósticos tardios, ou seja, em estadios mais avançados da doença. (Ramos & Ventura, 2018) O tipo de lesão mais predominante é uma úlcera infiltrada, outras (*Cancro Da Boca: Liga Portuguesa Contra o Cancro*, n.d.) As apresentações mais frequentes do cancro oral são: úlcera ou lesão ulcerada dura sobre a mucosa; lesão exofítica, sendo essa uma lesão dura; lesão infiltrativa, esta pode causar diminuição de mobilidade da língua, quando são diagnosticados por norma já são em estadios mais avançados; ausência de cicatrização do alvéolo após extração dentária; mobilidade dentária isolada sem causa conhecida; lesões com colorações, pigmentadas, brancas ou vermelhas; presença de adenopatias. (*Cancro Da Boca: Liga Portuguesa Contra o Cancro*, n.d.; L. Santos & Teixeira, 2011)

O carcinoma pavimento-celular (CPC) ou carcinoma espinocelular ou epidermoide (CE) é considerada a neoplasia maligna mais frequente da mucosa em relação às restantes neoplasias cabeça e pescoço, tendo uma incidência de 90% quando comparado com a totalidade da região. (Dias Caldeira et al., 2021a; Mendes De Freitas et al., 2016; Montero & Patel, 2015; Ramos & Ventura, 2018b; L. Santos & Teixeira, 2011) Este tipo de carcinoma é o mais frequente tipo histológico da neoplasia oral. (L. Santos & Teixeira, 2011)

Os casos do cancro oral têm decrescido, através da promoção de rastreios e do conhecimento de fatores de risco, no entanto, os casos do carcinoma da orofaringe têm vindo a aumentar, principalmente em pacientes de idades mais jovens, por infeções com o vírus HPV. Segundo estudos, a perspetiva é de aumento de casos em ambos os sexos (figura 2).

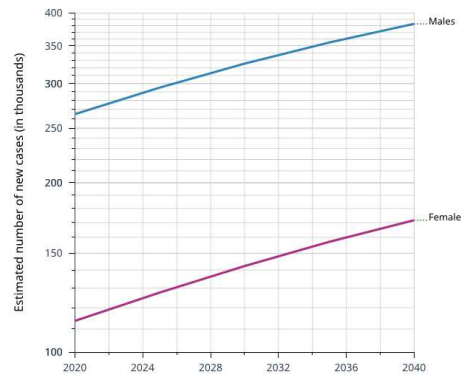


Figura 2: Previsão de novos casos desde 2020 até 2040 no sexo feminino e no masculino. (World Cancer Research Fund International, 2020)

Os carcinomas associados ao HPV apresentam características diferentes tal como: maior carga ganglionar, demonstram-se ser mais cooperativos à terapêutica, ou seja, com melhor resposta terapêutica, e consequentemente, melhor prognóstico (figura 3), no entanto, apresentam mais adenopatias que os carcinomas do pavimento celular sem associação ao HPV. Os casos de carcinomas por infeção viral ao HPV encontram-se em pacientes com idades mais jovens, com idades inferiores aos 40 anos, pela exposição ao risco, como a atividade de sexo oral. (Laura Q.M. Chow, 2020; Ramos & Ventura, 2018a)

O aumento da prevalência dos carcinomas da orofaringe pela infeção do HPV demonstrou-se ser mais comum no sexo masculino e principalmente caucasianos. (Braakhuis et al., 2014) Segundo estudos, o HPV 16 é o que está mais associado ao

carcinoma da orofaringe apresentando-se nas seguintes localizações: amígdalas e base da língua. (L. Santos & Teixeira, 2011)

A nível da evidência científica tem se constatado que existem duas proteínas E6 e E7 codificadas pelo vírus que contribuem para a carcinogénese. A E6 promove a degradação do produto do gene supressor p53 do tumor e a E7 promove a degradação do produto do gene tumoral pRb, causando degradação do controlo do ciclo celular. (Rivera, 2015; L. Santos & Teixeira, 2011) O prognóstico é mais favorável para pacientes com cancro orofaríngeo positivo para HPV, estes têm melhores respostas à quimioterapia e à radioterapia (Laura Q.M. Chow, 2020)

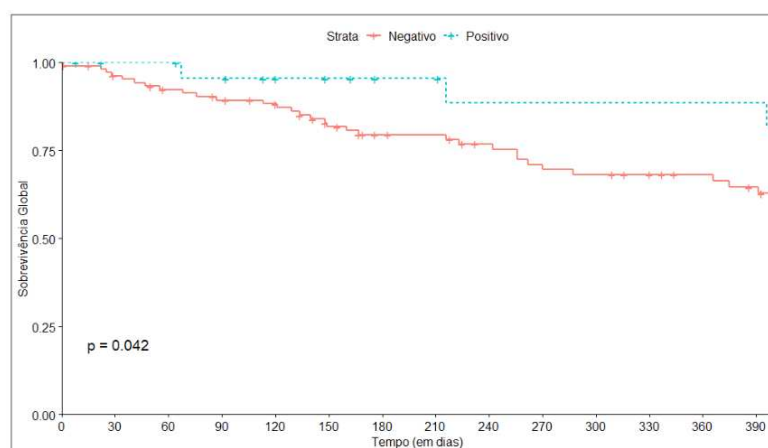


Figura 3: Sobrevivência global em função da presença de HPV 16 ($p = \log \text{rank}$). (Sousa et al., 2021)

2.1 Biologia

O cancro da cabeça e pescoço apresenta inúmeras anomalias genéticas e estas têm influência no comportamento do tumor. Estas alterações podem ter um papel importante na descoberta de novos tratamentos. (Gleich & Salamone, 2002; Mendes De Freitas et al., 2016)

O cancro é um processo de cancerização de células. Este processo divide-se em 4 fases, sendo elas as seguintes: iniciação, promoção, transformação maligna e progressão. Neste último processo enquadra-se a invasão e a metastização da neoplasia. A iniciação decorre através da interação dos agentes carcinogénicos com o DNA das células da mucosa oral, causando assim uma alteração irreversível. Nesta fase as células ainda não malignizaram. Na promoção as células provenientes do processo anterior ao dividirem-

se levam lesões do DNA que promovem a acumulação promovendo a malignização, levando à perda do controlo fisiológico e das atividades biológicas. As alterações seguintes possibilitam que as células malignas invadam os tecidos circundantes, originando metástases. Esta transformação maligna permite a realização do diagnóstico. (L. Santos & Teixeira, 2011)

Segundo a base da biologia do cancro no organismo saudável adulto, este ocorre através de inúmeras divisões celulares, comutando redes moleculares controlando por sua vez, a proliferação, diferenciação e morte celular. Em cada divisão surge a possibilidade de interação com vários fatores cancerígenos ambientais podendo resultar em células tumorais. Estas células possuem uma autonomia que pode descontrolar o seu crescimento e desenvolvimento. Estas células acabam por ter um crescimento descontrolado e um número superior de divisões quando comparadas com as normais. (Hejmadi, 2010)

As anomalias genéticas têm contribuído para estudos na descoberta de terapias genéticas. Esta terapia genética é um processo no qual se introduz material genético nas células malignas para causar uma regressão tumoral. Este material introduzido pode substituir os genes mutantes, ou pode convertê-los em agentes anti-neoplásicos, ou ainda, levar à morte das células cancerígenas. (Gleich & Salamone, 2002) Um gene mutante pode levar à resistência de tratamentos habituais a estas neoplasias, tais como a radioterapia e a quimioterapia, diminuindo a taxa de sobrevivência. (Matos et al., 2022)

2.2 Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço

O Cancro da Cabeça e do Pescoço (CCP) em 2018 foi considerado o sétimo tipo de cancro mais comum em todo o mundo e abrange um conjunto variado de tumores malignos que afetam o trato aerodigestivo superior. (Laura Q.M. Chow, 2020; Sung et al., 2021)

O carcinoma oral (CO), em Portugal, é frequente, apresentando uma elevada taxa de mortalidade. (Oliveira et al., 2017)

Os carcinomas orais têm maior prevalência no sexo masculino, principalmente nas faixas etárias acima dos 45 anos, ou seja, na 5ª década de vida, sendo que existe um aumento considerável até aos 65 anos. (Dias Caldeira et al., 2021b; Vidal De Souza Torres et al., 2016)

Nas últimas décadas, o número de casos de cancro oral tem vindo a aumentar no sexo feminino, uma vez que cada vez mais este sexo não predominante na doença tem vindo a praticar os fatores de risco para esta neoplasia. (Dias Caldeira et al., 2021b) Embora venham a diagnosticar-se cada vez mais doentes com a neoplasia no sexo feminino, o sexo masculino continua a ser o predominante, principalmente em homens caucasianos. (Vidal et al., 2016)

Esta patologia pode diminuir a sua incidência abstendo-se dos fatores de risco, tais como o tabaco e álcool, uma vez que estes são considerados os principais. Segundo vários estudos, estes dois fatores de risco encontram-se presentes em cerca de 90% dos casos diagnosticados como sendo cancro oral. (Laura Q.M. Chow, 2020; Rivera, 2015)

Nos Estados Unidos da América (EUA) o CCP constitui cerca de 3% de todos os cancros, sendo responsável por cerca de 1.5% de todos os óbitos por cancro. As localizações mais comuns são a cavidade oral e orofaringe. (Laura Q.M. Chow, 2020) Ao passo que o cancro oral tem apresentado valores decrescentes, o cancro da orofaringe tem aumentado, principalmente como consequência do HPV em pacientes mais jovens entre 10 e os 30 anos devido ao sexo oral. (Laura Q.M. Chow, 2020)

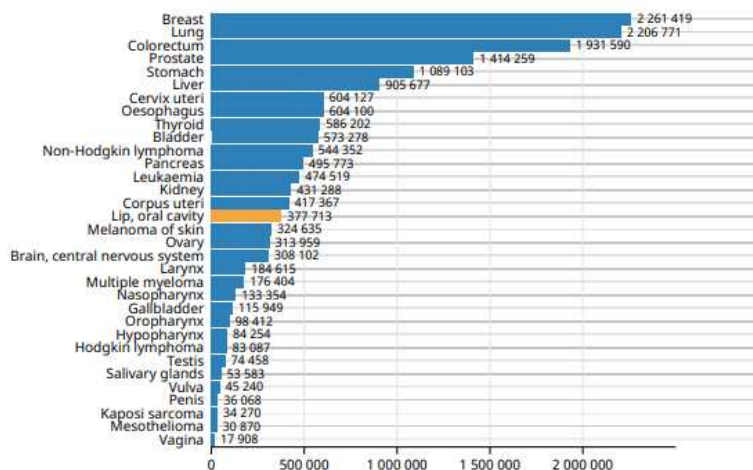


Figura 4: Número de novos casos de cancro oral de 2020. (World Cancer Research Fund International, 2020)

O prognóstico e as opções terapêuticas multidisciplinares para pacientes com CCP variam, mediante os fatores etiológicos, localização anatómica e estadió da doença, devido à elevada heterogeneidade de tumores malignos evidenciados nesta região. (Laura Q.M. Chow, 2020; Seoane et al., 2012)

O diagnóstico feito tardiamente muitas vezes advém da falta de informação do paciente e do desconhecimento para a realização de autoexame. O fator importante para este diagnóstico tardio passa pela inconsciência de quais os principais fatores de risco. (Vidal De Souza Torres et al., 2016)

O diagnóstico precoce do cancro oral ajuda a reduzir a taxa de mortalidade e morbidade. Esta neoplasia quando é diagnosticada tardiamente pode ser mortal, no entanto a mesma pode ser prevenida. A prevenção da doença oncológica assenta na sensibilização da população para os principais fatores de risco, promoção de saúde oral, ensino para o autoexame e realização de rastreios de cancro oral. (Ramos & Ventura, 2018a; Vidal De Souza Torres et al., 2016)

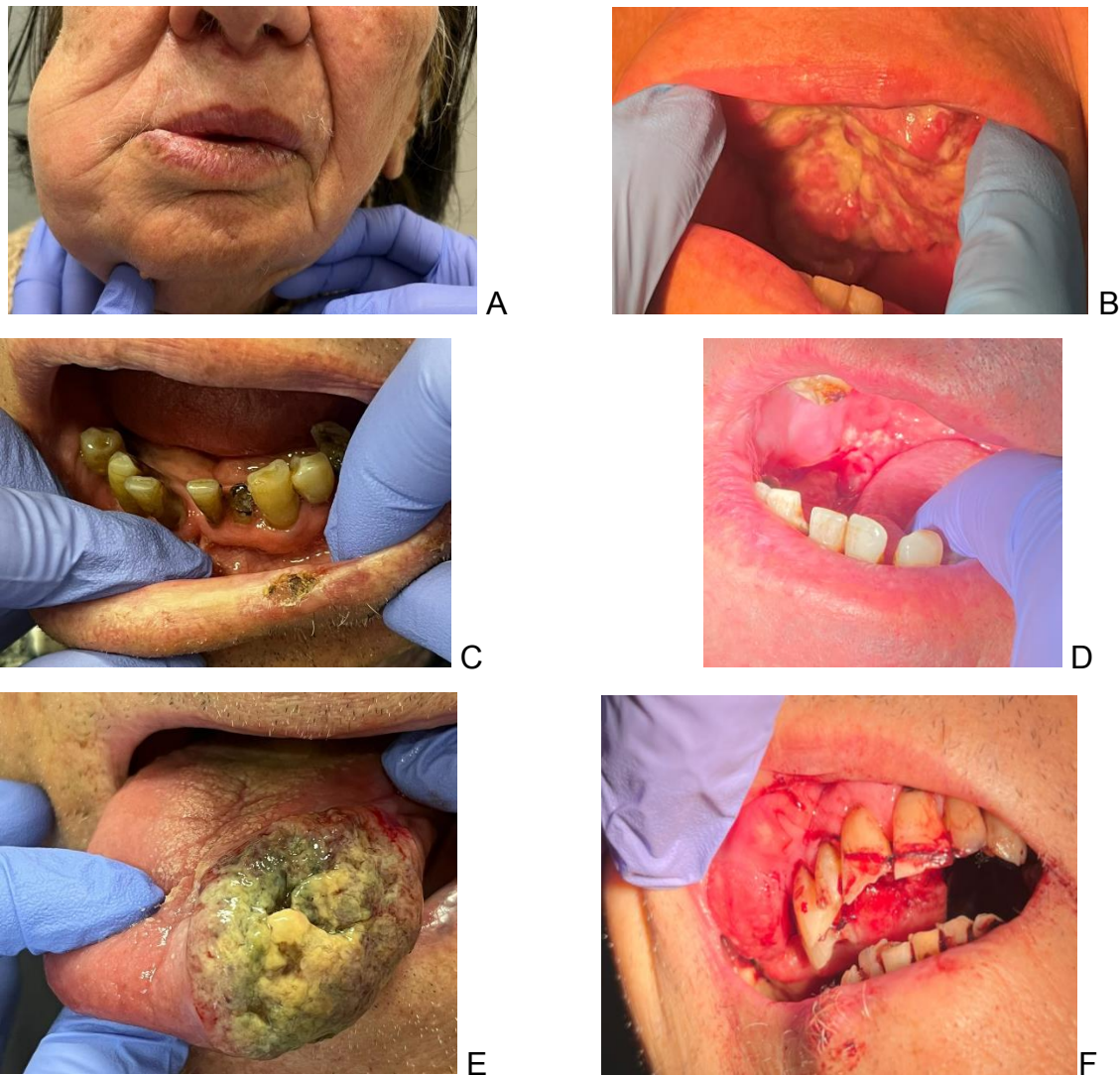


Figura 5: Sinais e sintomas dos pacientes que entraram no estudo: (A) Apresenta adenopatias; (B) Lesão exofítica; (C) Úlcera; (D) Leucoplasia associada a carcinoma; (E) Lesão exofítica; (F) Carcinoma invasivo (infiltrativo). (fotografia da minha autoria)

2.2.1 Impacto na cavidade oral

As doenças orais são consideradas um problema de saúde pública. Estas doenças são referidas como um grupo patológico distinto com a sua própria etiologia, com diferentes opções de prevenção, cuidados e reabilitação. As doenças e condições da cavidade oral incluem cáries não tratadas de dentes decíduos ou permanentes, doença periodontal grave, edentulismo e cancro da cavidade oral incluindo os lábios. Para além destas doenças referidas anteriormente existem também doenças sistémica as quais tem repercussão na saúde oral, sendo estas: metabólicas, como os diabetes, alergias e imunológicas incluindo a infeção pelo HPV e HIV, infeções virais, fúngicas e bacterianas, doenças da mucosa oral, desgaste e erosão dentária, impacto pelos excessos de tabaco, álcool e de estupefacientes, malformações congénitas do esmalte, lesões quísticas, tumores odontogénicos ou não odontogénicos e doenças das glândulas salivares. Cada uma destas doenças referidas é considerada um problema significativo a nível de saúde pública. (Botelho et al., 2022; Vidal De Souza Torres et al., 2016)

As doenças oncológicas, devido ao seu aumento, apresentam relevância quanto ao impacto social e global pelos custos económicos, pela causa de morbilidade, mortalidade e acima de tudo pela prevenção, tratamento e reabilitação. O cancro é uma doença com um enorme impacto social pela sua incidência e mortalidade. (Silveira et al., 2012)

As necessidades de saúde oral dos pacientes com CCP podem ser complexas, muitas vezes são abordadas por equipas multidisciplinares. No caso de tumores mais avançados a situação requer consultas multidisciplinares, desde o cirurgião ao terapeuta da fala. (Montero & Patel, 2015)

2.2.1 Incidência e Prevalência

A incidência e prevalência do cancro oral a nível geográfico está diretamente relacionada com a exposição aos fatores de risco, e com as suscetibilidades genéticas, figura 6. (Ramos & Ventura, 2018a)

A incidência tem vindo a aumentar nos últimos 23 anos, com cerca de 0.7% no sexo masculino e 1.8% no sexo feminino. O número de casos tem vindo a diminuir no sexo masculino, já no sexo feminino tem vindo a ser constante, figura 7. (Braakhuis et al., 2014; Sousa et al., 2021)

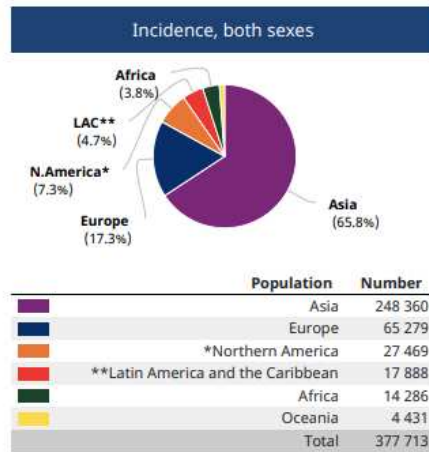


Figura 6: Incidência do cancro oral. IARC 2020. (Lip, Oral Cavity, 2020)

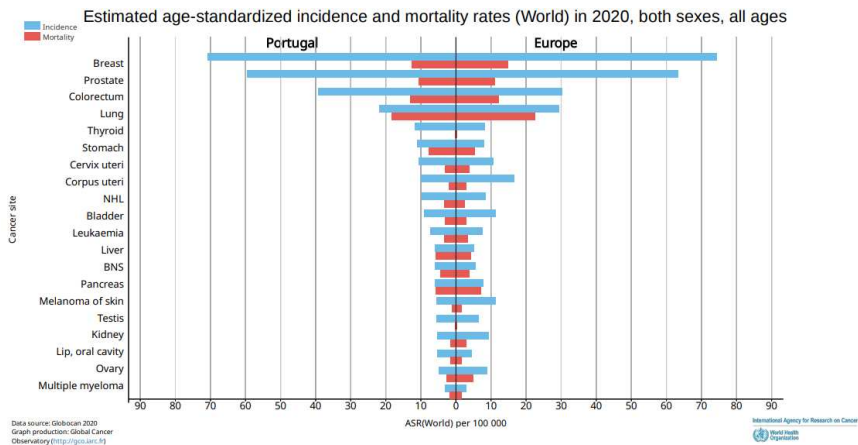


Figura 7: Estimativas da incidência e mortalidade em Portugal relacionando com o geral da Europa, em todas as idades. (Lip, Oral Cavity, 2020)

2.2.2.1 Fatores de risco

O termo fator de risco abrange um grande número de definições, contudo, é mais utilizado em epidemiologia e bioestatística como forma de apresentação de medidas estatísticas e desfechos clínicos. (Anunciação, 2021)

A exposição aos fatores de risco aumenta a suscetibilidade para a doença. Os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento de CPC são o tabaco e o álcool. Estes fatores são independentes, no entanto têm uma ação sinérgica, para além dos agentes carcinogénicos presentes em bebidas alcoólicas, o álcool combinado com o tabaco serve como solvente aos agentes cancerígenos, aumentando assim a

permeabilidade das membranas mucosas aos agentes tóxicos. (Mendes De Freitas et al., 2016; Ramos & Ventura, 2018a)

O álcool atua como fator de risco tanto a nível local como sistémico. Atua a nível local aumentando a permeabilidade da mucosa oral, dissolvendo componentes lipídicos do epitélio levando a atrofia epitelial, por fim, interferindo por fim na síntese de DNA. Atua a nível sistémico apresentando genotoxicidade e outros efeitos mutagénicos conduzindo a uma diminuição do fluxo salivar e causando maior suscetibilidade para infeções e neoplasias. (Mendes De Freitas et al., 2016; Rivera, 2015)

O tabaco é considerado um dos principais fatores associados ao cancro oral, tendo uma relação direta com a intensidade e a duração do hábito. (Mendes De Freitas et al., 2016; Rubens et al., 2021) O tabaco apresenta por volta de 60 agentes carcinogénicos tais como: benzopirenos, aldeídos voláteis, nitrosaminas e compostos inorgânicos. (Mendes De Freitas et al., 2016; L. Santos & Teixeira, 2011) O uso de charuto e cachimbo apresenta maior risco de desenvolvimento de cancro oral que o cigarro de nicotina normal. Em países do oriente, como a Índia, é costume colocarem o cigarro invertido, ou seja, a ponta acesa para dentro da boca, o que incrementa o risco de neoplasias orais. Este risco advém da intensidade de combustão do tabaco adjacente aos tecidos da cavidade oral, como o palato e a língua. Seja qual for o tipo de hábito tabágico que apresente, existe sempre uma relação entre o tempo e a dose dos produtos cancerígenos para o desenvolvimento da neoplasia. Um paciente que fume cachimbo além de apresentar um elevado risco de cancro oral, este tem uma predileção pelo carcinoma epidermoide do lábio inferior. (Ragezi et al., 2017) O mascar de areca ou nós betel favorece o aparecimento de cancro oral. (“FDI Policy Statement on Oral Cancer: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand,” 2016) A cessação tabágica reduz o risco de CO 50% em 5 anos e dez anos após a cessação, o risco de ex-fumador aproxima-se do não fumador. (Warnakulasuriya, 2009)

Um outro fator de risco com elevada importância é a nível viral, nomeadamente pelo vírus Epstein-Barr (EBV) e pelo vírus do papiloma humano (HPV). O EBV está ligado ao carcinoma indiferenciado de nasofaringe, enquanto o HPV está ligado ao CPC da orofaringe. (Ramos & Ventura, 2018a)

Os pacientes com HPV apresentam resultado positivo ao HPV, tem maior probabilidade de doença ganglionar, ou seja, frequentes adenopatias cervicais, no entanto, têm melhor resposta à terapêutica e, por sua vez, melhor prognóstico. As amígdalas

palatinas são a região mais frequente, em seguida a base da língua (Laura Q.M. Chow, 2020; Ramos & Ventura, 2018)

O alcoolismo está associado a má nutrição, em déficit das vitaminas E e C, betacarotenos e flavonoides. (Ramos & Ventura, 2018a)

O sexo masculino apresenta essencialmente fatores de risco nutricionais, devido a dietas pobres em vitaminas e ferro, bem como síndrome Plummer-Vinson. (L. Santos & Teixeira, 2011)

A continuidade após o diagnóstico da neoplasia leva a um desenvolvimento de pior prognóstico. (Ramos & Ventura, 2018a)

A associação a traumatismo crônicos apresenta-se como fator de risco, como por exemplo, próteses mal-adaptadas. Este fator de risco é sobretudo conhecido e estabelecida relação para o carcinoma da mucosa oral, em que uma inflamação crônica pode evoluir para cancro. Este fator de risco leva a lesões pré-malignas, ou com potencial de malignidade que evoluem para lesões malignas invasivas. (Ramos & Ventura, 2018a)

2.2.2.2 Sobrevivência

Embora os avanços científicos dos tratamentos sejam muitos, a taxa de sobrevida aos 5 anos de CO é de 55%. Esta taxa altera-se consoante o intervalo de tempo decorrido desde o aparecimento da lesão até ao seu diagnóstico. No caso de diagnóstico tardio a taxa de sobrevida é cerca de 30%, se for diagnosticado precocemente é cerca de 80%, como no caso do carcinoma do lábio por ter fácil visibilidade (Mano Azul et al., 2014)

3. Papel do Médico Dentista

O Médico Dentista tem um papel relevante na deteção precoce de lesões na cavidade oral. Este tem como objetivo primário a prevenção de patologia oral, para isso deve consciencializar os pacientes para a mesma, quais os fatores de risco e como prevenir. (Luiz et al., 2020; Mathew et al., 1995) Deve enquadrar e orientar o paciente para a realização de autoexame. (“FDI Policy Statement on Oral Cancer: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand,” 2016)

A prevenção primária do CO passa essencialmente pelo conhecimento dos fatores de risco de forma a acabar com os mesmos. (“FDI Policy Statement on Oral Cancer: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand,” 2016) Começa por educar os pacientes sobre os fatores de risco, ajudar na cessação tabágica e na diminuição de consumo de álcool. Esta redução de hábitos prejudiciais leva a que haja uma diminuição da probabilidade de um segundo tumor em pacientes com CO. A prevenção secundária acontece quando a doença está num estadio inicial, consistindo em rastreios para a deteção precoce de lesões pré-malignas e neoplasias malignas em estadios iniciais. (Warnakulasuriya, 2009)

O Médico Dentista tem uma grande responsabilidade em detetar precocemente lesões passíveis de malignizar. Deve tratar e observar a boca do paciente por forma a garantir uma melhor qualidade de vida. (Pinto et al., 2022)

3.1 Diagnóstico e Meios Complementares de diagnóstico

O diagnóstico assume um papel importante no prognóstico do cancro oral. O diagnóstico precoce tem como objetivo diminuir a sua incidência e melhorar a esperança de vida. O principal objetivo é evitar a doença, prevenindo-a. (Mano Azul et al., 2014)

Para se proceder ao diagnóstico precoce, é necessário que os pacientes façam consultas de rotina pelo menos uma vez por ano com o Médico Dentista, para se proceder ao rastreio na deteção precoce de lesões pré-malignas ou mesmo neoplasias malignas. (Langevin et al., 2012)

A radiologia apresenta um papel fundamental para o diagnóstico e para o estadiamento da doença. Embora, o diagnóstico seja clínico, a radiologia apresenta importância para o diagnóstico principalmente em pacientes com lesões exofíticas obstrutivas que impeçam a passagem do endoscópio, em casos de pacientes com trismos e em pacientes intolerantes à laringoscopia. Para o estadiamento, a análise de imagem possibilita a avaliação da extensão local do tumor primitivo tanto em profundidade, extensão ganglionar, como também a nível de metástases. A radiologia assume um papel importante para a avaliação do estadio do cancro, segundo a classificação TNM (Tumor Node Metastasis). (Ramos & Ventura, 2018)

Um diagnóstico para ser definitivo deve incluir o exame histológico, através de biópsia. (L. Santos & Teixeira, 2011)

3.2 Autoexame

Autoexame: Como fazer, exemplificação num paciente pelo Médico Dentista



Figura 8: Avaliação clínica da cavidade oral e do pescoço. Sequência usada no autoexame intraoral, paciente (fotografia da minha autoria)

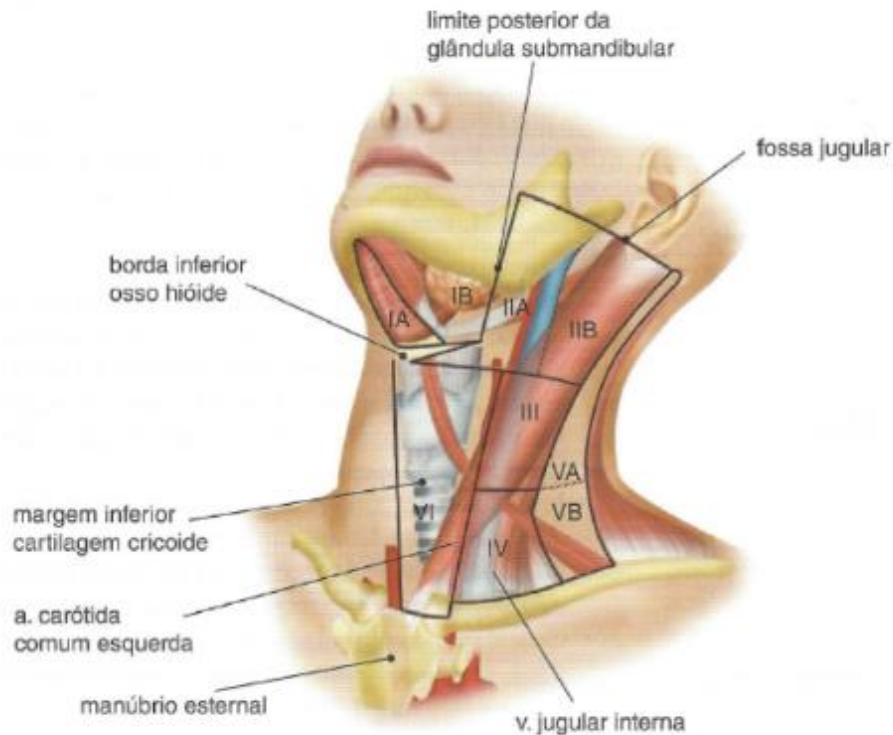


Figura 9: Localização esquemática dos grupos de Gânglios Linfáticos do pescoço; (IA) Gânglios submentoiário; (IB) Gânglios Submandibulares; (IIA, IIB) Gânglios Jugulares superiores; (III) Gânglios Jugulares médios; (IV) Gânglios Jugulares inferiores; (VA, VB) Gânglios do Triângulo Posterior; (VI) Gânglios do compartimento anterior; (VII) Embora não esteja representado na figura, este nível inclui os Gânglios Infraclaviculares e Mediastínicos Anteriores. (Montero & Patel, 2015)

3.3 Lesões Potencialmente Malignas

As lesões potencialmente malignas (LPM) ou pré-malignas são lesões epiteliais que se apresentam clinicamente por lesões leucoplásicas homogênicas ou heterogênicas como o caso de leucoplasia nodular, eritroleucoplasia ou leucoplasia verrucosa. Estas lesões a nível histológico correspondem a hiperqueratoses e a displasia (Montero & Patel, 2015; Ramos & Ventura, 2018a)

Muitas vezes o cancro começa através de lesões pré-malignas com diagnóstico tardio e que quando são diagnosticadas estão num estado avançado. Estas lesões caracterizam-se pela sua capacidade de transformação em carcinomas orais. Como exemplos destas lesões temos leucoplasia, eritroleucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa entre outras. O diagnóstico precoce de lesões com potencial de malignidade ou de neoplasias num estadio inicial é crucial para os eventuais tratamentos serem

possivelmente mais conservadores e aumentar a sobrevida, por forma a permitir melhor qualidade de vida ao paciente. (L. Santos & Teixeira, 2011)

A leucoplasia apresenta clinicamente lesões brancas (“manchas” ou “placas brancas”), a eritroplasia apresenta lesões vermelhas e a eritroleucoplasia apresenta lesões brancas e vermelhas. Destas lesões 16% a 62% transformam-se em malignas e com eventual desenvolvimento em carcinoma espinocelular. (Montero & Patel, 2015) A taxa de transformação de malignidade é de 2% a 6% por ano para a leucoplasia homogénica e de 50% por ano para a leucoplasia heterogénica. Estas percentagens tendem a aumentar com o tempo de evolução da lesão e com a idade. O sexo feminino tem maior probabilidade das lesões precursoras se transformarem em malignas. (Ramos & Ventura, 2018a)

Estudos demonstram que o tratamento ideal para as LPM é cirúrgico, no entanto, cerca de 20% a 30% evoluem para cancro oral. (Lorini et al., 2022) Estas lesões devem ser vigiadas para o caso de evoluírem para cancro oral e poderem ser diagnosticadas precocemente. (Trancoso & Azul, 2013)



Figura 10: Leucoplasia (fotografias da minha autoria, paciente do IPOLFG).



Figura 11: Eritroleucoplasia (fotografia da minha autoria, paciente do IPOLFG)

4. Terapêutica

O tratamento do cancro em geral depende principalmente do estadio da doença. (Laura Q.M. Chow, 2020)

A opção terapêutica do carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço é feita por uma equipa multidisciplinar por forma a decidir qual o melhor tratamento em função do quadro clínico, localização tumoral e possível abordagem cirúrgica. (Montero & Patel, 2015)

No planeamento do tratamento têm de se ter em conta algumas considerações individuais dos pacientes como a idade e estado geral de saúde, para posteriormente decidir se o objetivo é cura ou controlar a doença através de cuidados paliativos. (Laura Q.M. Chow, 2020) Na maioria dos casos é utilizada a cirurgia de forma ressecável do tumor, usando como adjuvante ou isoladamente a radioterapia e/ou quimioterapia. (*Cancro Da Boca : Liga Portuguesa Contra o Cancro*, n.d.; Montero & Patel, 2015) Alguns tratamentos podem envolver terapêutica hormonal ou biológica. Em adição ao plano de tratamento pode ser necessário envolver o uso de transplante de células estaminais (indiferenciadas) para o doente poder receber doses mais elevadas, tanto de quimioterapia como de radioterapia. (*Cancro Da Boca : Liga Portuguesa Contra o Cancro*, n.d.)

O tratamento ideal pretende ser o mais conservador possível, preservando a estrutura e função do órgão, mantendo ou melhorando a qualidade de vida. (Laura Q.M. Chow, 2020) Os tratamentos mais usados para lesões malignas da cabeça e pescoço são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Primeiramente efetuam-se tratamentos centrados nas células alvo, que atuam a nível loco-regional da neoplasia através da cirurgia e da radioterapia. Em situações em que a doença está mais avançada realiza-se tratamento a nível sistémico como a quimioterapia e fármacos que atuam em moléculas específicas. Em lesões classificadas em estadios menores (T1 e T2), ou seja, com diagnósticos precoces, o tratamento surge como sendo loco-regional, mantendo e preservando a estrutura e a função do órgão afetado pela doença. Em estadios mais avançados como (T3 e T4), em que a doença está disseminada, apresenta grandes proporções com metástases, podem ser utilizados os quatro tratamentos acima mencionados. A escolha do tratamento é efetuada com o objetivo de cura, tomando cuidado com o quadro clínico de saúde geral do paciente. O tratamento escolhido é o que

preserva e proporciona a melhor qualidade de vida para o paciente. (Ramos & Ventura, 2018a; L. Santos & Teixeira, 2011)

Antes do início de qualquer abordagem terapêutica devem ser tomadas medidas adjuvantes, como a reabilitação tanto protética como da fala, por forma manter ou melhorar a qualidade de vida. (Laura Q.M. Chow, 2020; Montero & Patel, 2015)

4.1 Terapêutica Cirúrgica

O tratamento cirúrgico pode ser usado isoladamente ou associado à radioterapia como também à quimioterapia, com base no prognóstico da doença. Após a cirurgia faz-se análise histológica e no caso de existirem margens positivas associam-se tratamentos adjuvantes mencionados anteriormente. (Montero & Patel, 2015; Ramos & Ventura, 2018a)

No caso de tumores malignos operáveis e ressecáveis, realiza-se a cirurgia primária ou a radioterapia primária. A abordagem cirúrgica é feita de acordo com a localização do tumor primário (amigdalectomia, hemiglossectomia e faringectomia), havendo esvaziamento ganglionar no caso de existir adenopatias. (Pedro, 2018)

Para pacientes com grande probabilidade de recidiva loco-regional como pT3, pT4, pN2 ou pN3, é indicado um tratamento pós-operatório baseado em radioterapia. Porém, esta em conjunto com a quimioterapia e cisplatina (agente antineoplásico), permite um melhor controlo da doença e aumenta a sobrevivência. No entanto, pode haver um aumento da morbilidade. (Montero & Patel, 2015)

4.2 Terapêutica Não Cirúrgica

4.2.1 Radioterapia

A radioterapia é um tratamento usado a nível tumoral onde são utilizadas radiações ionizantes. Este tratamento ao nível dos tumores da cabeça e pescoço está mais indicado em estadios iniciais. Pode ser usado isoladamente em estadios iniciais e em tumores ressecáveis ou também pode ser usada como adjuvante com a quimioterapia de radiosensibilização em estadios mais avançados. Este tratamento consiste em fazer incidir feixes de radiação no tumor, protegendo os restantes tecidos. Existem vários tipos de radioterapia, classificadas em externas ou internas. (L. Santos & Teixeira, 2011)

A braquiterapia é a radioterapia interna onde se utilizam substâncias ou fontes radioativas com a função de destruição do tumor. Pode envolver implantes com substâncias radioativas ou soluções líquidas (L. Santos & Teixeira, 2011)

4.2.2 Quimioterapia

A quimioterapia está indicada para tumores malignos em estadios mais avançados, nos tumores que não são ressecáveis, ou quando a doença se encontra disseminada ou recidivada. Os agentes tóxicos ativos neste tratamento são: a citoplastina, a carboplatina, o docetaxel, o irinotecano, a gentamicina, o metorotrexato, a paclitaxel, o pemetrexed e a vinorelbina. (L. Santos & Teixeira, 2011)

A quimioterapia apresenta efeitos adversos, tal como a mucosite grave. Este tratamento é doloroso e por isso só cerca de 60% a 70% da população submetida ao tratamento concluem o mesmo com o planeamento inicial, uma vez que este apresenta elevada toxicidade. (L. Santos & Teixeira, 2011) É considerado um tratamento de fácil administração, principalmente em indivíduos em cuidados paliativos. (O'Neill & Twelves, 2002)

4.2.3 Imunoterapia

Nos últimos anos a imunoterapia tem sido abordada como forma de combate ao cancro oral, com base na resposta do nosso sistema imunitário. (Chen et al., 2021)

No tratamento do cancro existem os anticorpos monoclonais isolados, um mecanismo contra as células cancerígenas. São ativados os linfócitos, normalmente os linfócitos T, por forma a aumentar a resposta. Este tratamento é já um tratamento bem-sucedido para alguns tumores malignos. (Mohan et al., 2019)

5. Impacto da terapêutica na cavidade oral

A terapêutica oncológica interfere com o estado de saúde geral do paciente, tornando-o mais frágil, física e psicologicamente e com menor imunidade, isto é, com baixas defesas. Embora a realização da terapêutica seja urgente o paciente deve fazer um *check-up* no Médico Dentista (MD), uma vez que se necessitar de fazer algum tratamento mais invasor a nível dentário após a terapêutica oncológica, interferirá na sequência de cuidados, tendo maior probabilidade de infeções. A radioterapia e a quimioterapia associadas originam efeitos adversos na cavidade oral como mucosite, cáries de radiação, disgeusia, xerostomia e infeções. (Novais, 2021)

Muitos pacientes após o tratamento efetuado, ficam com consequências do mesmo podendo estas ser: a diminuição de funções como beber, comer, engolir, falar e o aspeto físico. (Warnakulasuriya, 2009) A xerostomia é a sensação de boca seca, este é um dos efeitos secundários da radioterapia, causando mau estar no paciente, principalmente no que usa prótese oral. (Novais, 2021; Oliveira et al., 2017)

5.1 Cuidados antes, durante e pós tratamento

O MD deve fazer as exodontias até 14 dias antes da cirurgia e da radioterapia. (Maria de Moraes Ramos et al., 2005)

A maioria dos pacientes oncológicos tem uma saúde oral precária, muitas vezes associada a má higiene e outras vezes associada ao próprio tratamento oncológico. Antes do tratamento oncológico deverá ser feito um *check-up* dentário. Deverão ser extraídos todos

os dentes que necessitam. O MD deve promover uma boa saúde oral e minimizar os efeitos secundários dos tratamentos de forma a preveni-los. (Vieira et al., 2012)

Após tratamento oncológico o MD deve periodicamente eliminar a placa bacteriana e aplicar fluor, por forma a prevenir cáries secundárias. Não deve realizar exodontias no paciente durante cerca de 5 anos. Deve adotar uma política conservadora, como o caso de um tratamento endodôntico. (Correia dos Santos et al., 2013)

II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO

Este estudo tem como objetivo verificar se os fatores de risco condicionam significativamente a altura em que ocorre o diagnóstico do carcinoma oral. Pretende relacionar o diagnóstico precoce com a evolução da patologia, verificar o tempo de espera entre o início dos sintomas até à primeira consulta e o início de tratamento para posterior comparação do prognóstico entre o diagnóstico precoce e o tardio. Procura-se estabelecer uma ligação entre o diagnóstico precoce e tardio com a entidade programadora médica do encaminhamento.

São apresentadas duas hipóteses experimentais para este estudo. Considera-se como hipóteses nulas e alternativas as seguintes premissas:

Hipótese nula (H0):

- Os fatores estudados não estão significativamente associados aos carcinomas diagnosticados em estadios mais avançados (diagnóstico tardio).

Hipótese alternativa (H1):

- Pelo menos um dos fatores estudados está significativamente associado aos carcinomas diagnosticados em estadios mais avançados (diagnóstico tardio).

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações éticas

A presente investigação foi submetida à Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e ao Conselho Científico do Instituto Universitário Egas Moniz, obtendo os seus pareceres favoráveis; ao Concelho de Investigação do IPOFGL, obteve um parecer positivo à realização da mesma (Anexo 1), a 29 de março de 2023 através do processo interno UIC/1564, à Comissão de Ética do IPOFGL (Anexo 2) tendo sido aprovado e, por último, à Comissão de Ética da Cooperativa Egas Moniz (Anexo 3) 16 de junho de 2023 através do processo interno número 327/22 que aprovou em unanimidade a realização da presente investigação. No contexto de investigação, esta foi sempre conduzida segundo as regras da Declaração de Helsínquia. Este estudo garante o anonimato e a confidencialidade de todos os dados clínicos nele contidos. É salvaguardado o anonimato no tratamento e armazenamento dos dados. Os resultados do estudo não alteram nem interferem com o percurso clínico dos pacientes.

2. Tipo de estudo e local de realização

Este trabalho baseou-se num estudo observacional e comparativo. Foi realizado no IPOLFG.

3. Seleção da amostra

Doentes com carcinomas da cavidade oral com acompanhamento médico no IPOLFG. A amostra selecionada é constituída pelos casos de carcinomas da cavidade oral diagnosticada nos últimos 5 anos (desde 2018 a 2023) e seguidos no IPOLFG de Lisboa, diagnosticados durante as consultas do Professor Doutor Carlos Zagalo. Pretendeu-se através de um questionário obter dados relativos à idade, sexo do doente e fatores predisponentes (hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos), fatores socioeconómicos (rendimento anula, habilitações literárias) para a patologia.

A amostra foi constituída por 76 pacientes com carcinoma da cavidade oral, sendo que 3 deles foram absolvidos da investigação, uma vez que não possuíam todos os dados

necessários para a mesma e outro paciente não assinou o consentimento informado. A população amostra finalizou-se com 72 pacientes.

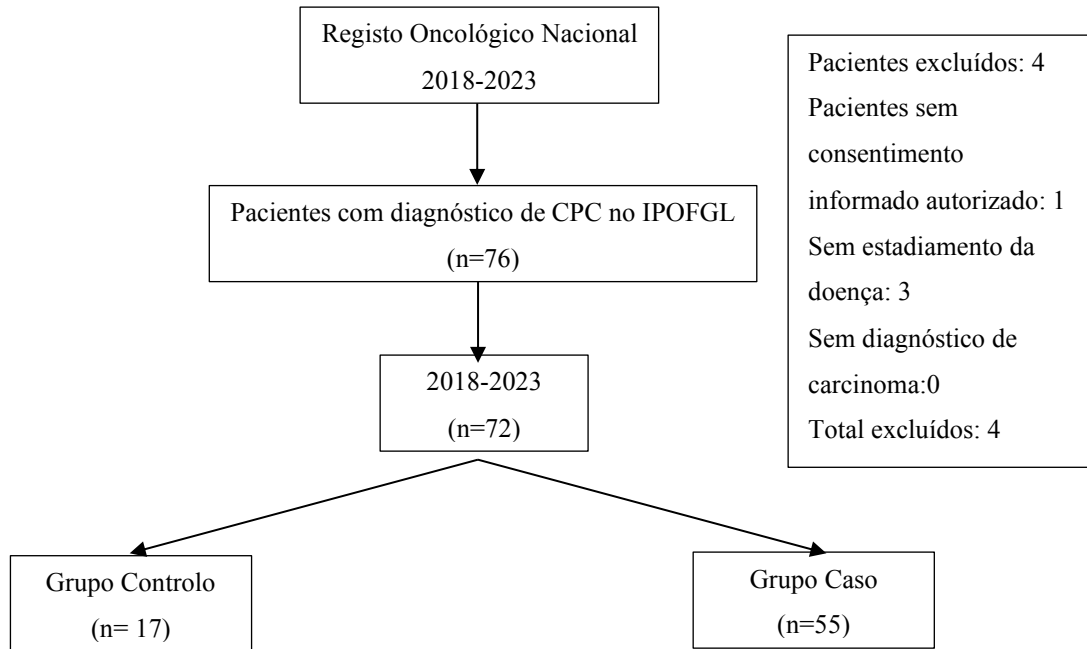


Figura 12: Fluxograma com a seleção dos pacientes com base nos critérios de inclusão e exclusão.

4. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 72 pacientes, sendo 23 mulheres e 49 homens com idades compreendidas entre 31 e os 93 anos.

4.1 São definidos os seguintes critérios de inclusão:

Doentes diagnosticados com carcinomas da cavidade oral nos últimos 5 anos (2018, 2019, 2020, 2021, 2021 e 2022), referenciados ao IPOFGL.

4.2 São definidos os seguintes critérios de exclusão:

Pacientes diagnosticados com todas as restantes patologias de cabeça e pescoço que não pertencem ao grupo da patologia carcinoma da cavidade oral e também diagnosticados anteriormente às datas referidas nos critérios de inclusão.

5. Recolha de dados

A recolha de dados foi dividida em 2 etapas, sendo estas:

- Aplicação do consentimento informado do IPOLFG e do questionário em formato digital em modo presencial;
- Observação do processo clínico dos pacientes em formato digital.

Os dados foram recolhidos por conveniência e padronizadamente nas consultas de cabeça e pescoço no IPOLFG em 72 pacientes com carcinomas da cavidade oral, com o diagnóstico da patologia feito entre os anos 2018 e 2023. Após a consulta foi preenchido um consentimento informado para a realização de um questionário e para a observação do processo clínico. Nos questionários foram analisados os seguintes dados: o sexo, a idade, fatores predisponentes para a patologia (hábitos tabágicos, alcoólicos, estado de saúde oral), fatores socioeconómicos (habilitações literárias e rendimento anual), sinais e sintomas da neoplasia. Relativamente à observação do Registo Oncológico Nacional (RON) serão analisados os seguintes dados: diagnóstico de doenças infectocontagiosas (infecções por HPV, HIV, entre outras), tratamentos efetuados após a realização do seu diagnóstico feito no IPOLFG tais como: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, braquiterapia entre outros.

6. Análise Estatística

A análise e avaliação estatística foi realizada através dos seguintes programas: *Microsoft Excel* e do *SPSS (Software Package for Social Sciences, versão 28)*.

Inicialmente fez-se a caracterização da população amostral, através de análises descritivas, por forma a distribuir a população pelo seu diagnóstico - precoce ou tardio. Para a caracterização, fizeram-se testes de hipótese consoante as variáveis independentes como: sexo, idade, habilitações literárias, rendimento anual, saúde oral, sinal e sintoma da doença, hábitos tabágicos e alcoólicos, encaminhamento para o IPOLFG, ano de diagnóstico em relação à época de COVID-19, consultas na área de Medicina Dentária e doenças ou comorbidades existentes, com a variável dependente Diagnóstico. Através deste teste avaliou-se a diferença de proporções para as variáveis independentes por forma a aferir a sua sensibilidade para o diagnóstico. Esta avaliação foi feita a nível individual.

Através dos testes de Qui-quadrado, *Mann-Whitney*, *Tau-b de Kendall* e *Kruskal-Wallis*, sempre que aplicáveis, avaliaram-se as hipóteses nulas, retendo-as ou rejeitando-as, através do resultado da significância. Testaram-se 4 variáveis ordinais (idade, habilitações literárias, rendimento anual e número de cigarros por dia). Neste modelo de avaliação um resultado significativo esteve associado a $(p) < 0.05$.

IV. RESULTADOS

A recolha amostral foi realizada durante o mês de maio e junho de 2023. Foram recolhidos dados de 76 pacientes, no entanto foram excluídos 4 pacientes, ficando com 72, como amostra final, devido à falta de dados para os critérios de inclusão.

Para análise de dados estatísticos desta investigação usou-se o programa SPSS, para um tratamento de dados adequado. A população válida para o estudo foi composta 72 pacientes.

1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 72 pacientes do IPOLFG, sendo 23 do sexo feminino e 48 do sexo masculino. As idades dos pacientes encontram-se no intervalo [31;93] anos. (Tabela1)

Tabela 1: Caracterização das idades dos pacientes

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade absoluta (anos)	72	31	93	68	68	12

A área de atuação do IPO é maioritariamente Lisboa e vale do Tejo, e a distribuição geográfica dos pacientes encontra-se no mapa seguinte. (Figura 13)

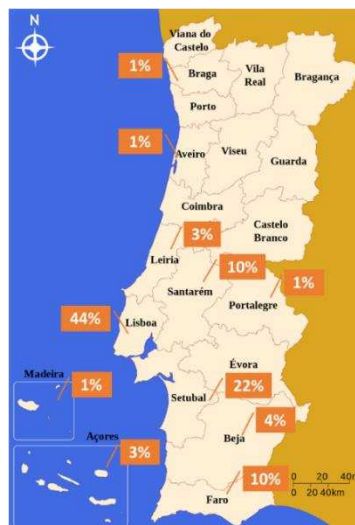


Figura 13: Mapa com distribuição geográfica por distrito dos pacientes do estudo.

1.1 Informações das variáveis categóricas

Na análise estatística da população amostral obteve-se resultados relacionados com o diagnóstico da doença, entre os anos 2018 e 2023.

Tabela 2: Caracterização da amostra

Variável dependente	Diagnóstico	Precoce	17	23.9%
		Tardio	55	76.4%
		Total	72	100.0%
Fator	Idade	Menos de 40 anos	1	1.4%
		Dos 40 anos aos 50 anos	1	1.4%
		Dos 50 anos aos 60 anos	18	25.4%
		Mais de 60 anos	51	71.8%
		Total	71	100.0%
	Género	Feminino	23	32.4%
		Masculino	48	67.6%
		Total	71	100.0%
	Habilitações	Nenhuma	4	5.6%
		ate 4º ano	23	32.4%
		5º ao 9º	16	22.5%
		10º ao 12º	19	26.8%
		Ensino superior	9	12.7%
		Total	71	100.0%
	Rendimento anual	0-5.000€	12	16.9%
		5.000-10.000€	27	38.0%
		10.000-20.000€	23	32.4%
		Mais de 20.000€	9	12.7%
		Total	71	100.0%
	Quantas vezes escova os dentes?	1 ou 2 vezes por mês	2	2.8%
		1 vez por ano	1	1.4%
		2 ou 3 vezes por semana	2	2.8%
		Menos de 1 vez por mês	2	2.8%
		Nunca	16	22.5%
		Todos os dias 2 ou 3 vezes por dia	33	46.5%
		Todos os dias, uma vez por dia	15	21.1%
		Total	71	100.0%
		1 ou 2 vezes por mês	5	7.0%

	Quantas vezes escova a língua?	1 vez por ano	1	1.4%
		1 vez por semana	1	1.4%
		2 ou 3 vezes por semana	4	5.6%
		Nunca	36	50.7%
		Todos os dias	24	33.8%
		Total	71	100.0%
	Tratamento reabilitador	Nenhum	42	59.2%
		Prótese acrílica	15	21.1%
		Prótese esquelética	3	4.2%
		Implantes	8	11.3%
		Prótese sob implantes	3	4.2%
		Total	71	100.0%
	Estado das gengivas	Bom	26	36.6%
		Muito bom	2	2.8%
		Muito mau	15	21.1%
		Razoável	28	39.4%
		Total	71	100.0%
	Quando?	Antes COVID-19	20	28.2%
		Durante COVID-19	16	22.5%
		Depois COVID-19	35	49.3%
		Total	71	100.0%
	Nº de cigarros	0 cigarros	27	38.0%
		Menos 10 cigarros	1	1.4%
		10 a 20 cigarros	14	19.7%
		Mais de 20 cigarros	29	40.8%
		Total	71	100.0%
	Hábitos alcoólicos	Não	20	28.2%
Sim		51	71.8%	
Total		71	100.0%	
Encaminhamento para o IPOLFG	Médico de Clínica Geral	19	26.8%	
	Médico Dentista	44	62.0%	
	Médico Dermatologista	3	4.2%	
	Médico Otorrino	5	7.0%	
	Total	71	100.0%	

Como variável dependente temos o fator diagnóstico, sendo que o que apresenta maior percentagem é o tardio representando 76,4%, ou seja, 55 pacientes. Com menor percentagem, o diagnóstico precoce com cerca de 23,9% equivalendo a 17 pacientes, estando numa proporção de 3,2:1. A variável idade encontra-se subdividida nos seguintes subtipos com as suas percentagens: “Menos de 40 anos” com um único paciente, tendo assim a percentagem de 1,4%; “Dos 40 anos aos 50 anos” com apenas um paciente, tendo

uma percentagem de 1,4%; “Dos 50 anos aos 60 anos” existem 18 pacientes, representando 25,4%; “Mais de 60 anos” encontram-se a maior dos pacientes, tendo 51/72, apresentando uma percentagem de 71,8 % da amostra total. Nestes 72 pacientes, 49 homens e 29 são mulheres, numa proporção de 2,13:1. A categoria de habilitações literárias dividiu-se consoante a sua escolaridade, sendo que a maioria se apresentou com escolaridade até ao 4º ano, com cerca de 32,4% (uma vez que se trata de população mais idosa), a população que tem pelo menos a escolaridade obrigatória correspondente aos dias de hoje é de 39,5%. Relativamente ao parâmetro rendimento anual, a maior percentagem da população amostra encontra-se abaixo do rendimento mínimo anual *per capita* correspondendo a 54,9%. Nas categorias que dizem respeito à saúde oral a nível da escovagem dos dentes a maior percentagem apresentou-se no subgrupo de “Todos os dias 2 a 3 vezes por dia” com 46,5%, já na escovagem da língua a maioria da amostra encontra-se no subgrupo “Nunca” com 50,7%. Relativamente ao estado das gengivas, a maioria considerou-as num estado “Razoável”. A nível da reabilitação a maioria da população 59,2% não apresentou nenhum tratamento reabilitador. Relativamente ao impacto do COVID-19 no diagnóstico, foram definidos 3 subgrupos, através da epidemia do COVID-19, os anos pertencentes ao subgrupo antes do COVID-19 são 2018 e 2019, os que pertencem ao subgrupo durante COVID-19 são 2020 e 2021 e por fim, os anos pertencentes ao pós-COVID-19 são 2022 e 2023. A maioria da amostra enquadrou-se no subgrupo pós-COVID-19 com 49,3%. A nível de hábitos sociais como o tabaco e o álcool, a maior parte da população enquadra-se nos subgrupos de risco sendo que 40,8% fumava mais de 20 cigarros por dia e 71,8% apresenta hábitos alcoólicos. No que diz respeito ao encaminhamento, a população enquadrou-se essencialmente no encaminhamento, a maioria foi pelo Médico Dentista, correspondendo a uma percentagem de 62,0%. (Tabela2)

2. Fatores que influenciam o diagnóstico

2.1 Sumarização dos Teste de Hipótese

Tabela 3: Sumarização do teste de hipótese.

Sumarização de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A distribuição de idade é igual nas categorias de Diagnóstico.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	0,694	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de habilitações é igual nas categorias de Diagnóstico.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	0,546	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Rendimento anual é igual nas categorias de Diagnóstico.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	0,008	Rejeitar a hipótese nula.
4	A distribuição de Quantos cigarros por dia? é igual nas categorias de Diagnóstico.	Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney	0,011	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância 0,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

No teste de Hipótese de *Mann-Whitney* avaliou-se a sensibilidade estatística em todas as categorias amostrais consoante o diagnóstico para posteriormente se efetuarem testes mais profundos. Foi elaborada uma avaliação relativamente a cada variável de forma independente. Esta avaliação foi feita por forma a caracterizar as variáveis da coluna esquerda como significantes para o diagnóstico ou não.

A idade em termos estatísticos não teve aparentemente significância no teste de U de *Mann-Whitney*, logo a idade não tem consequências no diagnóstico.

As habilitações literárias não tiveram diferenças significativas entre as duas distribuições do diagnóstico, ou seja, uma pessoa com mais habilitações literárias não lhe

concedeu nenhuma consequência no diagnóstico. Pessoas com cursos superiores estão em igualdade de diagnóstico com quem não tem nenhuma habilitação.

Na categoria rendimento anual observou-se diferenças significativas, ou seja, tem efeito no diagnóstico (tardio ou precoce). Esta é a variável a ser usada no modelo.

Relativamente ao número de cigarros constatou-se significância. Variável a manter no estudo de modelo. (Tabela 3)

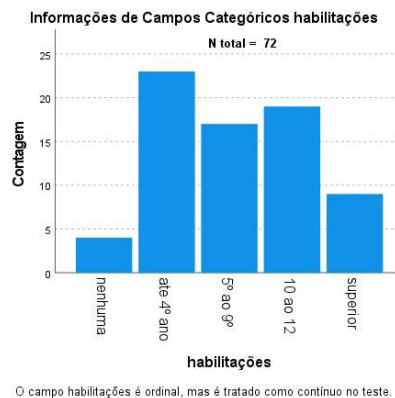


Gráfico 1: Informação categórica de habilitações literárias.

Na categoria de habilitações literárias a maioria dos pacientes apresentaram escolaridade obrigatória na atualidade, ou seja, até ao 12º ano é de 39,5%. (Gráfico 1)

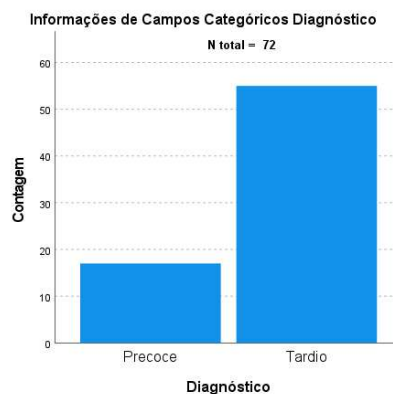


Gráfico 2: Informação categórica do diagnóstico.

A variável dependente caracteriza-se pelo diagnóstico, como sendo precoce ou tardio. No diagnóstico precoce enquadraram-se 17 pacientes e no diagnóstico tardio encontraram-se

55 pacientes, ou seja, na maioria dos pacientes o seu diagnóstico foi considerado como tardio. (Gráfico 2)

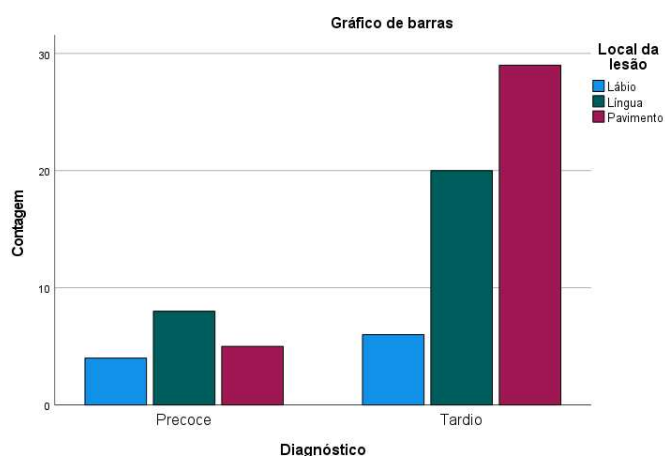


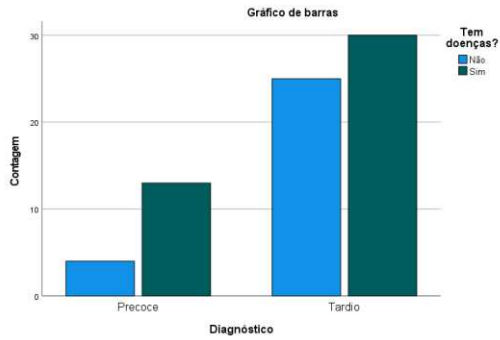
Gráfico 3: Local da lesão por diagnóstico.

O local da lesão na população da amostra não apresentou diferenças significativas. A relação entre a língua e o lábio não altera entre o diagnóstico precoce e o tardio. Contudo, há uma diferença significativa entre o diagnóstico precoce e o diagnóstico tardio para o pavimento, no entanto, sem suporte estatístico. Os resultados não foram conclusivos, pois devido a limitações do programa estatístico foi necessário agrupar as restantes localizações das lesões no pavimento da boca – mucosa oral, mucosa jugal, gengiva e cavidade oral. (Gráfico 3)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,379 ^a	2	0,304

Tabela 4: Teste estatístico - local da lesão e diagnóstico.

No pavimento pode haver uma diferença significativa e o teste não detetar, uma vez que, existem poucos pacientes classificados como diagnóstico precoce quando apresentaram lesão no pavimento. Após o cálculo do teste qui-quadrado observou-se que o local da lesão não apresenta significância para o diagnóstico, uma vez que $p = 0,186$ é maior que $p > 0,05$, sendo este o valor de referência. (Tabela 4)

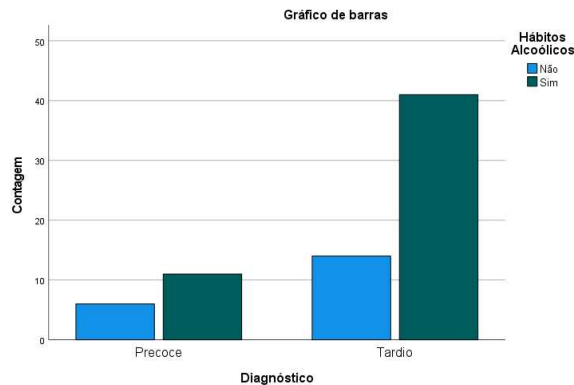


Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,595 ^a	1	,107

Gráfico 4: Doenças prévias por diagnóstico Tabela 5: Teste estatístico - doença prévia por diagnóstico.

Relativamente ao estudo da variável doença, observou-se que há mais pessoas com outras doenças para além de oncológicas. Conclui-se que no diagnóstico precoce existem mais pacientes com doenças, uma vez que, como vão ao médico com mais frequência devido ao cancro e também estão mais propícias a que o mesmo profissional de saúde faça outros diagnósticos de doenças. (Gráfico 4)

Observou-se que pacientes com comorbilidades tiveram maior tendência para o diagnóstico precoce ou tardio. Realizou-se o teste do qui-quadrado que demonstrou não haver diferenças significativas. (Tabela 5)



Teste qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	0,627 ^a	1	0,429
Correção de continuidade ^b	,22	1	,630

Gráfico 5: Hábitos alcoólicos por diagnóstico. Tabela 6: Teste estatístico - hábitos alcoólicos por diagnóstico.

Os hábitos alcoólicos tendem a ter a mesma proporção entre eles quer no diagnóstico precoce quer no tardio. (Gráfico 5) Os hábitos alcoólicos não apresentaram significância no diagnóstico, uma vez que apresentam $p = 0,429$ que é maior que $p > 0,05$, sendo este o valor de referência. (Tabela 6)

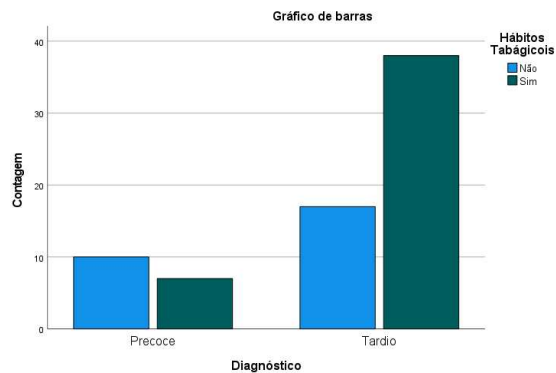


Gráfico 6: Hábitos tabágicos por diagnóstico.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	4,317 ^a	1	0,038

Tabela 7: Teste estatístico - hábitos tabágicos por diagnóstico.

Neste gráfico observou-se um contraste entre o hábito tabágico e a classificação do diagnóstico. Denotou-se que existe alguma uma predisposição dos pacientes que possuem hábitos tabágicos para o diagnóstico tardio. (Gráfico 6) Neste teste, observou-se a existência de significância na variável independente “hábitos tabágicos” com a variável dependente “diagnóstico”, uma vez que, $p = 0,38$ que é menor que $p > 0,05$. (Tabela 7)

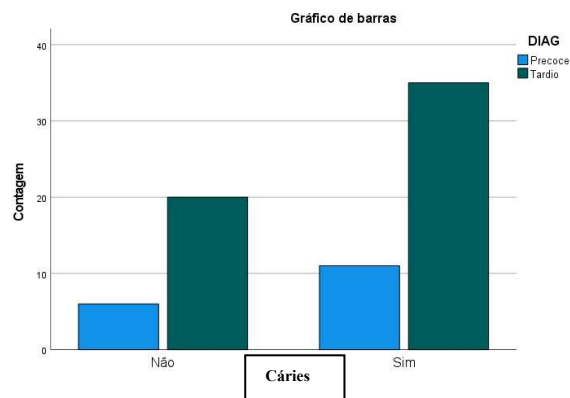


Gráfico 7: Presença de cáries por diagnóstico.

A proporção entre a presença de cáries consoante o diagnóstico não sofre grandes alterações quando não há presença de cáries. A nível estatístico a relação entre estas variáveis não foi significativa, uma vez que $p = 0,936$, ou seja, $p > 0,05$. (Gráfico 7)

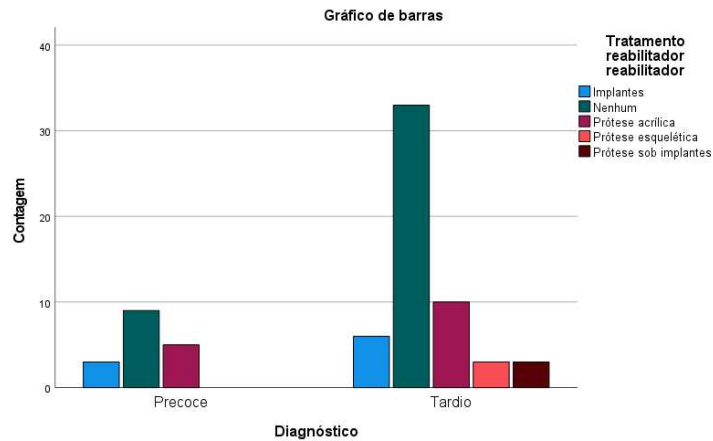


Gráfico 8: Tratamento reabilitador por diagnóstico.

Relativamente à reabilitação oral, é importante denotar que existe maior percentagem amostral com nenhum tratamento reabilitador presente, tanto no diagnóstico precoce, como no tardio. (Gráfico 8)

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,223 ^a	4	0,521

Tabela 8: Teste estatístico – tratamento reabilitador por diagnóstico.

Não se encontrou diferenças significativas do “diagnóstico” nas cinco classes do “Tratamento reabilitador”, visto que, $p = 0,521$, ou seja, $p > 0,05$. (Tabela 8)

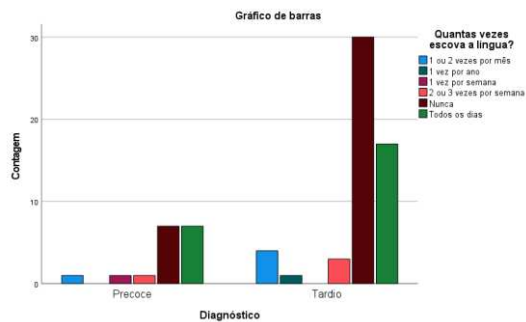


Gráfico 9: Higiene oral - língua, por diagnóstico.

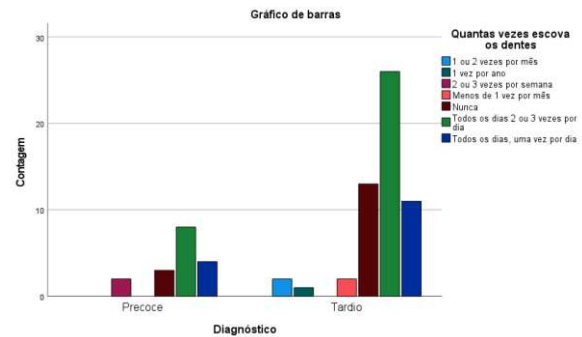


Gráfico 10: Higiene oral - dentes, por diagnóstico.

Relativamente à saúde oral tanto a variável de “escovagem dos dentes” como a “escovagem da língua” não demonstrou ter relação com o diagnóstico. Através deste gráfico de barras constatou-se que os pacientes que tinham diagnóstico tardio não faziam higienização da língua nem dos dentes, ou seja, no subgrupo “nenhum”, apresentando-se a maioria ter diagnóstico tardio. (Gráficos 9 e 10)

Tabela 9: Teste estatístico - higiene oral - língua, por diagnóstico

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	4,447 ^a	5	0,487

Tabela 10: Teste estatístico - higiene oral dentes, por diagnóstico.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,303 ^a	6	0,217

Não se encontraram diferenças significativas da variável “diagnóstico” entre as seis classes de “escovagem da língua”, também não se encontrou diferenças significativas entre a variável “diagnóstico” entre as sete “escovagem dos dentes”, uma vez que $p > 5\%$. (tabelas 9 e 10)

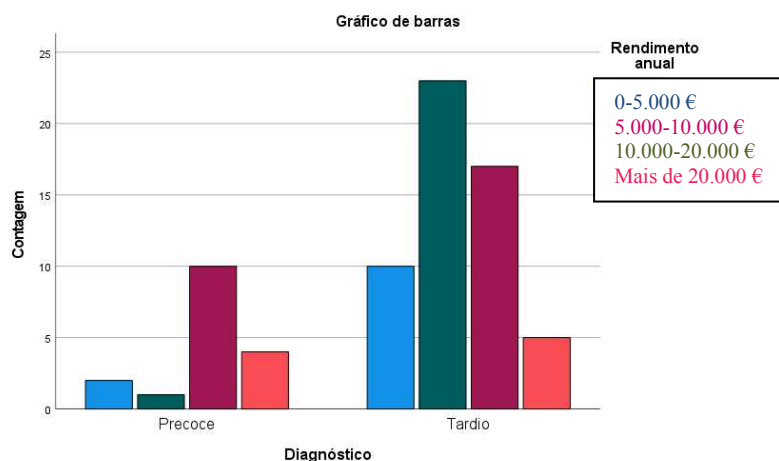


Gráfico 11: Rendimento anual por diagnóstico.

Em relação à variável rendimento anual com o prognóstico pôde-se concluir que pacientes com rendimentos anuais mais altos (10.000 € a mais de 20.000 €) apresentam predisposição para diagnósticos mais precoces. Não se observou diferenças significativas

entre o “diagnóstico” e as quatro classes do “Rendimento anual”, dado que, pois $p = 0,008$, ou seja, $p < 5\%$ (Gráfico 11)

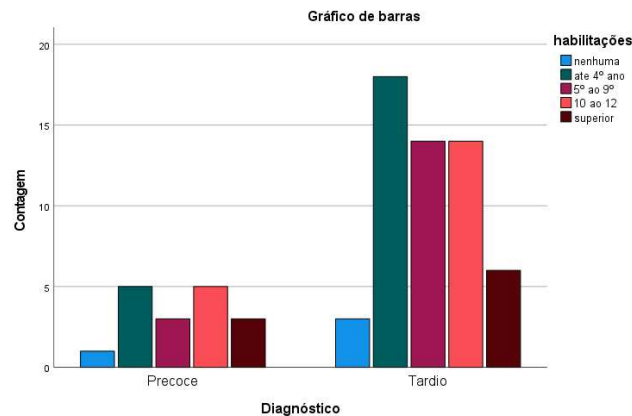
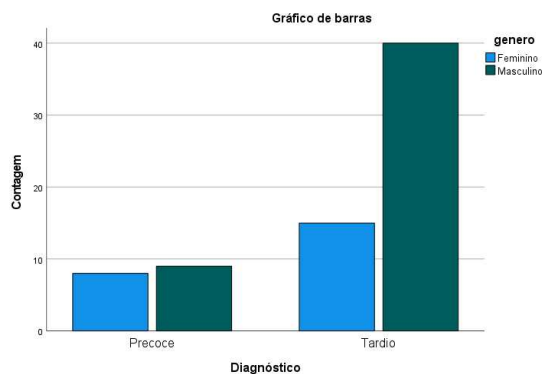


Gráfico 12: Habilitações literárias por diagnóstico.

Pelo gráfico 12 pôde-se verificar que o diagnóstico tardio é composto por pessoas com menos habilitações literárias. De acordo com o teste Tau-b de Kendall, a relação entre o rendimento anual e o diagnóstico não apresentou significância comprovada estatisticamente. Não se encontraram diferenças significativas da variável “diagnóstico” entre as 5 classes da variável “habilitações literárias”, pois $p = 0,560$, ou seja, $p > 0,05$. (Gráfico 12)



Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,339 ^a	1	0,126

Gráfico 13: Gênero por diagnóstico.

Tabela 11: Teste estatístico - gênero por diagnóstico.

Através do gráfico 13 observou-se que o sexo masculino é o predominante no diagnóstico tardio, no entanto, entre os diagnósticos não se analisam proporções diferentes. (Gráfico

13) Relativamente ao teste qui-quadrado não se observou significância estatística entre as variáveis, uma vez que $p = 0,126$, ou seja, $p > 0,05$. (Tabela 11)

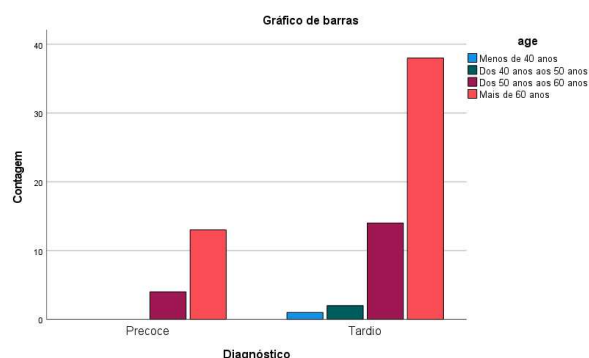


Gráfico 14: Idade por diagnóstico.

Relativamente à variável idade, depreendeu-se que a maioria dos pacientes de faixas etárias superiores encontravam-se no grupo de diagnóstico tardio, no entanto, as duas faixas de idades inferiores também se enquadraram no diagnóstico tardio. Segundo o teste Tau-b de Kendall, a relação entre a idade e o diagnóstico não apresentou significância comprovada estatisticamente, pois $p = 0,462$, ou seja, $p < 5\%$. (Gráfico 14)

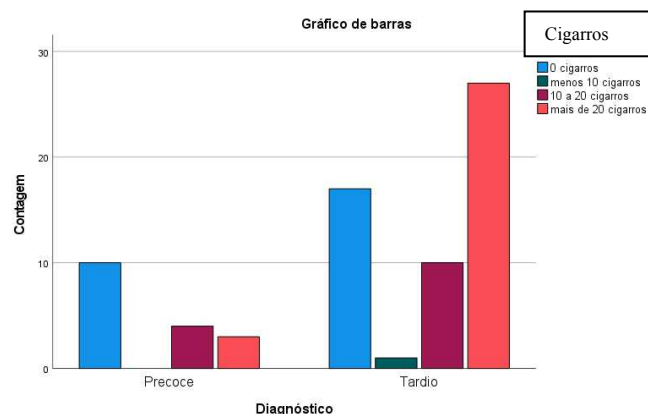
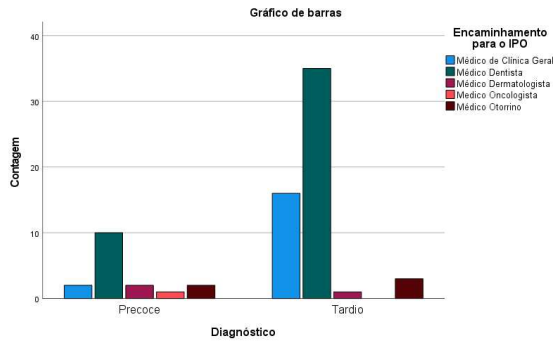


Gráfico 15: Número de cigarros por diagnóstico.

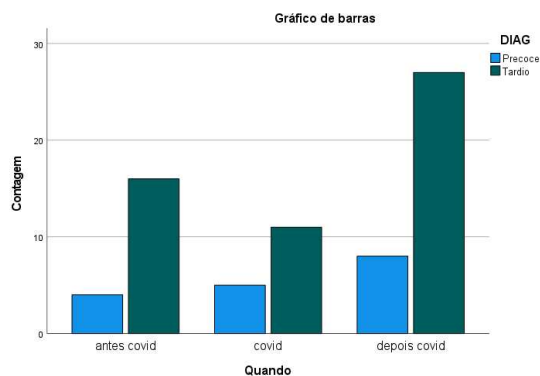
Através da análise do gráfico de barras obteve-se o resultado que a doença é detetada num diagnóstico tardio em pessoas que fumam mais cigarros. A variável “número de cigarros por dia” mostrou ter significância para o “diagnóstico”, uma vez que $p = 0,012$. (Gráfico 15)



Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,671 ^a	4	0,070

Gráfico 16: Encaminhamento médico por diagnóstico. Tabela 12: Teste estatístico - encaminhamento médico por diagnóstico.

Relativamente ao encaminhamento médico para o IPOLFG, denotou-se que a maioria dos pacientes foi encaminhada pelo MD, tanto com diagnóstico precoce como com diagnóstico tardio. A nível do encaminhamento pelo especialista de oncologia, este só diagnosticou precocemente. Não se encontraram diferenças significativas entre o “diagnóstico” e as cinco classes do “encaminhamento médico”, uma vez que, $p = 0,070$. (Gráfico 16 e Tabela 12)



Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,663 ^a	2	0,718

Gráfico 17: Diagnóstico por ano.

Tabela 13: Teste estatístico - diagnóstico por ano.

Observando-se o gráfico de barras verificou-se que existem mais pacientes com diagnóstico precoce antes da pandemia de COVID-19, ou seja, nos anos de 2018 e 2019, já a maioria dos pacientes de diagnóstico tardio encontrava-se após a pandemia de COVID-19, ou seja, com diagnóstico pertencente aos anos 2022 e 2023. (Gráfico 17) Através do teste do qui-quadrado constatou-se que a variável anos de diagnóstico não apresentava significância no tipo de diagnóstico, uma vez que, $p = 0,718$, ou seja, maior que 5%. (Tabela 13)

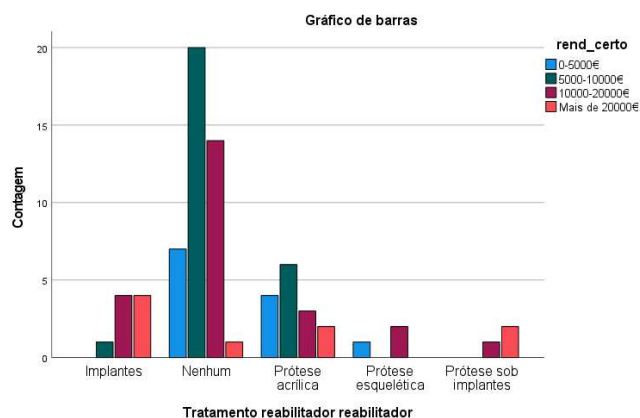


Gráfico 18: tratamento de reabilitação oral por rendimento anual

Amostras Independentes de Resumo de Teste Kruskal-Wallis	
N total	72
Estatística de teste	16,631 ^a
Grau de Liberdade	4
Sinal assintótico (teste de dois lados)	0,002

Tabela 14: Teste estatístico - tratamento de reabilitação oral por rendimento anual.

Em análise ao gráfico 19 observou-se que reabilitações com valores económicos mais elevados foram realizados em pacientes com rendimentos médios e altos. (Gráfico 18)

Já os pacientes com rendimentos mais baixos encontravam-se com reabilitações mais económicas. Encontrou-se diferenças significativas entre a variável “diagnóstico” e as quatro classes do “rendimento anual”, $p = 0,002$. (Tabela 14)

Tabela 15: Comparação por método Pairwise de tratamento reabilitador.

Comparações por Método Pairwise de Tratamento reabilitador					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
Prótese acrílica-Nenhum	0,750	5,985	0,125	0,900	1,000
Prótese acrílica-Prótese esquelética	-5,000	12,584	-0,397	0,691	1,000
Prótese acrílica-Implantes	24,500	8,389	2,920	0,003	0,035
Prótese acrílica-Prótese sob implantes	-31,000	12,584	-2,464	0,014	0,138
Nenhum-Prótese esquelética	-4,250	11,890	-0,357	0,721	1,000
Nenhum-Implantes	23,750	7,308	3,250	0,001	0,012
Nenhum-Prótese sob implantes	-30,250	11,890	-2,544	0,011	0,110
Prótese esquelética-Implantes	19,500	13,264	1,470	0,142	1,000
Prótese esquelética-Prótese sob implantes	-26,000	16,245	-1,600	0,109	1,000
Implantes-Prótese sob implantes	-6,500	13,264	-0,490	0,624	1,000

Como o teste anterior de *Kruskal-Wallis* apresentou significância entre o rendimento anual e o tratamento reabilitador, fez-se o teste de comparação por Método *Pairwise* da variável “tratamento reabilitador”. Apresentou significância entre as combinações “nenhum tratamento-implante” e “prótese acrílica-implante”. Estas apresentaram-se como extremos a nível de preço do tratamento mais barato para o tratamento mais caro. Estas combinações apresentavam significância estatística com valores de $p = 0,001$ e $p = 0,03$, respetivamente. (Tabela 15)

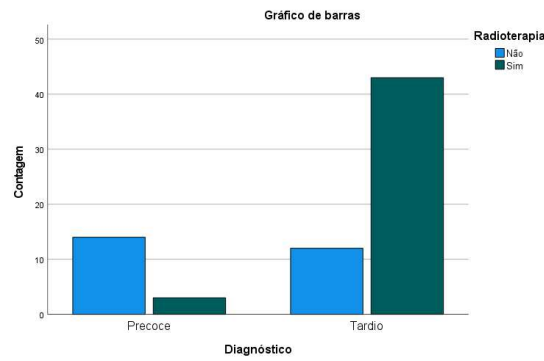


Gráfico 19: Radioterapia por diagnóstico

De acordo com o gráfico 19, a radioterapia foi mais usada em pacientes com diagnóstico tardio.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	20,626 ^a	1	0,000

Tabela 16: Teste estatístico - radioterapia por diagnóstico.

A variável “radioterapia” relacionada com o tipo de diagnóstico apresentou significância estatística $p = 0,000$. (Tabela 16)

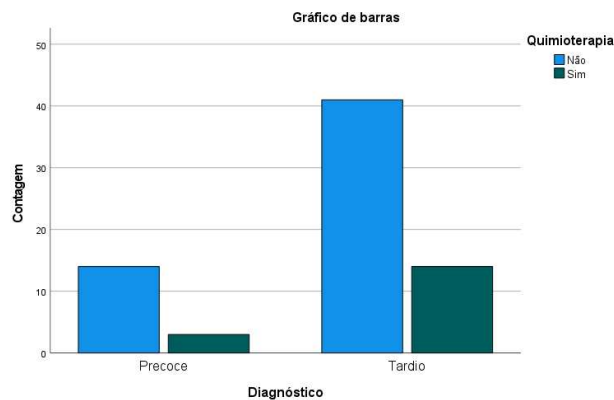


Gráfico 20: Quimioterapia por diagnóstico.

Através do gráfico 20 observou-se que o tratamento de quimioterapia foi pouco aplicado, seja o diagnóstico precoce ou tardio.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,439 ^a	1	0,508

Tabela 18: Teste estatístico - quimioterapia por diagnóstico.

Segundo o teste do qui-quadrado a quimioterapia não apresentou significância no diagnóstico, $p = 0,508$, logo superior 0,05. (Tabela 18)

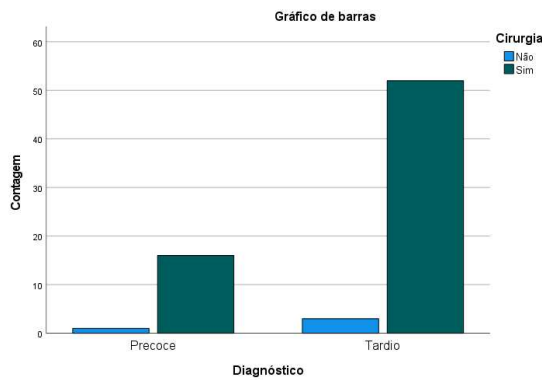


Gráfico 21: Cirurgia por diagnóstico.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,005 ^a	1	0,946

Tabela 19: Teste estatístico - cirurgia por diagnóstico.

A cirurgia é muito utilizada tanto no diagnóstico precoce como no tardio. Através do gráfico 21 observou-se que a cirurgia é quase sempre realizada, independentemente do diagnóstico. A variável “cirurgia” não apresentou significância estatística quanto ao diagnóstico. (Tabela 19)

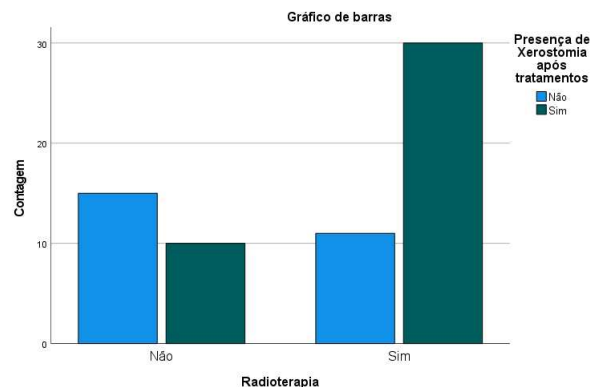


Gráfico 22: Presença de xerostomia por radioterapia.

Pelo gráfico 22 pôde constatar-se que a maioria dos pacientes apresentou xerostomia após o tratamento de radioterapia.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7,157 ^a	1	0,007

Tabela20: Teste estatístico - xerostomia por radioterapia.

A radioterapia apresentou significância na presença de xerostomia, $p = 0,007$. (Tabela 20)

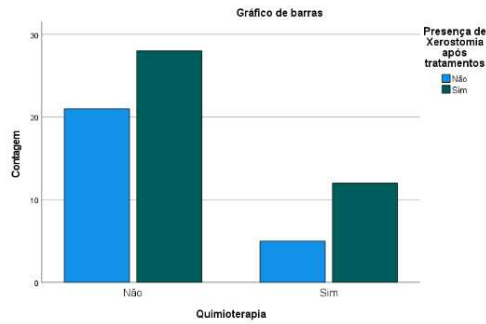


Gráfico 23: Presença de xerostomia por quimioterapia.

Observou-se que nem todos os pacientes que apresentam xerostomia fizeram quimioterapia. (Gráfico 23)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,956 ^a	1	0,328

Tabela 21: Teste estatístico - xerostomia por quimioterapia.

Segundo o teste qui-quadrado a quimioterapia não apresentou significância estatística na presença de xerostomia. (Tabela 21)

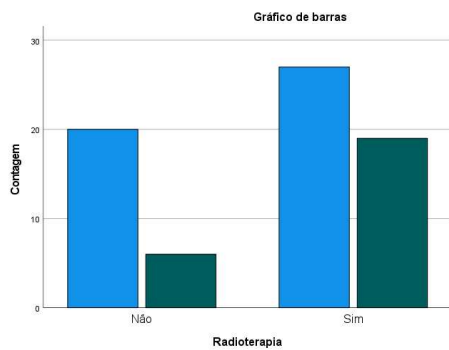


Gráfico 24: Tratamento dentário por radioterapia.

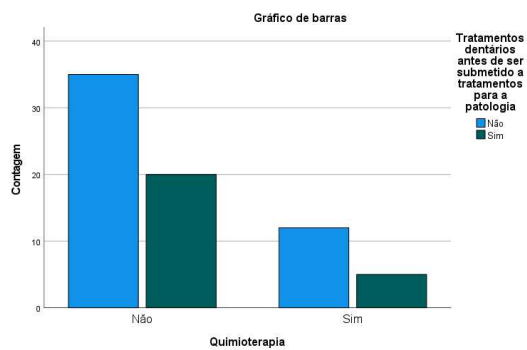


Gráfico 25: Tratamento dentário por quimioterapia.

De acordo com os gráficos 24 e 25, observou-se que os pacientes tiveram de efetuar previamente tratamentos dentários para serem conduzidos aos tratamentos curativos para a doença oncológica.

Tabela 22: Teste estatístico - tratamento dentário por radioterapia.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,435 ^a	1	0,119

Em relação ao teste do qui-quadrado, não foi detetada significância da radioterapia em tratamentos dentários, $p = 0,119$. (Tabela 22)

Tabela 23: Teste estatístico - tratamento dentário por quimioterapia.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,277 ^a	1	0,599

Segundo o teste da tabela 27, a quimioterapia não apresentou significância em relação com os tratamentos dentários, $p = 0,599$. (Tabela 23)

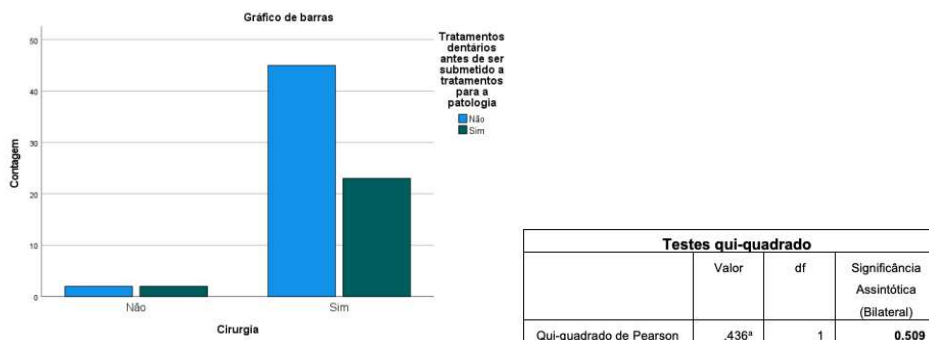


Gráfico 26: Tratamentos dentários por cirurgia. Tabela 24: Teste estatístico - tratamentos dentários por cirurgia.

A maioria dos pacientes que realizaram o tratamento prévio cirúrgico tiveram de fazer tratamentos dentários, no entanto, segundo os dados estatísticos do teste do qui-quadrado a cirurgia não apresentou significância, $p = 0,509$. (Gráfico 26 e Tabela 24)

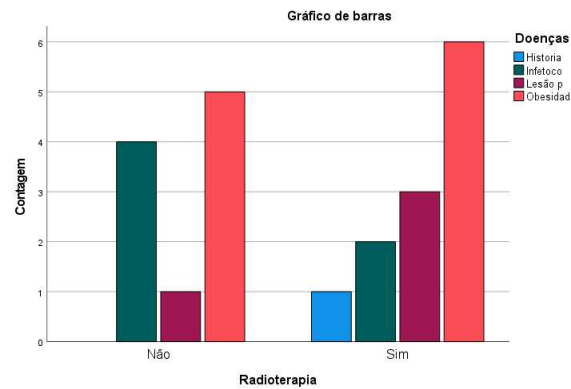


Gráfico 27: Doenças prévias por radioterapia.

Em relação às doenças ou comorbilidades, denotou-se que a maioria dos pacientes que possuem lesões na cavidade oral com potencial de malignidade, como as indicadas anteriormente, tiveram de realizar o tratamento de radioterapia. Observou-se também que as doenças não foram motivo de contra-indicação para o tratamento de radioterapia, uma vez que se verificou uma grande quantidade de pacientes a realizarem este tratamento. (Gráfico 27)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	2,597 ^a	3	0,458

Tabela 25: Teste estatístico - doenças prévias por radioterapia.

Não se observou diferenças significativas entre a “radioterapia” e as quatro classes das “doenças”, $p = 0,458$. (Tabela 25)

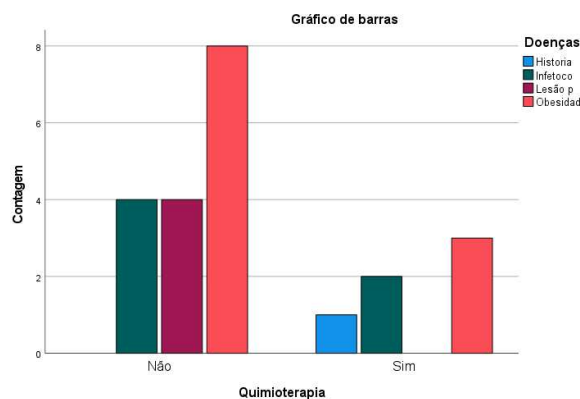


Gráfico 28: Doenças prévias por quimioterapia.

Observou-se que muitos dos pacientes com doenças prévias não realizaram tratamentos de quimioterapia. (Gráfico 28)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	4,278 ^a	3	0,233

Tabela 26: Teste estatístico - doenças prévias por quimioterapia.

Os dados estatísticos do teste qui-quadrado não apresentaram significância entre as variáveis “quimioterapia” e “doenças prévias”, $p = 0,233$. (Tabela 26)

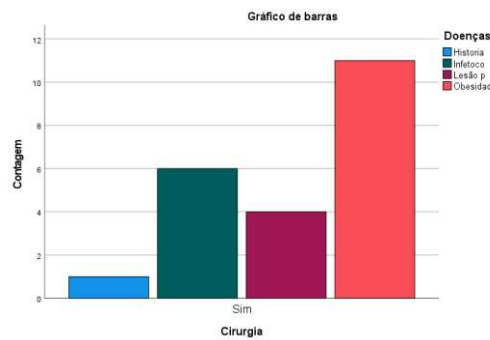


Gráfico 29: Doenças prévias por cirurgia.

Todos os pacientes com doenças prévias realizaram o tratamento cirúrgico.

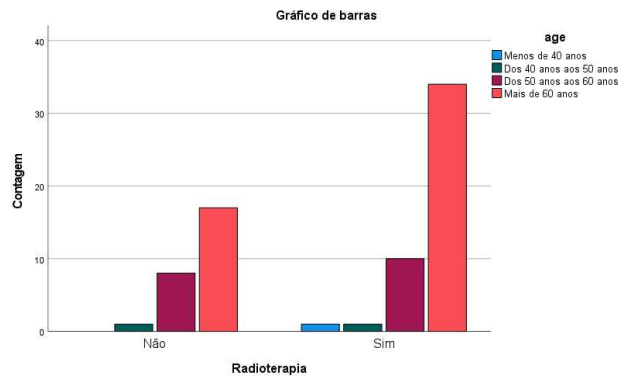


Gráfico 30: Idade por radioterapia.

A partir do gráfico 30, concluiu-se que a idade não foi um fator limitativo para a realização de radioterapia, uma vez que pacientes com idades mais avançadas foram encaminhadas para este tratamento. (Gráfico 30)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,445 ^a	3	0,695

Tabela 27: Teste estatístico - idade por radioterapia.

A variável idade não mostrou estatisticamente ter significância, $p = 0,695$. (Tabela 27)

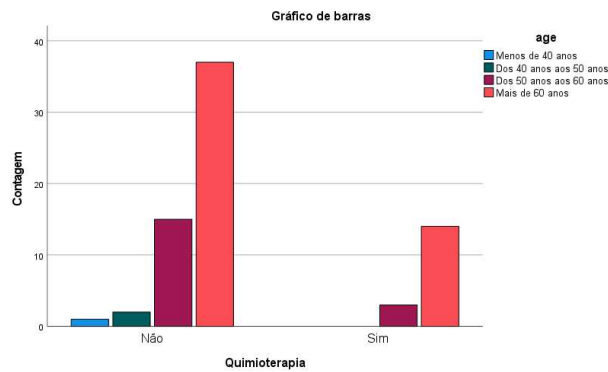


Gráfico 31: Idade por quimioterapia.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,825 ^a	3	0,609

Tabela 28: Teste estatístico - idade por quimioterapia.

No gráfico 31 observou-se que pacientes de idade inferior a 50 anos não fizeram quimioterapia. A nível estatístico a idade não mostrou ter significância na quimioterapia, $p = 0,609$. (Tabela 28)

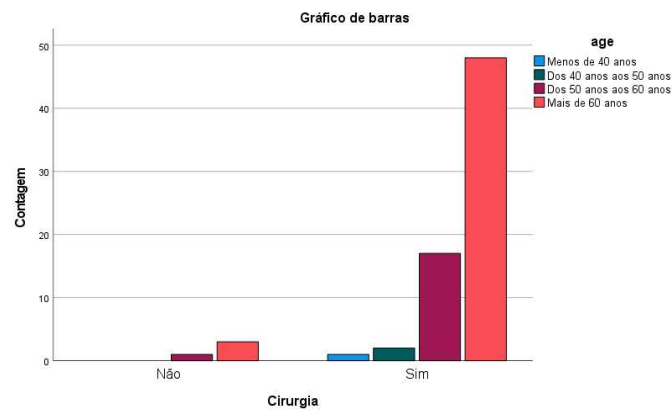


Gráfico 32: Idade por cirurgia.

A maioria dos pacientes realizou tratamento cirúrgico, independentemente da sua idade (94,4%). (Gráfico 32)

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,187 ^a	3	0,980

Tabela 29: Teste estatístico - idade por cirurgia.

A nível estatístico, a idade não apresentou ser um fator significativo para o encaminhamento para tratamento cirúrgico, $p = 0,980$. (Tabela 29)

V. DISCUSSÃO

Esta investigação pretendeu ser um estudo observacional e comparativo, com o objetivo de relacionar quais os fatores predisponentes para o diagnóstico do cancro oral, como sendo este precoce ou tardio.

A amostra inicial tinha 76 pacientes, sendo que após a observação dos processos clínicos 4 deles foram excluídos por não apresentarem todos os dados necessários dos critérios de inclusão e 1 deles foi excluído por não assinar o consentimento informado. A amostra total de estudo foi de 72 pacientes com diagnóstico compreendido entre os anos de 2018 a 2023, inclusive. Estes pacientes tinham idades compreendidas entre os 31 anos e os 93 anos, sendo a média de 68,03 anos quando juntos os sexos e, quando separados, a média de idade nos homens foi de 66,5 e mulheres de 65,6%. Outros estudos documentados tiveram médias de idade inferiores como 57,9 anos no sexo masculino e 60,8 anos no sexo feminino (Melo et al., 2010; Rogers et al., 2007), 56,5 anos, (Melo et al., 2010).

Segundo a literatura, o carcinoma pavimento-celular (CPC) mostrou ser o tipo histológico mais frequente de tumor maligno da cavidade oral 90% (Dias Caldeira et al., 2021a; Mendes De Freitas et al., 2016; Montero & Patel, 2015; Ramos & Ventura, 2018a; L. Santos & Teixeira, 2011), no entanto um estudo referiu outra percentagem, 95%. (Montoro et al., 2008) Este estudo a percentagem foi de 100% de CPC, no entanto a amostra foi diminuta para se poder concluir.

Em relação ao género, a amostra tinha 49 pacientes do sexo masculino (68,1%) e 23 pacientes do sexo feminino (31,9%). O sexo masculino é o mais afetado pela doença, o que é concordante com o histórico científico e de acordo com este estudo a proporção foi de 2,3:1, no entanto, a diferença da prevalência entre sexos tem vindo a diminuir. (Braakhuis et al., 2014) A predominância do sexo masculino sobre esta neoplasia deve-se à existência de hábitos tabágicos e alcoólico. (Laura Q.M. Chow, 2020; Ramos & Ventura, 2018a; Rivera, 2015; Rubens et al., 2021) Cerca de 5/23 (4,3%) pacientes do sexo feminino possuíam hábitos alcoólicos e tabágicos, sendo que 7/23 (30,4%) possuíam apenas hábitos tabágicos, e 5/23 (4,3%) permaneciam com hábitos alcoólicos, ou seja, a percentagem de pacientes com excessos alcoólicos também apresentava hábitos tabágicos. Já o sexo masculino com a junção de hábitos alcoólicos e tabágicos

representava 34/49 (69,4%), cerca de 43/49 (87,8%) mantinham hábitos alcoólicos, e 38/49 (77,6%) mantinham hábitos tabágicos. A maioria dos pacientes apresentaram pelo menos um fator de risco, cerca de 66/72 (91,7%), concordante com estudos anteriores, onde referiam percentagem de 90%. (Rivera, 2015)

Neste estudo 2/72 pacientes apresentaram infeção pelo papiloma vírus (HPV), ou seja, uma percentagem minor de 2,8%. Embora no estudo (Laura Q.M. Chow, 2020) se tenha concluído que as infeções pelo HPV tenham vindo a aumentar, neste estudo não se conseguiu tirar as mesmas conclusões, uma vez que se trata de uma diminuta população amostral.

A nível da localização do tumor maligno, com valores decrescentes: a língua 28/72 (38,9%), pavimento 13/72 (18,1%), o lábio 11/72 (15,3%), a mucosa e o palato 6/72 (8,3%) e a gengiva com 5/72 (6,9%). A prevalência da localização da lesão é a língua o que é concordante com (Jawad et al., 2020).

Do total da amostra, 55/72 (76,4%) a patologia apresentava diagnóstico tardio, 17/72 (23,6%) apresentava-se como sendo diagnóstico precoce, gráfico 2.

Relativamente à escolaridade até ao 4º ano, com cerca de 32,4% (uma vez que se trata de população mais idosa), a população que tem pelo menos a escolaridade obrigatória correspondente aos dias de hoje é de 39,5%, gráfico 12. No rendimento anual, a maior percentagem da população amostra encontra-se abaixo do rendimento mínimo anual correspondendo a 54,9%, gráfico 11. (*Pan American Health Organization*, 2023)

A nível da saúde a maioria dos pacientes apresenta pelo menos um fator de precária higiene oral 48/72 (66,7%), sendo presença de cáries, falta de higiene oral em dentes ou língua ou falta de tratamento reabilitador, gráfico 7, 9 e 10.

Temporalmente, o diagnóstico dividiu-se em 3 grupos (antes, durante e pós-COVID-19), a maioria dos pacientes o diagnóstico concentrou-se no período pós-COVID-19, uma vez que durante a pandemia de COVID-19 as pessoas diminuíram a frequência de consultas ao médico com receios de contágio pelo vírus, gráfico 17 (Amorim et al., 2022; Chhikara & Parang, 2022)

No encaminhamento para a consulta de cirurgia cabeça e pescoço do IPOLFG, a maioria dos pacientes foram referenciados pelo MD (62,0%), podendo concluir-se que

este profissional assume um papel preponderante no diagnóstico do cancro oral. (Pinto et al., 2022)

Foram analisadas várias variáveis para se obterem resultados de significância quanto ao tipo de diagnóstico. Rendimento anual e número de cigarros por dia apresentaram significância para o diagnóstico, ou seja, quanto menor o rendimento, maior a tendência para diagnóstico tardio, e um maior número de cigarros por dia, maior a tendência para diagnósticos mais tardios.

Independentemente do diagnóstico, a maioria dos pacientes apresentou outras doenças, gráfico 4. Na generalidade, estão sujeitos a um diagnóstico tardio, ainda que uma ligeira maioria tenha apresentado outras doenças prévias não diretamente relacionadas. Poderá ser indicativo de um descuido da saúde no geral devido a fatores como por exemplo, económicos, acesso a cuidados de saúde ou educação para a saúde.

Relativamente à idade pouco se pode constatar, pois tanto a maioria dos pacientes de idades mais avançada ou de idades mais jovens encontram-se em diagnósticos tardios, gráfico 14.

Relativamente aos tratamentos em diagnósticos mais tardios, foram aplicados tratamentos mais invasivos como a cirurgia 68/72 (94,4%), radioterapia 46/72 (63,9%) e quimioterapia 17/72 (23,6%), no geral 13/72 (18,1%) pacientes efetuaram estes 3 tratamentos para a neoplasia, gráficos 19, 20 e 21. Após efetuados os tratamentos verificou-se a existência de xerostomia. Após o tratamento radioterapia 35/72 (48,6%), de quimioterapia 12/72 (16,7%) apresentaram xerostomia, gráficos 22 e 23, respetivamente. No entanto apenas a radioterapia apresentou ter significância na xerostomia. Esta apresentou ser um efeito adverso para os pacientes que realizaram radioterapia, tal como foi concluído em estudos anteriores. (Novais, 2021; Oliveira et al., 2017) Relacionou-se os tratamentos dentários prévios antes dos tratamentos para a neoplasia específica, para a cirurgia 23/72 (31,9%), para a radioterapia 19/72 (26,4%) e para a quimioterapia 5/72 (6,9%), os pacientes realizaram tratamentos, sendo estes maioritariamente extrações. Denotou-se que a maioria dos pacientes que teve de fazer tratamentos prévios fizeram de seguida tratamentos cirúrgicos e radioterapia, (gráfico 24) Todos os pacientes, independentemente do histórico de comorbilidades, foram elegíveis para cirurgia e a idade não foi considerada uma limitação, apesar da maioria dos pacientes ter mais de 60 anos. A nível da radioterapia, todos os pacientes foram elegíveis para o

tratamento quando necessário. A nível de quimioterapia não se observaram limitações diretas.

Pelas respostas aos questionários, pode-se concluir que os pacientes não frequentavam com regularidade as consultas de medicina dentária, uma vez que, na generalidade, as respostas indicaram negligência da higiene oral, baixos e médio rendimento anual rendimentos e lesões avançadas com diagnósticos tardios. Assim sendo, pode-se inferir que os pacientes não frequentavam consultas de medicina dentária preventiva e comunitária, dadas as evidências de saúde oral precária obtidas pelos questionários, em que 44/72 (61,1%) assumiram ter poucos ou nenhuns cuidados de higiene oral.

A prevalência do diagnóstico tardio é corroborada pelo facto de haver ainda um défice de educação para a saúde, em particular, saúde oral, sendo que cerca de 33% dos portugueses nunca visitaram o médico dentista ou dizem apenas o fazer em caso de urgência. Cerca de 32% da população identificam a falta de dinheiro para recorrer frequentemente ao médico dentista, cerca de 90% não recorre ao (Serviço Nacional de Saúde) SNS devido às extensas listas de espera. (OMD, 2018) Os aumentos dos rastreios, nomeadamente, de cariz gratuito, poderão mitigar os diagnósticos tardios, sendo que o médico dentista terá um papel preponderante na identificação atempada de lesões potencialmente malignas e encaminhamento mais célere para cuidados de saúde adequados.

O número mínimo definido para a execução deste trabalho foi de 40, mas foi possível recolher informação válida de 72 pacientes. Este estudo seria enriquecido com uma amostragem maior e mais abrangente, no entanto, está limitado à área de implantação e ação geográfica do IPO.

VI. CONCLUSÃO

O cancro oral é uma doença com elevada incidência e taxa de mortalidade, como tal requer atenção e cuidados tanto por parte dos pacientes, como dos profissionais de saúde. O seu prognóstico apresenta dependência quanto ao seu diagnóstico, ou seja, quanto mais precocemente for detetada a doença, maior probabilidade de cura e menor probabilidade de tratamentos mais agressivos e menos conservadores.

Como esta neoplasia apresenta taxas de sobrevida relativamente baixas, e como também o seu prognóstico depende do diagnóstico, realizou-se um estudo para se perceber melhor quais eram os fatores predisponentes para o diagnóstico. Destes 72 pacientes, a maioria, 55 deles, a patologia foi diagnosticada mais tardiamente, em estadiamentos mais avançados, o que piorou o seu prognóstico, necessitando de tratamentos mais agressivos, em coadjuvância após o tratamento principal.

O estudo permitiu confirmar que os fatores socioeconómicos e comportamentais têm um elevado impacto na saúde oral e no risco de carcinoma oral nas suas várias formas. Os fatores de risco predominantes são: hábitos tabágicos e alcoólicos. O seu efeito sinérgico pode aumentar o risco geral de cancro nos pacientes. A maioria das lesões é identificada pelo Médico Dentista, visto que é ele quem mais cuidadosamente inspeciona a cavidade oral e muitas vezes consegue diagnosticar precocemente a neoplasia, resultando em tratamentos menos invasivos.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, M., Azevedo, A., Brandão, M., Correia, S., Fraga, S., Leão, T., Lunet, N., Morais, S., Peleteiro, B., & Severo, M. (2022). *Estudo de Disrupção em Oncologia por Força da COVID19*. <https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo-de-disrupcao-em-Oncologia-por-forca-da-Covid-19.pdf>
- Anunciação, L. (2021). *Conceitos e análises estatísticas com R e JASP (Beta 2)*. Nila Press. <https://bookdown.org/luisfca/docs/>
- Botelho, J., Mascarenhas, P., Viana, J., Proença, L., Orlandi, M., Leira, Y., Chambrone, L., Mendes, J. J., & Machado, V. (2022). An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nature Communications* 2022 13:1, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35337-8>
- Braakhuis, B. J. M., Leemans, C. R., & Visser, O. (2014). Incidence and survival trends of head and neck squamous cell carcinoma in the Netherlands between 1989 and 2011. *Oral Oncology*, 50(7), 670–675. <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2014.03.008>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Cancro da Boca : Liga Portuguesa Contra o Cancro*. (n.d.). Retrieved June 6, 2023, from <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-boca/>
- Chen, J., Yang, J., Li, H., Yang, Z., Zhang, X., Li, X., Wang, J., Zhang, Y., Chen, S., & Song, M. (2021). Single-cell transcriptomics reveal the intratumoral landscape of infiltrated T-cell subpopulations in oral squamous cell carcinoma. *Molecular Oncology*, 15(4), 866. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12910>

- Chhikara, B., & Parang, K. (2022). *Global Cancer Statistics 2022: the trends projection analysis. Vol. 10 No. 1 (2023)*.
- Correia dos Santos, C., Araújo Noro-Filho, G., Vieira Caputo, B., Celestino de Souza, R., Miranda Richarte de Andrade, D., & Magdalena Giovani, E. (2013). Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J Health Sci Inst*, 31(4), 368–372.
- Dias Caldeira, F. I., Alves Oliveira, J., Alves Nascimento, V., Fillié Haddad, M., Dias Caldeira, F. I., Alves Oliveira, J., Alves Nascimento, V., & Fillié Haddad, M. (2021). Análise crítica dos fatores de risco para o carcinoma oral de células escamosas. *Revista Estomatológica Herediana*, 31(4), 295–302. <https://doi.org/10.20453/REH.V31I4.4098>
- FDI policy statement on oral cancer: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand. (2016). *International Dental Journal*, 66(1), 13–14. <https://doi.org/10.1111/IDJ.12234>
- Fritz, A., Percy, C., Jack, A., Shanmugaratnam, K., Sobin, L., Parkin, M., & Whelan, S. (2013). *ICD-O International Classification of Diseases for Oncology First Revision*. www.who.int
- Gleich, L. L., & Salamone, F. N. (2002). Molecular genetics of head and neck cancer. *Cancer Control : Journal of the Moffitt Cancer Center*, 9(5), 369–378. <https://doi.org/10.1177/107327480200900502>
- Hejmadi, M. (2010). *Introduction to Cancer Biology* (2nd edition).
- Jawad, H., Ashaari, S. S., O’Shea, R., Callanan, D., Sheahan, P., & Feeley, L. (2020). Prognostic performance of TNM8 staging rules in oral cavity squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 111, 105021. <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2020.105021>

- Langevin, S. M., Michaud, D. S., Eliot, M., Peters, E. S., McClean, M. D., & Kelsey, K. T. (2012). Regular dental visits are associated with earlier stage at diagnosis for oral and pharyngeal cancer. *Cancer Causes & Control: CCC*, 23(11), 1821. <https://doi.org/10.1007/S10552-012-0061-4>
- Laura Q.M. Chow, M. D. (2020). *Head and Neck Cancer*. 60–72.
- Lip, oral cavity*. (2020). <https://gco.iarc.fr/today>
- Lorini, L., Tomasoni, M., Gurizzan, C., Magri, C., Facchetti, M., Battocchio, S., Romani, C., Ravanelli, M., Oberti, A., Bozzola, A., Bardellini, E., Paderno, A., Mattavelli, D., Lombardi, D., Grammatica, A., Deganello, A., Facchetti, F., Calza, S., Majorana, A., ... Bossi, P. (2022). Clinical and Histological Prognostic Factors of Recurrence and Malignant Transformation in a Large Series of Oral Potentially Malignant Disorders. *Frontiers in Oncology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FONC.2022.886404>
- Luiz, R., Mocegose, G., Mitie, A., Kinoshita, O., Mendes, B., Fernandes Cunha, C., Pinheiro, E. C., Rodrigues Ishii, I., Antonio, S., De, J., & Filho, F. (2020). A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico e acompanhamento do câncer de boca. *Journal of Multidisciplinary Dentistry*, 10(2), 106–111. <https://doi.org/10.46875/JMD.V10I2.268>
- Mano Azul, A., Bulhosa, J., Melo, P., Trancoso, P., Calado, R., Gromicho, M., Jordão, M., & do Céu, A. (2014). Guia para Profissionais de Saúde | Intervenção Precoce no Cancro Oral. *Ordem Dos Médicos Dentistas*.
- Maria de Moraes Ramos, F., Romanelli Terra, E., Coutinho Brayner, S., Haiter Neto, F., & Noberto Bóscolo, F. (2005). The role of the dentist in head and neck radiotherapy. *Odontologia. Clín.-Cientif*, 4(2), 89–94. www.cro-pe.org.br
- Mathew, B., Sankaranarayanan, R., Wesley, R., & Nair, M. K. (1995). Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer. *British Journal of Cancer*, 71(2), 397–399. <https://doi.org/10.1038/BJC.1995.81>

- Matos, A. G. de M., Barbosa, E. da S., Mendonça, A. F., Sousa, L. R. De, Silva, T. da C., Araújo, F. de B. S., Araujo, E. A., Silva, S. A. M., Duarte, W. E., & Pinho, J. D. (2022). Genética do câncer de cabeça e pescoço: Avanços na pesquisa molecular. *Research, Society and Development*, *11*(10), e391111032924. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32924>
- Melo, L. de C., Silva, M. C. da, Bernardo, J. M. de P., Marques, E. B., & Leite, I. C. G. (2010). Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *RGO.Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, *58*(3), 351–355. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Mendes De Freitas, R., Maria, A., Rodrigues, X., Ferreira De Matos Júnior, A., Antônio, G., & De Oliveira, L. (2016). *Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura Risk factors and major cytopathological changes of oral cancer: a review of literature*. *48*(1), 13–21.
- Mohan, S., Bhaskaran, M., George, A., Thirutheri, A., Somasundaran, M., & Pavithran, A. (2019). Immunotherapy in Oral Cancer. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, *11*(Suppl 2), S107–S111. https://doi.org/10.4103/JPBS.JPBS_31_19
- Montero, P. H., & Patel, S. G. (2015). CANCER OF THE ORAL CAVITY. *Surgical Oncology Clinics of North America*, *24*(3), 491. <https://doi.org/10.1016/J.SOC.2015.03.006>
- Montoro, J. R. de M. C., Hicz, H. A., Souza, L. de, Livingstone, D., Melo, D. H., Tiveron, R. C., & Mamede, R. C. M. (2008). Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, *74*(6), 861–866. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000600008>
- Novais, D. et al. (2021). O Impacto dos Sintomas Oraís Gerados por Quimioterapia e Radioterapia / The Impact of Oral Symptoms Generated by Chemotherapy and Radiotherapy. *Id on Line. Revista de Psicologia*, *15*.


- Oliveira, L. C. de, Teixeira, D. F., Rubira, C. M. F., & Santos, P. S. da S. (2017). SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA NO PACIENTE PÓS-RADIOTERAPIA DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO. *Iniciação Científica Cesumar*, 19(2). <https://doi.org/10.17765/1518-1243.2017v19n2p163-169>
- OMD. (2018). *Barómetro da Saúde Oral*. <https://www.ond.pt/content/uploads/2019/01/barometro-saude-oral-2019.pdf>
- O’neill, V. J., & Twelves, C. J. (2002). Oral cancer treatment: developments in chemotherapy and beyond. *British Journal of Cancer*, 87(9), 933. <https://doi.org/10.1038/SJ.BJC.6600591>
- Pan American Health Organization*. (2023). <https://www.paho.org/en>
- Pedro, C. et al. (2018). *Surgery vs. primary radiotherapy in early-stage oropharyngeal cancer*. 18–22.
- Pinto, C., Freitas, F., Francisco, H., Marques, J., & Caramês, J. (2022). Cancro oral: conhecimentos, práticas e atitudes dos médicos dentistas e dos higienistas orais em Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 221–228.
- Ragezi, J., Sciubba, J., & Jordan, R. C. K. (2017). *Patologia Oral - Correlações Clinicopatológicas* (7ed ed.). Elsevier.
- Ramos, I., & Ventura, S. (2018). *Oncologia Médica* (1st ed.).
- Rivera, C. (2015). Essentials of oral cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 8(9), 11884. [/pmc/articles/PMC4637760/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111884/)
- Rogers, S. N., Pabla, R., McSorley, A., Lowe, D., Brown, J. S., & Vaughan, E. D. (2007). An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 43(7), 648–655. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.08.001>

- Rubens, J., De, T., Silva, C., Rocha, T., Da, S., Dias, C., Rolim Borges-Paluch, L., Kaliane, ;, Soledade, R., Andréa, ;, Da, J., & Borges, S. (2021). O Tabagismo como Fator de Risco para o Câncer Bucal: Principais Evidências e Tendências. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e Da Saúde*, 25(5-esp.), 724–728. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021V25N5-ESP.P724-728>
- Santos, F. de S., Tanimoto, H. M., Ispert, M. A., Ispert, F. G., & Andrade, R. B. (2010). Carcinoma espinocelular invasivo de boca: relato de caso. *Rev. ABO Nac*, 59–62.
- Santos, L., & Teixeira, L. (2011). *Oncologia Oral*. 1ª Edição. <https://www.wook.pt/livro/oncologia-oral-lucio-lara-santos/11822397>
- Seoane, J., Takkouche, B., Varela-Centelles, P., Tomás, I., & Seoane-Romero, J. M. (2012). Impact of delay in diagnosis on survival to head and neck carcinomas: a systematic review with meta-analysis. *Clinical Otolaryngology : Official Journal of ENT-UK ; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 37(2), 99–106. <https://doi.org/10.1111/J.1749-4486.2012.02464.X>
- Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., & Pimentel, F. L. (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 38–48. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100004>
- Sousa, P. V. de, Sousa, P. V. de, Rodrigues, J., Rodrigues, C. A., Carvalho, M. de L., Monteiro, E., & Santos, L. L. (2021). O PERFIL HPV DOS DOENTES PORTADORES DE TUMORES DA OROFARINGE NUMA INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA EM PORTUGAL ENTRE 2018 E 2019 – ESTUDO RETROSPETIVO DESCRITIVO. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 0(50), 23–31. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/853>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and

- Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/CAAC.21660>
- Trancoso, P., & Azul, A. (2013, October). Conceitos Atuais em Cancro Oral e Lesões Brancas Potencialmente Malignas. *18*, 20–26.
- Vidal De Souza Torres, S., Sbegue, A., Cecília, S., Costa, B., Vidal, S., & Torres, S. (2016). A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos The importance of early diagnosis of oral cancer in the elderly. *Rev Soc Bras Clin Med*, 14(1), 57–62.
- Vieira, D. L., Leite, A. F., Melo, N. S. de, & Figueiredo, P. T. de S. (2012). Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sciences*, 37-42. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/article/view/4674>
- Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4–5), 309–316. <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2008.06.002>
- World Cancer Research Fund International*. (2020). <https://www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data/>
- Worldwide cancer data | World Cancer Research Fund International*. (n.d.). Retrieved May 23, 2023, from <https://www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data/>
- Zagalo, C., Dos Santos, J., Cavacas, A., Silva, A., Evangelista, J., Oliveira, P., & Tavares, V. (2010). *Anatomia da Cabeça e Pescoço e Anatomia Dentária* (1ª).

ANEXOS

Anexo 1: Parecer de aprovação da Comissão de Investigação do IPOLFG

	Parecer do Conselho de Investigação	UIC
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Unidade de Investigação Clínica	

Tipo de Projecto: Ensaio Clínico Estudo Observacional Estudo académico
 Investigação Básica Estudo Laboratorial

Título: Avaliação dos fatores predisponentes para o diagnóstico de carcinoma oral – UIC/1564

Promotor/ Entidade financiadora: IPO Lisboa

Investigador Responsável: Maria Eugénia Morais

Serviços participantes Cirurgia da Cabeça e Pescoço

PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO:

O estudo enquadra-se na avaliação da atividade assistencial do IPO e visa obtenção de grau académico. Propõe-se aprovação.


Data: 29/03/2023

Assinatura:



Pelo Conselho de Investigação

Anexo 2: Parecer de aprovação da Comissão de Ética do IPOLFG

	Apreciação e Votação de Parecer	CE
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Comissão de Ética	

Apreciação do Parecer

Projeto de investigação intitulado "Avaliação dos fatores predisponentes para diagnóstico de carcinoma oral" - UIC/1564

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, apreciou o parecer do perito ao pedido de realização do projeto acima identificado.

O processo foi votado pelos membros da CES:

Dra Cristina Nave, Dra Fatima Vaz, Enfermeira Maria Manuel Pinto,

Resultado da Votação:

Parecer: Parecer Favorável (Fundamentação em anexo)

Data: 01-06-2023

A Comissão de Ética para a Saúde
do IPOLFG-EPE

Anexo 3: Parecer de aprovação da Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health & Science

AGIR Maria Morais

PT-327/22 Proposta de Tese registada por Maria Morais a 19/12/2022

Workflow Proposta de Tese Tipo Proposta de Tese Data de Emissão 19/12/2022

Formulário de submissão | Dados dos orientadores | Documentos para Comissão de Ética | Parecer Orientação | ROT | Direção de Laboratórios | PCC | PC | Comissão de Ética

Aprovado

Dados do Aluno

Data do pedido: 22/05/2023

Nome do proponente: Maria Eugénia Aparício Morais

Email do Aluno: 113717@alunos.egasmoniz.edu.pt

Nº do telemóvel: 932834225

Nº do Aluno: 113717

Nome do Curso: MIMD

CNAEF: 724 (Ciências Dentárias)

Dados da Tese

Ano letivo de defesa da tese: 2022/2023

Título da tese (PT): Avaliação dos fatores predisponentes para o diagnóstico do carcinoma oral

Título da tese (EN): Assessment of predisposing factors for the diagnosis of oral carcinoma

Resumo da tese

Enquadramento:
De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), o cancro oral define-se como sendo um conjunto de tumores malignos que afeta todo e qualquer tecido da cavidade oral dos lábios à garganta, incluindo as amígdalas e a faringe.
Os cânceres da cabeça e pescoço são considerados como um problema de saúde mundial, devido a serem comuns e, embora a cavidade oral seja de fácil acesso e o diagnóstico diferencial de fácil execução, o diagnóstico tende a ocorrer tardiamente (Montero et Patel, 2015), necessitando nesta fase de medidas terapêuticas mais agressivas.
De acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas o carcinoma da cabeça e pescoço é o 6º cancro mais comum em todo o mundo, correspondendo a 2.8% dos cânceres em geral. O cancro oral tem maior prevalência no sexo masculino, principalmente nas faixas etárias acima dos 45 anos, ou seja, na 4ª década de vida. Segundo alguns estudos, o cancro oral é mais comum em homens caucasianos que noutras etnias. (Vidal et al., 2016)
O diagnóstico precoce do cancro oral ajuda a reduzir a taxa de morbilidade e mortalidade (Pinto

Bibliografia


Epstein, J. B., & Barasch, A. (2018). Oral and Dental Health in Head and Neck Cancer Patients. *Cancer Treatment and Research*, 174, 43–57. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8_4

Lydiate, W. M., Patel, S. G., O'Sullivan, B., Brandwein, M. S., Ridge, J. A., Migliacci, J. C., Loomis, A. M., & Shah, J. P. (2017). Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(2), 122–137. <https://doi.org/10.3322/caac.21389>

Martins, S. C., Melo, J., Martins, C. C., Maurício, A., Gineira, A., Coimbra, F., Costa, R., Lopes, D.

Dedicação da autorização da entidade externa

Anexar declaração em papel timbrado ou com o carimbo da instituição, devidamente datado e assinado o qual deve sustentar o procedimento da entidade externa



INÍCIO

Submissão de pedido de proposta de tese

Parecer Orientação - Proposta de Tese

Parecer do ROT - Proposta de Tese

Aprovação de Custos

Aprovação da Direção Clínica - Proposta de Tese

Aprovação da Direção de Laboratórios - Proposta de Tese

Aprovação PCC - Proposta de Tese

Anexo 4: Consentimento Informado do IPOLFG

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: *“Avaliação dos fatores predisponentes para o diagnóstico do carcinoma oral”*

Enquadramento:

O projeto será desenvolvido em colaboração entre o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, (IPOLFG) e o Instituto Universitário Egas Moniz.

Explicação do estudo:

Objetivo: Avaliar através de um questionário e da observação de processos clínicos a pertinência de vários potenciais fatores de risco para o diagnóstico do carcinoma oral.

Este estudo engloba pacientes do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG) diagnosticados com carcinomas da cavidade oral entre 2018 e 2022. Para ser incluído neste estudo, o paciente concorda com o presente Consentimento Informado. Os dados serão recolhidos através de um questionário a aplicar e da consulta do seu processo clínico. Previamente ao preenchimento do questionário e acesso ao processo clínico a solicitar ao Registo Oncológico Nacional (RON), o paciente autoriza a recolha dos dados solicitados, o acesso ao processo clínico respetivo e a utilização da informação no âmbito deste estudo. Através da aplicação do questionário serão obtidos dados tais como: o sexo, a idade, fatores predisponentes para a patologia (hábitos tabágicos, alcoólicos, estado da sua saúde oral e progressão clínica da neoplasia oral). Posteriormente, a consulta dos processos clínicos permitirá obter dados complementares, tais como o diagnóstico de doenças infetocontagiosas (ex: infeções por HPV, HIV, entre outras), e tratamentos efetuados após a realização do diagnóstico (tais como: cirurgia, radioterapia e quimioterapia). Será também recolhido o local e/ou distrito a que pertence para posteriormente avaliar-se a prevalência geográfica. Posteriormente será feito o cruzamento dos dados recolhidos para se proceder a uma avaliação estatística recorrendo ao programa informático SPSS.

Continuação do Consentimento Informado

Critérios de Elegibilidade: Indivíduos diagnosticados com carcinoma da cavidade oral nos 5 anos (2018, 2019, 2020, 2021 e 2022), referenciados ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG).

Condições e financiamento: Não existem contrapartidas financeiras para os participantes no estudo. Não necessita de financiamento.

Confidencialidade e anonimato: O inquérito é anónimo e os registos são codificados não havendo qualquer referência à identificação do paciente. A sua participação não obterá qualquer benefício direto individual por apenas participar nesta investigação. Contudo, as suas respostas podem ajudar-nos na compreensão e avaliação dos fatores de risco do cancro oral.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, pelo que pode recusar-se a participar a qualquer momento, sem quaisquer consequências. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico que será trabalhada pela investigadora responsável pelo estudo, aluna Maria Eugénia Morais, pelo orientador deste trabalho, Professor Doutor Carlos Zagalo e pelo co-orientador, Mestre Paulo Mascarenhas. As respostas desta investigação são armazenadas em suporte informático com acesso restrito e protegido por palavra-passe. Os dados serão posteriormente tratados de forma agregada, ou seja, em conjunto com as respostas dadas por todos os participantes e, a sua eventual divulgação terá lugar em publicações científicas.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

Continuação do Consentimento Informado

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE e o Instituto Universitário Egas Moniz agradecem a sua participação no presente de estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional que entenda por necessário poderá entrar em contacto diretamente com o Prof. Doutor Carlos Zagalo, pelo telefone 919300330 ou via mail: czagalol@sapo.pt.

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.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __ __ / __ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo 5: Questionário aplicado

Diagnóstico precoce do Cancro Oral

O presente Estudo de Investigação para o qual solicito a sua colaboração, destina-se a ajudar no diagnóstico precoce de cancro oral.

A sua participação é de carácter voluntário. Este inquérito é anónimo, consiste em 25 perguntas de escolha múltipla ou de resposta curta, será realizado online ou presencial. Pode recusar-se a participar ou sair do formulário a qualquer momento sem quaisquer consequências.

A sua participação não obterá qualquer benefício direto individual por apenas participar nesta investigação. Contudo, as suas respostas podem ajudar-nos na compreensão e avaliação dos fatores de risco do Cancro Oral.

A realização estima-se que demore cerca de 5 a 10 minutos.

As respostas desta investigação serão armazenadas numa *cloud* de acesso restrito e protegida por *password* (*palavra-passe*) no Google Docs. Esta plataforma não guarda qualquer identificação de quem respondeu ao questionário. Os dados serão posteriormente tratados e a sua eventual divulgação terá lugar em revistas científicas.

Agradeço a sua colaboração!

Para eventuais esclarecimentos pode contactar-me mariaeugeniamorais07@gmail.com ou 932834225.

*Obrigatório

1. Consentimento Eletrónico. *
 (Por favor seleccione a opção "Concordo" se leu as afirmações acima proferidas e se concorda na participação voluntária e se tiver mais de 18 anos.

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Não concordo

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 40 anos
 Dos 40 anos aos 50 anos
 Dos 50 anos aos 60 anos
 Mais de 60 anos
 Outra: _____

Continuação do Questionário

3. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Outra: _____

Relativamente aos Fatores Socioeconómicos

4. Habilitações literárias? *

Marcar apenas uma oval.

- Até ao 4º ano
 Do 5º ano ao 9º ano
 Do 10º ano ao 12º ano
 Ensino superior
 Outra: _____

5. Qual o seu rendimento anual? *

Marcar apenas uma oval.

- 0 - 5.000 €
 5.000 - 10.000 €
 10.000 - 20.000 €
 Mais de 20.000 €
 Outra: _____

Saúde Oral

Continuação do Questionário

6. Quantas vezes escova os dentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Todos os dias 2ª ou 3ª vezes por dia
- Todos os dias, uma vez por dia
- 2ª ou 3ª vezes por semana
- 1ª vez por semana
- 1ª ou 2ª vezes por mês
- Menos de 1ª vez por mês
- 1ª vez por ano
- Nunca
- Outra: _____

7. Quantas vezes escova a língua? *

Marcar apenas uma oval.

- Todos os dias
- 2ª ou 3ª vezes por semana
- 1ª vez por semana
- 1ª ou 2ª vezes por mês
- Menos de 1ª vez por mês
- 1ª vez por ano
- Nunca
- Outra: _____

Continuação do Questionário

8. Está a fazer algum tratamento reabilitador? *

Marcar apenas uma oval.

- Prótese acrílica
- Prótese esquelética
- Prótese sob implantes
- Implantes
- Outra: _____

9. Como considera o estado das suas gengivas? *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Muito mau
- Outra: _____

10. Presença de cáries? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim (dentes anteriores)
- Sim (dentes posteriores)
- Não
- Outra: _____

11. Qual foi o primeiro sinal ou sintoma que lhe chamou a atenção para o cancro oral? *

Continuação do Questionário

12. Quando apareceu esse sinal ou sintoma? *

13. Tem ou teve hábitos tabágicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. No caso de anteriormente ter referidos "Sim", refira quantos cigarros por dia.

Marcar apenas uma oval.

Menos de 10 cigarros por dia

10 a 20 cigarros

Mais de 20 cigarros

15. Tem ou teve hábitos alcoólicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. No caso de anteriormente ter referido "Sim", refira em que situações.

Marcar apenas uma oval.

Às refeições

Em convívios e festas

Sempre que posso, pois é um hábito

Outra: _____

Continuação do Questionário

17. Foi encaminhado por quem para o IPO? *

Marcar apenas uma oval.

- Médico de Clínica Geral
 Médico Dentista
 Outra: _____

18. Fez algum tratamento de radioterapia? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

19. Fez algum tratamento de quimioterapia? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Realizou, no âmbito da área, algum tratamento cirúrgico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

21. No caso de ter feito algum dos tratamentos referidos anteriormente, sentiu Xerostomia (sensação de boca seca), após ser submetido aos mesmos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Continuação do Questionário

22. Antes de ter sido submetido a algum dos tratamentos referidos anteriormente, teve de fazer previamente algum tratamento dentário? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

23. Se referiu "Sim" na pergunta anterior, qual o tratamento dentário?

24. Há quanto tempo foi a última consulta de Medicina Dentária? *

Marcar apenas uma oval.

- Há menos de 6 meses
 Entre 6 meses e 1 ano
 Há mais de de 1 ano
 Outra: _____

25. Considera que o papel do Médico Dentista é importante para a deteção precoce do cancro oral? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Agradeço, desde já, a sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários