

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos  
Dentistas e dos Higienistas Orais em Portugal**

**Carolina Inês da Silva Baptista Samora Pinto**

Orientadores:

Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês

Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2021



## Agradecimentos

Seria impensável imaginar que, depois destes anos, esta seria a página em que as palavras escasseiam. Não porque não se saiba o que dizer, ou a quem dizer, mas porque qualquer agradecimento será pouco.

Ao meu orientador, **Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês**, que além do profissionalismo e rigor com que desempenha as suas funções, sempre me transmitiu uma força enorme com as suas palavras motivadoras, desde o primeiro dia em que o conheci.

Ao meu coorientador, **Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas**, não apenas por toda a ajuda que me deu com a presente dissertação, mas também por ter feito crescer em mim um gosto enorme pela Medicina e Patologia Oral. Obrigada por toda a disponibilidade e pela partilha de conhecimento. É, sem dúvida, um mentor e um exemplo de profissionalismo.

À melhor pessoa que a faculdade me deu, **Ana Rodrigues**. Um obrigada nunca será suficiente para agradecer tudo o que fizeste por mim, as horas que despendeste para me ajudar, sem nunca pensares duas vezes. Sem ti, esta viagem não seria possível.

Às minhas amigas e companheiras de luta, que se cruzaram no meu caminho, e que eu não quero perder de vista, **Catarina Caetano, Rafaela Soares e Sara Matos**. Vocês são o exemplo perfeito de que a vida faz com que nos cruzemos com as pessoas certas, nos momentos certos.

À **Filipa Spencer**, uma peça fundamental, que esteve presente nos momentos bons e menos bons da minha vida, um obrigada muito especial. Obrigada, também, pelo teu contributo no meu crescimento e por, a cada dia que passa, me obrigares a desafiar na superação de mim própria e por me inculcires o espírito de competição saudável de querer sempre mais e melhor.

À **TADeL**, por ser o meu maior escape nos momentos de *stress* e encher a minha vida de música, diversão e amizade. Foi sem dúvida um pilar que me ajudou a manter o rumo quando o cansaço e o desespero batiam à porta.

À **minha família**, a quem dedico esta tese, por tudo aquilo que são e representam para mim. Obrigada por realizarem o meu sonho, por serem os melhores exemplos de esforço e dedicação que alguém poderia ter, pelo apoio incondicional que sempre me deram.

Por último, mas não menos importante, obrigada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, por ter tornado estes anos de curso na coisa mais desafiante, cansativa, orgulhosa e memorável que já fiz.

A todos os que têm feito parte desta jornada, muito obrigada!



## RESUMO

**Introdução:** O cancro oral é uma doença cujo prognóstico e sucesso do tratamento estão dependentes de um diagnóstico precoce. Os médicos dentistas e os higienistas orais são os profissionais de saúde que mais observam a cavidade oral dos doentes. Por essa razão, devem incluir procedimentos de rastreio do cancro oral nas suas consultas e ajudar a consciencializar os doentes sobre os fatores de risco associados ao desenvolvimento destes tumores.

**Objetivos:** Avaliar os conhecimentos dos médicos dentistas e higienistas orais no âmbito do cancro oral em Portugal, bem como aferir a formação e experiência clínica dos mesmos.

**Materiais e Métodos:** Os dados foram recolhidos através de questionários *online* entre os meses de janeiro e março de 2021, de carácter voluntário e confidencial. Foi aplicada estatística descritiva e analítica.

**Resultados:** Foram consideradas para efeitos estatísticos 272 respostas válidas, 178 de médicos dentistas e 94 de higienistas orais. Mais de 50% dos profissionais considerou os seus conhecimentos e capacidade de diagnóstico de cancro oral e lesões potencialmente malignas como ‘razoáveis’. Ainda assim, mais de 90% dos inquiridos referiu ser importante ter formação adicional sobre nesta área. Relativamente aos médicos dentistas, só 35,4% afirmaram já ter realizado biópsia de uma lesão suspeita.

**Discussão:** Estabeleceu-se uma relação estatisticamente significativa entre algumas das variáveis estudadas. A maioria dos resultados está de acordo com a literatura e com estudos semelhantes anteriormente realizados. No entanto, existe escassez de informação relativa aos conhecimentos dos higienistas orais, uma vez que este é o primeiro estudo realizado em Portugal que inclui, simultaneamente, médicos dentistas e higienistas orais.

**Conclusão:** A maioria dos profissionais apresenta os conhecimentos teóricos corretos, mas ainda existem algumas lacunas. Foram identificadas diferenças na prática clínica de médicos dentistas e higienistas orais.

**Palavras-chave:** Cancro oral; lesões potencialmente malignas; fatores de risco; diagnóstico; médicos dentistas; higienistas orais.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Oral cancer is a disease whose prognosis and treatment success depend on an early diagnosis. Dentists and oral hygienists are the health professionals who most observe patients' oral cavity. For that reason, they should include oral cancer screening procedures in their appointments and help make patients aware of the risk factors associated with developing these tumors.

**Objectives:** Evaluate the knowledge of dentists and oral hygienists regarding oral cancer in Portugal, as well as measure their education and clinical experience.

**Materials and Methods:** The data was collected through online questionnaires, voluntary and confidential, made between the months of January and March of 2021. Descriptive and analytical statistics were applied.

**Results:** 272 valid responses were considered for statistical purposes, 178 from dentists and 94 from oral hygienists. More than 50% of professionals considered their knowledge and ability to diagnose oral cancer and potentially malignant lesions as 'reasonable'. Still, more than 90% of respondents said it was important to have additional training in this area. Regarding dentists, only 35,4% said they had already performed a biopsy of a suspicious lesion.

**Discussion:** A statistically significant relationship was established between some of the variables studied. Most of the results agree with the literature and with similar studies previously carried out. However, there is a lack of information regarding the knowledge of oral hygienists, since this is the first study carried out in Portugal that includes, simultaneously, dentists and oral hygienists.

**Conclusion:** Most professionals have the correct theoretical knowledge, but there are still some gaps. Differences were identified in the clinical practice of dentists and oral hygienists.

**Keywords:** Oral cancer; potentially malignant lesions; risk factors; diagnosis; dentists; oral hygienists.

## ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>RESUMO</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>ÍNDICE</b> .....	vii
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	ix
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	x
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS</b> .....	xi
<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1.1. Cancro Oral</b> .....	1
<b>1.2. Epidemiologia</b> .....	1
<b>1.3. Etiologia e Fatores de Risco</b> .....	2
<b>1.4. Apresentação Clínica (Sinais e Sintomas)</b> .....	3
<b>1.5. Lesões Potencialmente Malignas</b> .....	4
<b>1.6. Diagnóstico</b> .....	4
<b>1.7. Papel dos Profissionais de Saúde Oral</b> .....	5
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	6
<b>III. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	7
<b>3.1. Pesquisa Bibliográfica</b> .....	7
<b>3.2. Tipo de Estudo</b> .....	7
<b>3.3. População e Seleção da Amostra</b> .....	7
<b>3.4. Estratégia Utilizada</b> .....	8
<b>3.5. Dados Recolhidos</b> .....	8
<b>3.6. Análise Estatística</b> .....	9
<b>3.7. Questões Éticas e Deontológicas</b> .....	9
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	10
<b>4.1. Caracterização da Amostra</b> .....	10
<b>4.2. Estatística Descritiva</b> .....	11

4.2.1. Considerações sobre Cancro Oral e Lesões Potencialmente Malignas .....	11
4.2.2. Prática Clínica e Diagnóstico de Cancro Oral .....	14
4.2.3. Opinião dos Profissionais de Saúde Oral.....	16
<b>4.3. Estatística Analítica.....</b>	<b>16</b>
<b>V. DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1. Caracterização da Amostra .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2. Considerações sobre Cancro Oral e Lesões Potencialmente Malignas .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3. Prática Clínica e Diagnóstico de Cancro Oral.....</b>	<b>22</b>
<b>5.4. Opinião dos Profissionais de Saúde Oral .....</b>	<b>23</b>
<b>5.5. Considerações Finais e Limitações do Estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>VI. CONCLUSÕES .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>33</b>
<b>Anexo 1 - Classificação e Definição das AOPM pela OMS em 2020 .....</b>	<b>35</b>
<b>Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL.....</b>	<b>36</b>
<b>Apêndice 1 - Questionários Aplicados .....</b>	<b>37</b>
<b>Apêndice 2 - Pedido de Autorização .....</b>	<b>52</b>
<b>Apêndice 3 - Caracterização da Amostra.....</b>	<b>54</b>
<b>Apêndice 4 - Estatística Descritiva.....</b>	<b>61</b>
<b>Apêndice 5 - Estatística Analítica .....</b>	<b>118</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Sinais e sintomas mais frequentes .....	3
<b>Tabela 2</b> – Pesquisa biliográfica eletrónica .....	7
<b>Tabela 3</b> - Caracterização da amostra de acordo com o género e a faixa etária.....	10
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da amostra, com as respetivas frequências absolutas (%) e relativas (%), para as lesões que consideraram ter potencial de malignização .....	12
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da amostra, com as respetivas frequências absolutas (N) e relativas (%), consoante as características clínicas do cancro oral .....	13
<b>Tabela 6</b> - Tabela das relações estatísticas entre as variáveis, com o respetivo <i>p-value</i> e coeficiente de contingência, sempre que aplicável.....	19

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Gráfico das frequências relativas (%) dos fatores de risco para o cancro oral, segundo os profissionais de saúde (MD e HO) .....	11
<b>Gráfico 2</b> – Gráfico das frequências relativas (%) do tumor mais comum da cavidade oral, segundo os MD (A) e os HO (B).....	12
<b>Gráfico 3</b> – Gráfico das frequências relativas (%) das localizações mais frequentes do cancro oral, segundo os MD (A) e os HO (B).....	13
<b>Gráfico 4</b> – Gráfico das frequências relativas (%) dos grupos populacionais mais afetados pelo cancro oral, segundo os profissionais de saúde (MD e HO) .....	14
<b>Gráfico 5</b> – Gráfico das frequências absolutas (N) e relativas (%) de acordo com a prática clínica dos profissionais de saúde (MD e HO), relativamente à história clínica e exame objetivo.....	15
<b>Gráfico 6</b> – Gráfico das frequências relativas (%) do formato das formações, de acordo com as preferências dos profissionais .....	16

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

AOPM – Alterações Orais Potencialmente Malignas

CC – Coeficiente de Contingência

CEC – Carcinoma Espinocelular

CPC – Carcinoma Pavimentocelular

FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

HO – Higienistas Orais

MD – Médicos Dentistas

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

RON – Registo Oncológico Nacional

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

VPH – Vírus do Papiloma Humano



# I. INTRODUÇÃO

## 1.1. Cancro Oral

O cancro oral é um termo genérico utilizado para designar os tumores malignos que afetam qualquer tecido da cavidade oral ou das estruturas anexas, desde os lábios até à orofaringe, incluindo outras localizações como as glândulas salivares e os ossos maxilares.<sup>(1)</sup>

A mais recente classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para tumores da cabeça e pescoço, atualizada em 2017, é o resultado de um alargado consenso de especialistas de todo o mundo. Inúmeras mudanças foram consideradas e incorporadas, de forma a fornecer à comunidade de profissionais de saúde oral, patologistas, cirurgiões e oncologistas um protocolo para o diagnóstico de patologias da cabeça e pescoço.<sup>(2-4)</sup>

A classificação atual (4.<sup>a</sup> edição) destaca-se pela exclusão dos tumores da orofaringe do grupo de tumores da cavidade oral e língua móvel, estando estes agora num capítulo próprio, reconhecendo a sua singularidade. Assim, dentro do cancro oral, faz-se uma distinção clara entre o cancro da cavidade oral e o cancro da orofaringe (sobretudo da base da língua, palato mole e amígdalas palatinas). Em termos histológicos, o tipo de tumor que afeta maioritariamente a cavidade oral e a orofaringe é o carcinoma pavimentocelular (CPC) ou espinocelular (CEC), presente em mais de 90% dos casos.<sup>(1,5,6)</sup>

## 1.2. Epidemiologia

O cancro oral é a 6.<sup>o</sup> neoplasia maligna mais comum a nível mundial, tratando-se de uma doença com um forte impacto social, não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pelos recursos envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação.<sup>(1)</sup>

Anualmente, são diagnosticados 275000 novos casos em todo o mundo e 127000 mortes são reportadas.<sup>(7)</sup> Em Portugal, de acordo com o Registo Oncológico Nacional (RON), foram diagnosticados 1602 casos de cancro da cavidade oral e da faringe em 2010, sendo um dos países europeus com os piores registos de incidência e mortalidade.<sup>(8)</sup>

Segundo o RON, o cancro da próstata é o mais comum no sexo masculino, estando o cancro oral classificado como o 6.<sup>o</sup> mais frequente. Por outro lado, no sexo feminino, o cancro da mama é o mais frequente e o cancro oral ocupa a 14.<sup>a</sup> posição. Assim, existe uma predileção pelo sexo masculino (4:1) e sabe-se ainda que surge maioritariamente a partir da 4.<sup>a</sup> década de vida.<sup>(8)</sup>

### 1.3. Etiologia e Fatores de Risco

A divisão celular é um processo normal e controlado, responsável pelo crescimento e regeneração do corpo. Porém, quando as células se multiplicam de forma descontrolada levam à formação de um tecido anormal que não consegue ser totalmente eliminado pelo sistema imunológico, podendo ter como consequência o comprometimento de tecidos e órgãos.<sup>(9)</sup> Dependendo do local da sua origem, pode ter diferentes nomenclaturas: se tiver origem em tecidos epiteliais, como a pele e/ou mucosas, é classificado como carcinoma; se tiver origem no tecido conjuntivo, como o osso, músculos ou cartilagens, é denominado sarcoma.<sup>(10)</sup>

Embora a probabilidade de desenvolver cancro oral aumente com a idade, tem-se observado um número crescente de casos diagnosticados em adultos jovens, particularmente na língua, frequentemente na ausência dos fatores de risco convencionais. Nestes casos, a doença pode seguir um curso particularmente agressivo devido a um atraso no diagnóstico, consequência das idades reduzidas e da ausência de fatores de risco.<sup>(11-14)</sup>

O consumo de tabaco e álcool são considerados os principais fatores de risco para o cancro oral, enquanto a infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH) está a emergir como o principal fator de risco para o desenvolvimento de cancro da orofaringe.<sup>(6)</sup>

Constata-se que os fumadores quando comparados com não fumadores apresentam maior risco de desenvolvimento de cancro oral, estando 75% dos casos associados ao tabagismo. Estudos epidemiológicos demonstram ainda que o risco de desenvolvimento desta patologia é 5 a 9 vezes maior em fumadores do que em não fumadores, sendo o risco 15 a 25 vezes maior em fumadores pesados.<sup>(15-16)</sup> Além disso, o consumo de tabaco tem mostrado influenciar o prognóstico e sobrevivência a longo prazo, estando também associado a uma elevada taxa de complicações pós-operatórias e eficácia de radioterapia diminuída.<sup>(17)</sup>

O consumo de álcool também pode influenciar o aparecimento de cancro, estando este relacionado com o consumo geral e não com a quantidade ingerida por dia. Para além disso, tem uma ação sinérgica com o tabagismo, resultando num risco aumentado.<sup>(17-18)</sup>

O VPH, em particular os subtipos 16 e 18, é reconhecido como fator etiológico do cancro da orofaringe (constituindo 90% dos casos de cancro nesta zona), sendo visto numa minoria de casos no cancro da cavidade oral (apenas 3%).<sup>(19-20)</sup>

Também a exposição à radiação solar se trata de um fator de risco estabelecido para o cancro oral, ao nível do lábio inferior.<sup>(17-20)</sup> Em adição, uma dieta pobre em fruta e vegetais, também pode estar associada a um maior risco de cancro, pois uma dieta pobre em agentes antioxidantes facilita o processo de carcinogénese.<sup>(16,21)</sup>

## 1.4. Apresentação Clínica (Sinais e Sintomas)

Regra geral, a fase inicial do cancro oral é assintomática ou manifesta-se por algum desconforto associado à irritação da mucosa oral.<sup>(21)</sup>

Há duas principais lesões, potencialmente malignas, que podem ser precursoras desta patologia: a leucoplasia, classificada pela OMS como sendo “*uma placa branca que não desaparece com a raspagem e que não é compatível com nenhuma outra entidade patológica, clínica e histológica conhecida*”; e a eritroplasia, que são “*lesões atróficas de cor vermelha ou, quando associadas a lesões brancas, passam a denominar-se eritroleucoplasias*”. Porém, existem outros sinais que nos levam a suspeitar de cancro oral. Estes podem ser divididos em precoces e tardios (**Tabela 1**).<sup>(21-22)</sup>

**TABELA 1 – SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES<sup>(21)</sup>**

<b>Precoces</b>	Manchas brancas ou avermelhadas na mucosa oral Erosão ou úlcera que não cicatriza Qualquer nódulo ou espessamento da mucosa Desconforto ou dor persistente
<b>Tardios</b>	Ulceração da mucosa oral Edema em qualquer região da cavidade oral que possa causar má adaptação das próteses Dificuldade em mover a língua ou a mandíbula Dificuldade em mastigar ou deglutir Entorpecimento da língua ou de outra estrutura Nódulo submandibular ou no pescoço

O aparecimento de alterações na anatomia normal ou funcional da boca exige uma explicação. Por isso, quando há evidência de perturbações sensoriais ou motoras na realização do discurso verbal, ou dificuldades de mastigação, justifica-se uma investigação mais aprofundada.<sup>(21)</sup>

O cancro oral pode apresentar várias formas clínicas, sendo, por isso, vital que o clínico possua conhecimento e tome atenção sobre estas, durante o exame objetivo.<sup>(23)</sup> Desta forma, deverá estar alerta para úlceras (lesões endofíticas, ulceradas, com forma redonda ou oval), lesões exofíticas (lesões endurecidas com um crescimento para fora da mucosa, apresentando uma base séssil ou pediculada), lesões infiltrativas (evoluem de forma silenciosa, podendo manifestar-se através de uma deficiente mobilidade da língua), lesões brancas e/ou vermelhas (podem ser lesões potencialmente malignas), ausência de cicatrização de um alvéolo dentário e mobilidade dentária sem causa aparente. Também existem outras formas menos comuns como lesões pigmentadas ou nodulares e linfadenopatias.<sup>(21)</sup>

## 1.5. Lesões Potencialmente Malignas

Em 1973, a OMS definiu as lesões pré-malignas como “*tecido morfológicamente alterado, mas com características benignas, que apresentam risco aumentado de transformação maligna em comparação com tecido homólogo aparentemente normal*”, sendo exemplos a leucoplasia e a eritroplasia. Por outro lado, a OMS também definiu o termo de condição pré-maligna como o “*estado geral, que não altera necessariamente o aspeto local do tecido, mas está associado a maior risco de desenvolvimento de cancro*”, como por exemplo, fibrose submucosa, queilite actínica ou líquen plano.<sup>(23)</sup>

Em 2007 a OMS recomendou, pela primeira vez, o uso do termo alterações orais potencialmente malignas (AOPM), uma vez que são um grupo significativo de desordens da mucosa oral que podem preceder o diagnóstico de CPC. No entanto, não quer dizer que todas as lesões se transformem sempre em cancro, mas a presença de uma AOPM aumenta consideravelmente esse risco, já que a possibilidade de transformação maligna destas lesões é maior quando se compara com tecido saudável.<sup>(24)</sup>

Dentro das AOPM são destacadas as seguintes: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, fibrose submucosa, líquen plano oral, queilite actínica, lesões palatinas em fumadores invertidos, lúpus eritematoso e disqueratose congénita. Mais recentemente, num consenso realizado pela OMS em 2020, foram incluídas as lesões liquenóides orais e a doença enxerto contra hospedeiro, tendo a epidermólise bolhosa sido removida desta classificação por falta de evidência científica (**Anexo 1**).<sup>(24)</sup>

Investigações anteriores demonstram que as AOPM têm um risco significativo de malignização, sendo que algumas formas têm maiores taxas de transformação maligna que outras. Segundo Iocca e cols., o risco de transformação da leucoplasia é 9,5%, da leucoplasia verrucosa proliferativa é 49,5%, da eritroplasia é 33,1%, do líquen plano é de 1,4% e das lesões orais liquenóides é de 3,8%.<sup>(25)</sup>

## 1.6. Diagnóstico

É atualmente bem estabelecido que o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral é um meio eficaz de melhorar o desfecho clínico do doente. A deteção do cancro oral numa fase inicial, quando as lesões são ainda pequenas ou localizadas, é um dos meios mais eficazes de redução da mortalidade, morbidade e progressão da doença.<sup>(8,19,21,26)</sup>

Como tal, deve-se fazer uma inspeção visual da cavidade oral (contemplando não só os dentes, como todas as mucosas, incluindo a língua e a região retromolar) por ser de fácil acesso e simples execução. A avaliação do pescoço é igualmente importante, dado que este cancro, frequentemente, se dissemina através do sistema linfático, para a região submandibular e cadeia cervical.<sup>(19,21)</sup>

Além disso, os exames complementares de diagnóstico são, também, essenciais para o diagnóstico definitivo: os exames imagiológicos ajudam a determinar a relação do tumor tanto com o osso como com outras estruturas adjacentes, bem como avaliar os nódulos linfáticos regionais, visualizar a patologia abaixo da mucosa, determinar dimensões, espessura e profundidade do tumor.<sup>(7,18)</sup>

A recolha de tecido para biópsia e posterior exame histológico permanece como *Gold Standard* na classificação e caracterização de tumores sólidos, sendo o estágio da doença atribuído aquando do diagnóstico definitivo, o mais importante indicador de prognóstico.<sup>(21,27)</sup>

## **1.7. Papel dos Profissionais de Saúde Oral**

Sendo o cancro oral uma doença cujo prognóstico e sucesso do tratamento estão dependentes de um diagnóstico precoce, e são os médicos dentistas e higienistas oraís, os profissionais de saúde que mais observam a cavidade oral dos pacientes, durante as consultas de rotina, deve realizar-se o rastreio para o cancro oral.<sup>(28)</sup>

Na consulta de rastreio de cancro oral o profissional procede a um exame visual de todas as estruturas oraís (incluindo os lábios, língua, gengivas, palato, mucosa jugal e pavimento da boca), bem como das estruturas anexas à cavidade oral (ex.: glândulas salivares, pescoço). A palpação das estruturas oraís e periorais é, também, efetuada para detetar eventuais aumentos de volume e áreas endurecidas.<sup>(28)</sup>

Tão importante como o diagnóstico precoce é a prevenção do cancro oral, principalmente através da cessação do consumo de tabaco e de álcool, por parte dos pacientes. A prevenção do cancro oral também passa pela adoção de um estilo de vida saudável, consumo regular de vegetais frescos e visitas regulares ao médico dentista e/ou higienista oral que permitam que tais lesões sejam diagnosticadas nas suas fases mais precoces. O profissional deve ajudar a sensibilizar e a consciencializar os seus pacientes, sobre os fatores etiológicos implicados no aparecimento e progressão do cancro.<sup>(29)</sup>

## II. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo consistiu em avaliar os conhecimentos dos médicos dentistas e higienistas orais no âmbito do cancro oral em Portugal, bem como aferir a formação e experiência clínica dos mesmos. Para tal, foi necessário:

- Recolher informação sobre o grau de formação académica dos clínicos;
- Avaliar os seus conhecimentos no que diz respeito ao cancro oral, nomeadamente o tipo e subtipo mais comuns, localizações mais frequentes, características clínicas e grupos de risco. Também se aferiu sobre a região anatómica mais prevalente, a alteração oral mais frequente e os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento;
- Aferir sobre os conhecimentos relativamente às lesões potencialmente malignas: prevalência e potencial de malignização;
- Perceber a abordagem clínica dos profissionais;
- Auscultar a opinião dos profissionais no que diz respeito à necessidade de ações formativas acerca da doença e ao conhecimento próprio e da população em geral acerca de aspetos preventivos e de diagnóstico do cancro oral.

Por fim, foi possível avaliar a relação entre os conhecimentos e práticas clínicas utilizadas pelos médicos dentistas e pelos higienistas orais.

### III. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1. Pesquisa Bibliográfica

Foi feita uma pesquisa bibliográfica, sem restrições de data, no período de setembro de 2020 a abril de 2021, na base de dados PubMed, recorrendo-se às palavras-chave “*WHO Classification*”, “*Oral Cancer*”, “*Risk Factors*”, “*Diagnosis*” e “*Oral Biopsy*”.

Relativamente à estratégia de pesquisa foram utilizadas combinações MESH, de forma a obter o maior número de artigos relacionados e interligados entre si, com base nas combinações feitas com as palavras-chave (**Tabela 2**).

TABELA 2 – PESQUISA BIBLIOGRÁFICA ELETRÓNICA

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
PubMed	(“WHO Classification” AND “Oral Cancer”) OR (“Oral Cancer” AND “Risk Factors”) OR (“Oral Cancer” AND “Diagnosis”) OR (“Oral Cancer” AND “Oral Biopsy”). <i>Filtros aplicados: Meta-analysis, Systematic Review, Randomized Controlled Trial, Review, Humans, English, Adult: +19 years.</i>

Paralelamente, também foram incluídos outros artigos com base na lista de referências dos artigos selecionados, assim como resultado da pesquisa primária, sem aplicação de quaisquer filtros. Para a pesquisa também foram utilizadas referências de livros.

#### 3.2. Tipo de Estudo

O presente trabalho consiste num estudo epidemiológico observacional descritivo transversal, do tipo inquérito, tendo por base a experiência de médicos dentistas e higienistas orais portugueses na área da patologia oral, mais concretamente sobre o cancro oral.

#### 3.3. População e Seleção da Amostra

A população do estudo abrange os Médicos Dentistas, inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), e os Higienistas Orais - técnicos de diagnóstico e terapêutica -, que já tenham iniciado sua prática profissional em Portugal. A amostra é constituída pelos Médicos Dentistas e Higienistas Orais que, de forma voluntária, participaram no estudo ao responder aos questionários *online* divulgados através de diversas plataformas digitais.

### 3.4. Estratégia Utilizada

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online*, disponível na plataforma *Google Forms*<sup>®</sup>, entre os meses de janeiro e março de 2021, de carácter voluntário, anónimo e não remunerado.

Os indivíduos que, de forma voluntária, decidiram participar no estudo respondendo ao questionário, depararam-se com questões, na sua grande maioria, de resposta fechada e de carácter obrigatório para a sua submissão.

### 3.5. Dados Recolhidos

Os questionários (**Apêndice 1, I-II**) foram segmentados em diversos grupos (I - Caracterização do profissional de saúde oral; II - Cancro oral e lesões potencialmente malignas; III - Prática clínica de diagnóstico de cancro oral; e IV - Opinião pessoal), dos quais foram, posteriormente, recolhidas as respostas para uma base de dados *Microsoft Office Excel*, 2016<sup>®</sup>. Sempre que possível, foram recolhidos os seguintes dados:

- a) Dados socio-demográficos: género, idade e anos de experiência clínica;
- b) Dados sobre a formação: especialidade médica, país, faculdade e formações adicionais direcionadas para a medicina e patologia oral;
- c) Fatores de risco para o cancro oral;
- d) Lesões potencialmente malignas: frequência e potencial de malignização;
- e) Cancro oral: tipo e subtipo mais comuns, localizações mais frequentes, características clínicas e grupos de risco;
- f) Questões sobre a história médica dos doentes: antecedentes pessoais e familiares, hábitos tabágicos e alcoólicos;
- g) Exame objetivo: extra-oral (palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço) e intra-oral (inclui a avaliação das mucosas, língua, pavimento da boca e região retromolar);
- h) Orientação dos doentes para um autoexame da cavidade oral;
- i) Discussão de casos clínicos com outros colegas;
- j) Atitude perante um doente com lesão potencialmente maligna ou maligna;
- k) Meios auxiliares de diagnóstico: biópsia e outros;
- l) Opinião pessoal: percepção dos profissionais relativamente à prevenção do cancro oral pelos doentes, autoavaliação sobre a capacidade de diagnóstico, realização de biópsias e importância de ter formação adicional.

### 3.6. Análise Estatística

Os dados inseridos no *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> foram exportados para o *software IBM SPSS*<sup>®</sup> *Statistics 26 (Statistical Package for the Social Sciences)*, no qual foi realizada toda a análise estatística dos dados.

Foi realizada a estatística descritiva de todas as variáveis, com o cálculo das suas frequências absolutas e relativas, e a estatística analítica para avaliar a possível relação de significância entre as variáveis.

Para elaborar a estatística analítica, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, já que este teste relaciona duas variáveis qualitativas e os questionários aplicados são constituídos por este tipo de variáveis. Este teste tem como hipótese nula (H0) “As variáveis são independentes”, rejeitando-se H0 e, portanto, considera-se haver relação/dependência entre as variáveis se o *p-value* associado ao teste for inferior ao nível de significância, que se estipula a 5%, isto é, se  $p\text{-value} < 0,05$ . Quando isto ocorre, pode medir-se a intensidade da relação através do coeficiente de contingência (CC), medido de 0 a 1.

No entanto, a utilização do teste Qui-Quadrado requer a verificação de 2 pressupostos: não pode haver mais de 20% das células da tabela com valores esperados inferiores a 5 e o valor mínimo esperado deve ser superior a 1. Quando estes pressupostos não se verificam, podem agrupar-se classes e refazer o teste, o que foi necessário realizar em alguns casos.

### 3.7. Questões Éticas e Deontológicas

O desenho do estudo, bem como os questionários aplicados, foram enviados para o Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), Sr. Professor Doutor João Aquino Marques, – juntamente com a carta de pedido de autorização (**Apêndice 2, I**) – tendo conferido um parecer favorável (**Anexo 2**).

Note-se que a participação dos inquiridos e preenchimento dos questionários foi voluntária e anónima, sendo possível abandonar o estudo a qualquer momento. Além disso, os dados recolhidos foram utilizados apenas para fins estatísticos.

Desta forma, em momento algum houve identificação dos inquiridos, pelo que foram respeitados os princípios éticos e deontológicos atualmente em vigor.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização da Amostra

Foram obtidas 273 respostas aos inquéritos por parte dos Médicos Dentistas (MD) e dos Higienistas Oraís (HO). Destas, apenas 272 foram utilizadas para efeitos estatísticos, uma vez que um dos questionários, devido ao seu preenchimento inadequado, foi excluído. Deste modo, a amostra do estudo foi constituída por 178 MD e 94 HO.

Da totalidade dos inquiridos, 47,2% MD e 46,8% HO referiram ter entre os 20-30 anos e 78,7% MD e 85,1% HO referiram ser do sexo feminino (**Tabela 3**).

**Tabela 3** – Caracterização da amostra de acordo com o género e a faixa etária (**Apêndice 3, I-II**).

			20-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	Mais de 50 anos	Total (por género)
<b>MD</b>	Feminino	N	67	38	31	4	<b>140</b>
		%	47,9	27,1	22,1	2,9	<b>78,7</b>
	Masculino	N	17	12	4	5	<b>38</b>
		%	44,7	31,6	10,5	13,2	<b>21,3</b>
	<b>Total (por idades)</b>	N	<b>84</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	<b>178</b>
		%	<b>47,2</b>	<b>28,1</b>	<b>19,7</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>
<b>HO</b>	Feminino	N	37	19	16	8	<b>80</b>
		%	46,2	23,8	20,0	10,0	<b>85,1</b>
	Masculino	N	7	3	2	2	<b>14</b>
		%	50,0	21,4	14,3	14,3	<b>14,9</b>
	<b>Total (por idades)</b>	N	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>94</b>
		%	<b>46,8</b>	<b>23,4</b>	<b>19,2</b>	<b>10,6</b>	<b>100,0</b>

A distribuição pelos anos de atividade clínica não destacou nenhum dos quatro intervalos. Assim, 27 (28,7%) HO referiram ter menos de 5 anos de experiência, outros 27 (28,7%) entre 5-10 anos, 18 (19,1%) entre 11-20 anos e 22 (23,4%) referiram ter mais de 20 anos de experiência. Quanto aos MD, 72 (40,4%) disseram ter menos de 5 anos de experiência, 37 (20,8%) entre 5-10 anos, 42 (23,6%) entre 11-20 anos e 27 (15,2%) mais de 20 anos (**Apêndice 3, III**).

Dos 178 MD, 14 (7,9%) referiram ter uma especialidade pela OMD, sendo que desses, 6 (42,9%) referiram ser especialistas em Cirurgia Oral, 5 (35,7%) em Odontopediatria, 1 (7,1%) em Ortodontia e 2 (14,3%) em Periodontologia (**Apêndice 3, IV**).

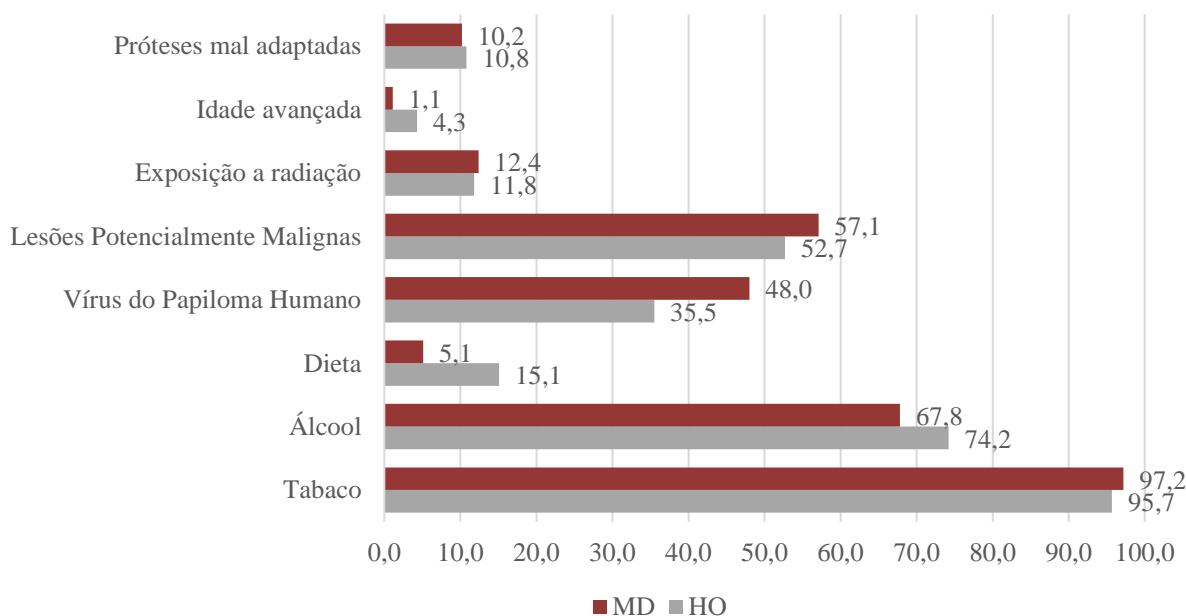
Relativamente ao local de formação académica, todos os MD e HO concluíram o curso em Portugal, sendo que 89,4% dos HO e 38,1% dos MD frequentaram a FMDUL (**Apêndice 3, V**). Por último, quando questionados relativamente à formação adicional na área da medicina e patologia oral, 48 (51,1%) HO e 52 (29,2%) MD referiram ter feito formação após a conclusão do curso (**Apêndice 3, VI**).

## 4.2. Estatística Descritiva

### 4.2.1. Considerações sobre Cancro Oral e Lesões Potencialmente Malignas

Quando os profissionais foram inquiridos para avaliar os seus conhecimentos relativamente ao cancro oral e lesões potencialmente malignas, 56 (59,6%) HO e 99 (55,6%) MD responderam, avaliando-os como “Razoável” (**Apêndice 4, I**).

Relativamente aos fatores de risco para o cancro oral, os indivíduos apresentaram opiniões bastante semelhantes. Dos 177 (99,4%) MD e 93 (98,9%) HO que responderam a esta questão (**Apêndice 4, II**), a grande maioria reconheceu o tabaco (97,2% MD e 95,7% HO), o álcool (67,8% MD e 74,2% HO) e as lesões potencialmente malignas (57,1% MD e 52,7% HO) como os 3 principais fatores de risco para o cancro oral (**Gráfico 1**).



**Gráfico 1** – Gráfico das frequências relativas (%) dos fatores de risco para o cancro oral, segundo os profissionais de saúde (MD e HO).

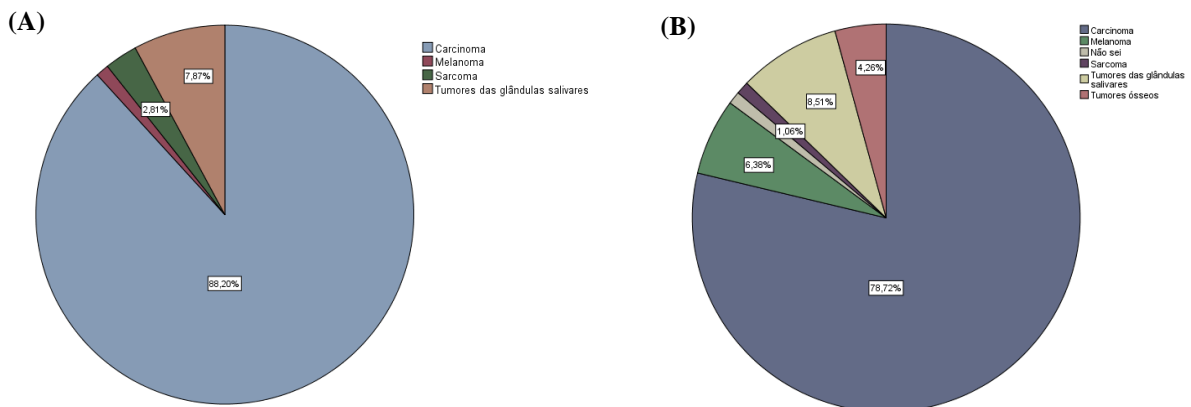
Quanto ao potencial de malignização de algumas lesões, 8,5% HO selecionaram simultaneamente as opções “Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)”, “Eritroplasia (e eritroleucoplasia)” e “Papiloma escamoso viral”, enquanto 9,0% MD responderam em simultâneo as opções “Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)”, “Eritroplasia (e eritroleucoplasia)” e “Queilite actínica” (**Apêndice 4, III**). Mas, de uma forma geral, a grande maioria reconheceu a “Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)” (91,6% MD e 87,2% HO) e a “Eritroplasia (e eritroleucoplasia)” (77,5% MD e 63,8% HO) como lesões potencialmente malignas. Além disso, 29,2% dos MD e 23,4% dos HO também assinalaram a opção “Queilite actínica” (**Tabela 4**).

**Tabela 4** – Distribuição da amostra, com as respetivas frequências absolutas (N) e relativas (%), para as lesões que consideraram ter potencial de malignização.

	HO		MD	
	N	%	N	%
Fibroma traumático	18	19,1	21	11,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)	82	87,2	163	91,6
Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	33	35,1	47	26,4
Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	60	63,8	138	77,5
Lesões liquenóides	19	20,2	35	19,7
Líquen plano oral	28	29,8	54	30,3
Lúpus	5	5,3	6	3,4
Candidíase crónica	6	6,4	12	6,7
Queilite actínica	22	23,4	52	29,2
Papiloma escamoso viral	45	47,9	85	47,8
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

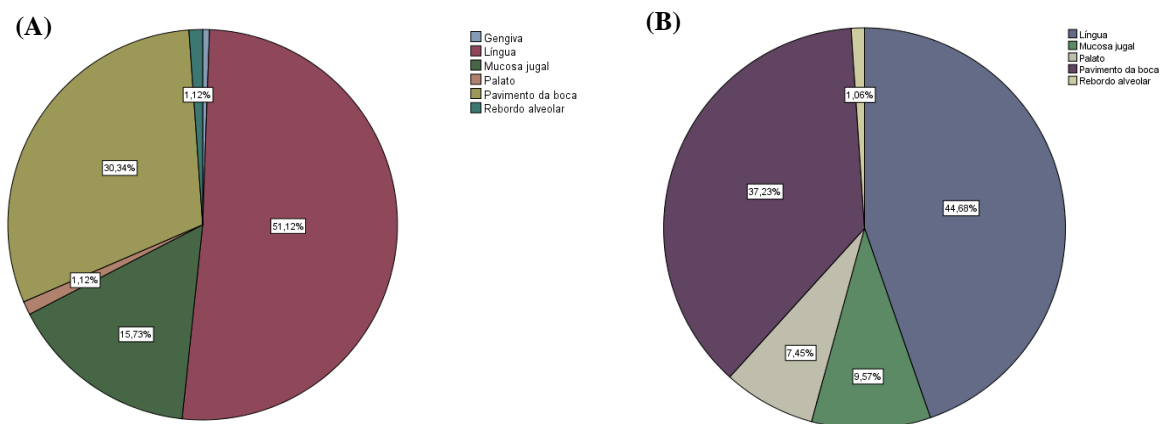
Das lesões apresentadas na tabela acima, 40,4% dos HO descreveram a leucoplasia como sendo a lesão mais frequente e com maior potencial de malignização. Por outro lado, 53,7% dos MD consideraram a leucoplasia como a lesão mais frequente, mas relativamente ao elevado potencial de malignização, 33,9% referiu a eritroplasia (**Apêndice 4, III**).

Verificou-se que a maioria dos profissionais assinalou o “Carcinoma” como o tumor mais comum na cavidade oral (88,2% MD e 78,7% HO) (**Gráfico 2**), tendo a maior parte especificado o tipo espinocelular (74,6% MD e 42,4% HO) (**Apêndice 4, IV**).



**Gráfico 2** – Gráfico das frequências relativas (%) do tumor mais comum da cavidade oral, segundo os MD (A) e os HO (B).

Ambos os grupos foram consensuais quanto às localizações mais frequentes do cancro oral, tendo a maioria assinalado a “Língua” como localização mais frequente (51,1% MD e 44,7% HO) e, de seguida, o “Pavimento da boca” (30,3% MD e 37,2% HO) (**Gráfico 3**).



**Gráfico 3** – Gráfico das frequências relativas (%) das localizações mais frequentes do cancro oral, segundo os MD (A) e os HO (B).

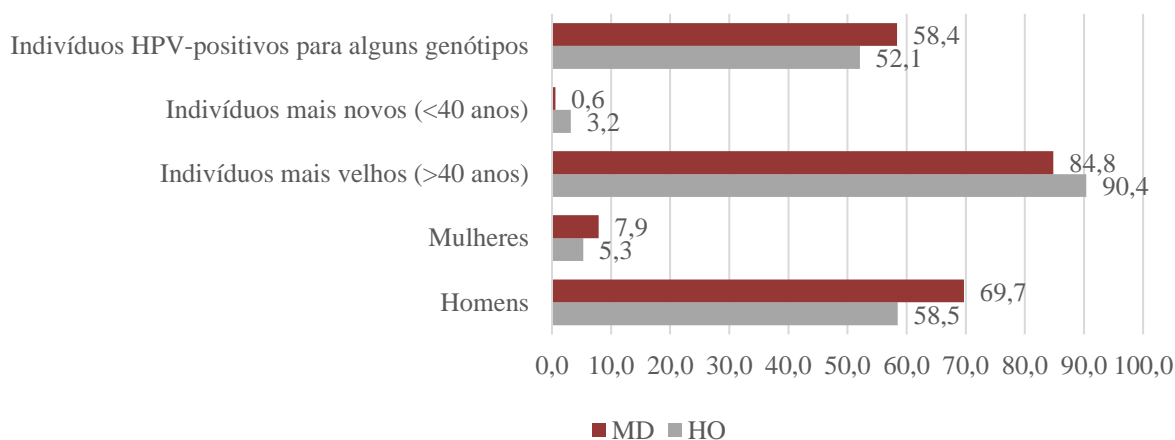
Relativamente às características clínicas do cancro oral, a **Tabela 5** mostra que tanto os HO (87,2%) como os MD (89,3%) consideraram que uma “Úlcera que não cicatriza após 2 semanas” é a manifestação clínica mais frequente. De seguida, os HO consideraram uma “Lesão vermelha” (48,9%), uma “Lesão branca” (48,9%) e “Disfagia e mobilidade limitada da língua” (48,9%). Por outro lado, os MD, consideraram como segunda característica clínica mais frequente o “Aumento dos nódulos linfáticos” (67,4%).

**Tabela 5** – Distribuição da amostra, com as respetivas frequências absolutas (N) e relativas (%), consoante as características clínicas do cancro oral (**Apêndice 4, VI**).

	HO		MD	
	N	%	N	%
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas	82	87,2	159	89,3
Lesão vermelha	46	48,9	79	44,4
Lesão branca	46	48,9	80	44,9
Nódulo	20	21,3	52	29,2
Alvéolo que não cicatriza	17	18,1	40	22,5
Aumento dos nódulos linfáticos	36	38,3	120	67,4
Disfagia e mobilidade limitada da língua	46	48,9	118	66,3
Não sei	2	2,1	0	0,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>178</b>	<b>100</b>

Quanto às populações afetadas pelo cancro oral, da totalidade de inquiridos, 28,7% HO e 32,6% MD selecionaram simultaneamente as três opções: “Homens”, “Indivíduos mais velhos (> 40 anos)” e “Indivíduos HPV-positivos para alguns génotipos” (**Apêndice 4, VII**).

Estas três opções foram, também, as que tiveram maior frequência: “Indivíduos mais velhos (>40 anos)” (84,8% MD e 90,4% HO), “Homens” (69,7% MD e 58,5% HO) e “Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos” (58,4% MD e 52,1% HO) (**Gráfico 4**).



**Gráfico 4** – Gráfico das frequências relativas (%) dos grupos populacionais mais afetados pelo cancro oral, segundo os profissionais de saúde (MD e HO).

#### 4.2.2. Prática Clínica e Diagnóstico de Cancro Oral

Nesta parte foram introduzidas questões relacionadas com a história clínica e exame objetivo, bem como com os exames auxiliares de diagnóstico (no caso dos MD, também se referiram as biópsias da cavidade oral) e a atitudes dos profissionais perante uma lesão potencialmente maligna e/ou maligna.

Relativamente à realização da história clínica, 72,3% HO e 86,5% MD referiram questionar os seus pacientes quanto aos antecedentes pessoais e familiares e 86,2% HO e 93,3% MD referiram questioná-los sobre hábitos tabágicos e alcoólicos (**Gráfico 5**). Relativamente à frequência com que o fazem, 58,5% HO e 65,2% MD responderam “Sempre” (**Apêndice 4, VIII**). Além disso, 93,6% HO e 92,7 MD também referiram aconselhar a cessação tabágica e redução do consumo de álcool, caso aplicável (**Gráfico 5**).

No que toca ao exame objetivo, 58,5% HO e 60,7% MD disseram realizar o exame extra-oral, com palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço. Em adição, 95,7% HO e 98,3% MD referiram realizar um exame intra-oral, incluindo a avaliação das mucosas, língua, pavimento da boca e região retromolar (**Gráfico 5**).

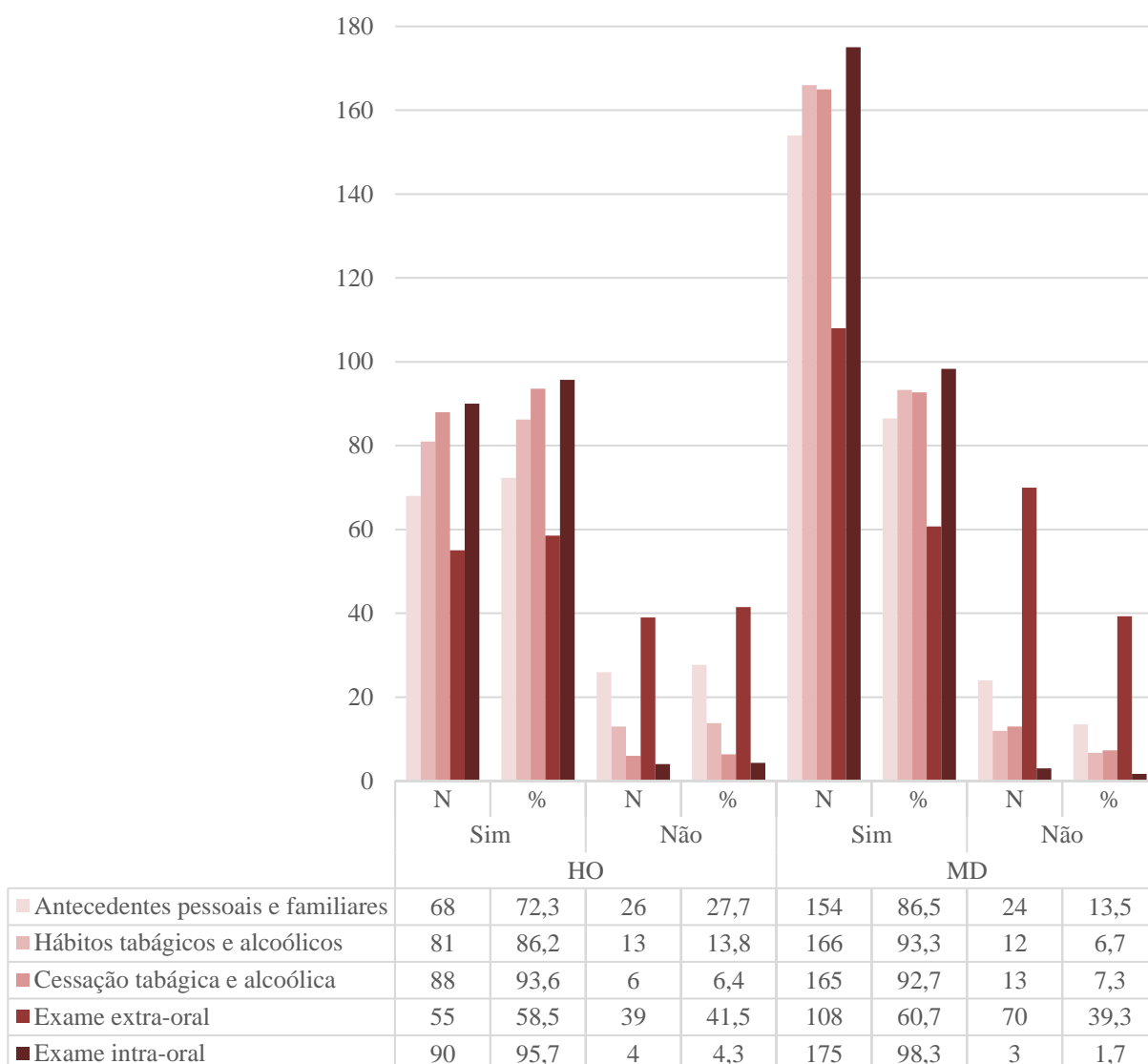
Quando questionados sobre a orientação dos seus pacientes para um autoexame, 62,8% HO e 46,6% MD referiram que “Sim, aos doentes de risco” (**Apêndice 4, IX**).

Quando existe suspeita de uma lesão maligna, 96,1% MD e 96,8% HO revelaram discutir o caso com outros colegas, sendo que a maioria (73,2% MD e 92,3% HO) desses

colegas trabalham na mesma clínica que os inquiridos (**Apêndice 4, X**).

Na prática, perante uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral, a abordagem referida foi semelhante em ambos os grupos. Tanto os HO (76,6%) como os MD (50,6%) responderam: “Encaminho para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral”. No caso dos MD, houve ainda 14,0% a referir biópsia da lesão (**Apêndice 4, XI**).

Sendo a biópsia um procedimento cirúrgico, os únicos inquiridos sobre esta matéria foram os MD. Assim sendo, 35,4% referiram já ter realizado uma biópsia, enquanto os restantes negaram essa prática. Além da biópsia, 11,8% referiu já ter usado outro meio auxiliar de diagnóstico, dos quais 61,9% responderam “Coloração com azul de toluidina”. Dos que referiram não ter usado outro meio auxiliar de diagnóstico além da biópsia (88,2%), 52,0% justificou que “Não tenho acesso no consultório” (**Apêndice 4, XII**).



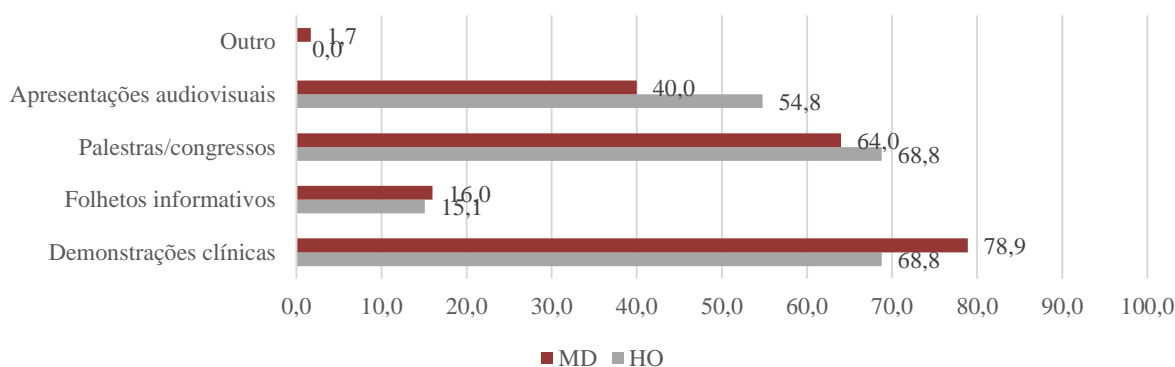
**Gráfico 5** – Gráfico das frequências absolutas (N) e relativas (%) de acordo com a prática clínica dos profissionais de saúde (MD e HO), relativamente à história clínica e exame objetivo (**Apêndice 4, VIII**).

### 4.2.3. Opinião dos Profissionais de Saúde Oral

Em relação à questão sobre se os doentes se encontram devidamente informados relativamente à prevenção do cancro oral, tanto os HO (87,2%) como os MD (82,6%) referiram maioritariamente que “Não” (**Apêndice 4, XIII**).

Mais de 50% dos MD e HO avaliaram a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral em “Razoável” e, relativamente aos MD, cerca de 48,9% respondeu que não se sente confortável em realizar uma biópsia para análise histológica (**Apêndice 4, XIII**).

Mais de 90% dos profissionais referiu ser importante ter formação adicional sobre esta área (**Apêndice 4, XIII**), sendo que os formatos preferenciais se apresentam no **Gráfico 6**.



**Gráfico 6** – Gráfico das frequências relativas (%) do formato das formações, de acordo com as preferências dos profissionais (**Apêndice 4, XIII**).

### 4.3. Estatística Analítica

Para a amostra total (N=272), foram analisadas, separadamente, as variáveis consoante se tratava de MD (178) ou HO (94). Foi, portanto, efetuada a estatística analítica para avaliar a possível relação de significância entre as variáveis. Para cada cruzamento foram determinados o *p-value* e os valores das correlações existentes através do coeficiente de contingência (CC), sempre que se verificou uma relação entre as variáveis (**Tabela 6**).

Para alguns dos cruzamentos foi, ainda, necessário refazer as perguntas dos questionários onde se podia escolher mais do que uma opção. Nesses casos, cada opção seria uma variável, com 2 respostas: sim, se foi selecionada; não, se não. Noutros casos, teve que se agrupar em classes diferentes para poder aplicar o teste Qui-Quadrado ou a sua alternativa.

Dentro dos inquiridos que se formaram em Portugal, decidiu-se estudar a relação entre a instituição de ensino e a capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão

potencialmente maligna ou de cancro oral. No entanto, não foi possível realizar o teste Qui-Quadrado uma vez que não se verificaram os pressupostos para tal (**Apêndice 5, I**).

Quanto à relação entre o género do profissional de saúde oral e as características clínicas do cancro oral que consideraram ser mais comuns, verificou-se uma relação positiva apenas para os MD, uma vez que para os HO o  $p=1,000$ , logo  $p>0,05$  e, portanto, não existe uma relação significativa. No caso dos MD, usou-se a alternativa ao teste Qui-Quadrado (correção de continuidade) e verificou-se uma relação significativa entre a característica “Úlcera que não cicatriza após 2 semanas” e o género ( $p=0,035$ , ou seja,  $p<0,05$ ), sendo que não houve homens a considerá-la (**Apêndice 5, II**).

Ainda relativamente ao género dos profissionais de saúde, mas relacionado com a característica clínica “Disfagia e mobilidade limitada da língua” do cancro oral, verificou-se uma relação positiva apenas para os MD, uma vez que para os HO o  $p=0,283>0,05$  e, portanto, não existe uma relação significativa. No caso dos MD, verificou-se uma relação fraca (16,6%) mas significativa pois  $p=0,025<0,05$ . Verificou-se, portanto, que há uma percentagem muito maior de homens a considerá-la (**Apêndice 5, III**).

Quando relacionado o conhecimento relativamente ao cancro oral e lesões potencialmente malignas com a idade dos profissionais, verificou-se que não foi possível realizar o teste Qui-Quadrado para os HO. No entanto, para os MD estas variáveis estão relacionadas ( $p=0,034<0,05$ ). Apesar da relação ser fraca (23,5%), existe uma percentagem maior de MD mais novos que consideram o conhecimento insuficiente. A faixa etária que considera ter maior conhecimento é dos 31-40 anos (**Apêndice 5, IV**).

Existe uma relação entre as lesões com potencial de malignização, mais especificamente a Eritroplasia (e eritroleucoplasia), e a idade dos profissionais. Até aos 40 anos, a grande maioria dos MD ( $p=0,007<0,05$ ; CC=23,0%) e HO ( $p=0,005<0,05$ ; CC=31,7%) considera essa lesão como tendo potencial de malignidade (**Apêndice 5, V**).

Verificou-se uma relação entre capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral e a idade dos MD ( $p=0,032<0,05$ ; CC=0,237). A maioria dos MD com 31-40 anos referiu ter uma capacidade boa/muito boa. No entanto, não houve uma relação significativa para os HO ( $p=0,998>0,05$ ) (**Apêndice 5, VI**).

Verificou-se, ainda, uma relação entre o facto de já terem frequentado uma formação adicional sobre medicina e patologia oral e a idade dos MD ( $p=0,000<0,05$ ; CC=0,324). A maioria dos MD até aos 30 anos não frequentou nenhuma formação adicional, enquanto os profissionais com mais de 40 anos já frequentaram alguma formação adicional. Por outro lado, não houve uma relação significativa para os HO uma vez que  $p=0,05$  (**Apêndice 5, VII**).

Existe uma relação entre o facto de os profissionais terem realizado formação adicional sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso e capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral. A grande maioria dos MD referiu ter uma capacidade boa ou muito boa ( $p=0,000<0,05$ ;  $CC=29,2\%$ ) e os HO referiram ter uma capacidade razoável ( $p=0,022<0,05$ ;  $CC=27,4\%$ ) (**Apêndice 5, VIII**).

Relativamente à relação entre as lesões com potencial de malignização, mais especificamente a Eritroplasia (e eritroleucoplasia), e os anos de experiência clínica dos MD, esta é significativa ( $p=0,037<0,05$ ), sendo essa correlação de 21,4%. Quem tem mais experiência, considera-a menos e vice-versa. Quanto aos HO não foi possível estabelecer uma relação pois  $p=0,373>0,05$  (**Apêndice 5, IX**).

Para o cruzamento entre as variáveis “Experiência Profissional” e o “Tumor mais comum” não se verificou uma relação estatisticamente significativa para os MD pois o  $p=0,434>0,05$ . No entanto, para os HO essa relação foi fraca (23,0%) mas significativa uma vez que  $p=0,022<0,05$  (**Apêndice 5, X**).

Quanto à experiência profissional e a capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral, esta relação não foi significativa, tanto para os MD ( $p=0,663>0,05$ ) como para os HO ( $p=0,761>0,05$ ) (**Apêndice 5, XI**).

Relativamente aos MD, tanto a relação entre o género e a capacidade de efetuar uma biópsia ( $p=0,000<0,05$ ;  $CC=0,316$ ), como o facto de ser especialista e identificar o papiloma escamoso viral como lesão que consideram ter potencial de malignização ( $p=0,036<0,05$ ;  $CC=0,155$ ), são estatisticamente significativas (**Apêndice 5, XII-XIII**).

**Tabela 6** – Tabela das relações estatísticas entre as variáveis, com o respetivo *p-value* e coeficiente de contingência, sempre que aplicável (**Apêndice 5, I-XIII**).

	MD		HO	
	<i>p-value</i>	CC	<i>p-value</i>	CC
<b>Faculdade * Capacidade de diagnóstico</b>	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>Género * Característica (úlceras)</b>	<b>0,035</b>	(2)	1,000	(2)
<b>Género * Característica (disfagia e mobilidade da língua)</b>	<b>0,025</b>	0,166	0,283	-
<b>Idade * Conhecimento das lesões</b>	<b>0,034</b>	0,235	(1)	(1)
<b>Idade * Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)</b>	<b>0,007</b>	0,230	<b>0,005</b>	0,317
<b>Idade * Capacidade de diagnóstico</b>	<b>0,032</b>	0,237	0,998	-
<b>Idade * Formação adicional</b>	<b>0,000</b>	0,324	0,050	-
<b>Formação adicional * Capacidade de diagnóstico</b>	<b>0,000</b>	0,292	<b>0,022</b>	0,274
<b>Experiência profissional * Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)</b>	<b>0,037</b>	0,214	0,373	-
<b>Experiência profissional * Tumor mais comum</b>	0,434	-	<b>0,022</b>	0,230
<b>Experiência profissional * Capacidade de diagnóstico</b>	0,663	-	0,761	-
<b>Género * Capacidade de realizar uma biópsia</b>	<b>0,000</b>	0,316	(3)	(3)
<b>Especialista * Lesão (papiloma)</b>	<b>0,036</b>	0,155	(3)	(3)

(1) Não foi possível realizar o teste Qui-Quadrado

(2) Foi utilizada a correção de continuidade pelo que não existe coeficiente de contingência

(3) Não aplicável

## V. DISCUSSÃO

### 5.1. Caracterização da Amostra

Os estudos existentes na literatura acerca dos conhecimentos e práticas clínicas sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do cancro oral apresentam uma amostra maior que a do presente estudo<sup>(30-33)</sup>, no entanto este é o primeiro estudo realizado em Portugal que inclui médicos dentistas e higienistas oraís (e não apenas médicos dentistas).

Em relação à idade, a maior parte dos participantes deste estudo eram adultos jovens, numa faixa etária entre os 20 e os 30 anos. Noutros estudos que englobaram questionários realizados tanto a médicos dentistas como higienistas oraís, a média de idades situou-se acima dos 40 anos.<sup>(30-31)</sup>

Relativamente à distribuição da amostra de acordo com o género, os participantes apresentaram-se ser maioritariamente do sexo feminino. Tal como este estudo, também o estudo de Pinto e cols., é constituído por uma amostra de médicos dentistas maioritariamente feminina<sup>(34)</sup>, mas existem estudos, em oposição a esta investigação, que obtiveram uma amostra com maior prevalência do sexo masculino.<sup>(31-33)</sup> No estudo de Gajendra e cols., a amostra era constituída por 87% de médicos dentistas do sexo masculino e 99% de higienistas oraís do sexo feminino.<sup>(30)</sup>

Quanto à formação contínua sobre a área, mais de 50% dos higienistas oraís deste estudo referiram ter feito formação após a conclusão do curso, enquanto apenas 29,2% dos médicos dentistas o fizeram. Em oposição, no estudo de Hertrampf e cols., 81% dos médicos dentistas referiram ter feito formação sobre cancro oral, tendo a maioria realizado essa formação nos dois a cinco anos anteriores à realização do estudo.<sup>(31)</sup>

### 5.2. Considerações sobre Cancro Oral e Lesões Potencialmente Malignas

No que concerne aos fatores de risco, uma percentagem elevada dos dois grupos considerou o tabaco (97,2% MD e 95,7% HO) e o álcool (67,8% MD e 74,2% HO) como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de cancro oral. As mesmas conclusões se podem observar em diversas investigações anteriores, tal como o estudo de Gajendra e cols., no qual 90% dos inquiridos dos dois grupos (MD e HO) consideraram o tabaco e o consumo de álcool (>80%) como fatores principais.<sup>(30-34)</sup>

Um estudo conduzido na cidade de Valongo, em Portugal, para analisar conhecimento relativamente ao cancro oral entre os residentes, mostrou que 89,5% dos indivíduos

identificaram o tabaco, 83,2% uma pobre higiene oral, 81,7% infeções dentárias e 63,3% o álcool como os fatores de risco ou causas mais comuns de cancro oral.<sup>(35)</sup>

Quanto às infeções virais, como é o exemplo do HPV, 48,0% dos MD e 35,5% dos HO do presente estudo, assinalaram esta opção como sendo um dos três principais fatores de risco para o cancro oral, sendo uma percentagem mais baixa do que a observada pelo estudo de Pinto e cols. (quase 90%). No último estudo, também se verificou que 82% dos médicos dentistas associaram o HPV aos casos de cancro oral em indivíduos mais jovens e não fumadores.<sup>(34)</sup>

Diversos estudos, como Hertrampf e cols., salientam que as alterações orais mais frequentemente associadas ao cancro oral são a leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia.<sup>(31,34)</sup> No presente estudo, 40,4% dos HO descreveram a leucoplasia como sendo a lesão mais frequente e com maior potencial de malignização. Por outro lado, 53,7% dos MD consideraram a leucoplasia como a lesão mais frequente, mas relativamente ao elevado potencial de malignização, 33,9% referiu a eritroplasia.

À semelhança de outros estudos, a maioria dos médicos dentistas (74,6%) identificou o carcinoma espinocelular como o tipo de cancro oral mais comum apesar de apresentar uma percentagem mais reduzida que os restantes.<sup>(31-33)</sup> Não obstante, neste estudo, menos de 50% dos higienistas orais identificou o CEC como o mais frequente na cavidade oral.

Segundo Pinto e cols. e Colella e cols., uma úlcera que não cicatriza é geralmente o primeiro sintoma observado pelos doentes, sendo que a frequência é de 92,6% e 59,5%, respetivamente.<sup>(32,34)</sup> O presente estudo corrobora esta afirmação já que tanto os HO (87,2%) como os MD (89,3%) consideraram que uma “Úlcera que não cicatriza após 2 semanas” é a manifestação clínica mais frequente.

Relativamente à localização mais frequente, os estudos encontrados na literatura, corroboram os resultados desta investigação, em que a maioria referiu a língua (51,1% MD e 44,7% HO) e o pavimento da boca (30,3% MD e 37,2% HO) como as mais frequentes.<sup>(31-34)</sup>

De uma forma consensual, os grupos inquiridos identificaram o sexo masculino como o mais frequentemente afetado pelo cancro oral (69,7% MD e 58,5% HO), tal como se observou por Hertrampf e cols., em 2010.<sup>(31)</sup>

De uma forma geral, a amostra deste estudo demonstra, ainda, conhecimentos sobre o facto de a idade avançada corresponder a um fator de risco para o desenvolvimento de cancro oral (84,8% MD e 90,4% HO), tendo identificado que a maior parte destas neoplasias são diagnosticadas em indivíduos com idade superior a 40 anos. De referir, ainda que, 58,4% MD e 52,1% HO estão cientes da influência das infeções virais, como é o exemplo do HPV.

### 5.3. Prática Clínica e Diagnóstico de Cancro Oral

Quanto à história clínica, 72,3% HO e 86,5% MD referiram questionar os seus pacientes quanto aos antecedentes pessoais e familiares e 86,2% HO e 93,3% MD referiram questioná-los sobre hábitos tabágicos e alcoólicos. Além disso, 93,6% HO e 92,7 MD também referiram aconselhar a cessação tabágica e redução do consumo de álcool. Tal como neste estudo, também no de Gajendra e cols. se verificou que os higienistas orais promovem mais sessões de cessação tabágica do que os médicos dentistas<sup>(30)</sup>, apesar desta diferença não ser muito significativa.

No que toca ao exame objetivo, 58,5% HO e 60,7% MD disseram realizar o exame extra-oral, com palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço. Os estudos encontrados na literatura revelaram também que os participantes consideram a palpação dos nódulos linfáticos como fator basilar no despiste do cancro oral.<sup>(30)</sup> Gajendra e cols. demonstrou que os médicos dentistas se sentem mais confortáveis para realizar a palpação dos nódulos linfáticos do que os higienistas orais.<sup>(30)</sup> Segundo Pinto e cols., 40,2% dos médicos dentistas fazem sempre um exame completo com inspeção da mucosa oral, língua, pavimento da boca e região retromolar, pelo menos a cada 6 meses e, apenas 7,4% faz palpação dos linfonodos cervicais a cada 6 meses<sup>(34)</sup>, sendo inferior ao que se verifica noutros estudos europeus.<sup>(32)</sup>

Em relação à orientação dos doentes para o autoexame da cavidade oral, neste estudo, a maioria das respostas mostrou que os profissionais orientam os doentes de risco nesse sentido (62,8% HO e 46,6% MD). Contrariamente, noutros estudos a propensão dos profissionais é para a não orientação dos doentes em relação ao autoexame da cavidade oral.<sup>(31)</sup>

Na prática, perante uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral, a abordagem referida foi semelhante em ambos os grupos. Tanto os HO (76,6%) como os MD (50,6%) responderam que encaminhavam o paciente para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral. No caso dos MD, houve ainda 14,0% a referir biópsia da lesão. De acordo com os estudos encontrados na literatura, a abordagem também é semelhante<sup>(30,32-33)</sup>, sendo que, no caso de Pinto e cols., 43% dos profissionais referiu encaminhar os pacientes com uma lesão potencialmente maligna a um especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral e 35,2% referiu encaminhar para o Instituto de Português de Oncologia.<sup>(34)</sup>

## 5.4. Opinião dos Profissionais de Saúde Oral

No presente estudo, mais de 90% dos inquiridos demonstraram interesse em participar numa ação formativa acerca do cancro oral. Entre os diversos métodos de abordagens educativas e em concordância com outros estudos, as demonstrações clínicas (78,9 MD e 68,8% HO), palestras/congressos (64,0% MD e 68,8% HO) e apresentações audiovisuais (40% MD e 54,8% HO) encontram-se entre os favoritos.<sup>(30-31)</sup>

Os médicos dentistas e higienistas orais, encontrando-se na primeira linha de contacto com a cavidade oral, desempenham um papel fundamental na prevenção e deteção precoce do cancro oral, bem como na educação dos doentes sobre esta doença. Neste trabalho de investigação, mais de 50% dos MD e HO avaliaram a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral em “Razoável”. Segundo a investigação de Vijay Kumar e cols., 57% dos médicos dentistas consideraram que os seus conhecimentos sobre o cancro oral não se encontravam atualizados.<sup>(36)</sup>

## 5.5. Considerações Finais e Limitações do Estudo

Em Portugal existe pouca literatura sobre esta temática, já que foi publicado apenas um estudo semelhante para avaliar os conhecimentos, opiniões e prática clínica exclusivamente dos médicos dentistas relativamente ao cancro oral e lesões potencialmente malignas.<sup>(34)</sup> Nos restantes países da Europa, apesar de existirem alguns estudos sobre esta temática, nenhum faz referência às relações estatísticas estudadas nesta investigação, pelo que não existe literatura suficiente para corroborar os resultados obtidos.

Quanto à relação entre o género do profissional de saúde oral e as características clínicas do cancro oral que consideraram ser mais comuns, verificou-se uma relação significativa para os MD entre a característica “Úlcera que não cicatriza após 2 semanas” e o género ( $p=0,035$ ), sendo que não houve homens a considerá-la. Este dado poderá ser justificado pelo facto de a amostra ser constituída maioritariamente por MD do sexo feminino (78,7%). Ainda relativamente ao género dos profissionais de saúde, mas relacionado com a característica clínica “Disfagia e mobilidade limitada da língua” do cancro oral, verificou-se uma relação fraca (16,6%) para os MD, mas significativa ( $p=0,025$ ). Verificou-se, portanto, que há uma percentagem muito maior de homens a considerá-la, ao contrário do que se verificou anteriormente.

Relativamente à relação entre a faixa etária e o conhecimento do cancro oral e lesões potencialmente malignas, apesar da relação ser fraca (23,5%), os resultados são

estatisticamente significativos ( $p=0,034$ ), existindo uma percentagem maior de MD mais novos que consideram o conhecimento insuficiente. Este resultado é de esperar uma vez que têm menos prática clínica e menos tempo de formação que os MD mais experientes.

Existe, ainda, uma relação entre as lesões com potencial de malignização, mais especificamente a Eritroplasia (e eritroleucoplasia), e a idade dos profissionais. Até aos 40 anos, a grande maioria dos MD ( $p=0,007$ ) e HO ( $p=0,005$ ) considera essa lesão como tendo potencial de malignidade, provavelmente por adquirirem mais conhecimento com o passar do tempo.

Em relação à capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral e a idade dos MD, observou-se uma relação estatística significativa ( $p=0,032$ ), sendo que a maioria dos MD com 31-40 anos referiu ter uma capacidade boa/muito boa. Ou seja, os MD com 31-40 anos sentem-se mais à vontade para fazer um diagnóstico clínico, já que esta faixa etária normalmente corresponde ao auge das carreiras dos profissionais.

Verificou-se, ainda, uma relação estatística significativa entre o facto de os MD já terem frequentado uma formação adicional sobre medicina e patologia oral e as suas idades ( $p=0,000$ ). A maioria dos MD até aos 30 anos não frequentou nenhuma formação adicional, enquanto os profissionais com mais de 40 anos já frequentaram alguma formação adicional, provavelmente porque a partir dos 40 anos os profissionais sentem uma necessidade de atualizar os seus conhecimentos nesta área.

Existe uma relação entre o facto de os profissionais terem realizado formação adicional sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso e capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral. A grande maioria dos MD referiu ter uma capacidade boa ou muito boa ( $p=0,000$ ) e os HO referiram ter uma capacidade razoável ( $p=0,022$ ). No entanto, apesar dos MD estarem mais à vontade para efetuar um diagnóstico do que os HO, pode-se aferir que o facto de se realizar formação complementar na área aumenta a capacidade de diagnóstico em ambos os grupos.

Relativamente à relação entre as lesões com potencial de malignização e os anos de experiência clínica dos MD, quanto mais experiência têm, mais consideram a Eritroplasia (e eritroleucoplasia) como tendo potencial de malignização ( $p=0,037$ ). Apesar dessa correlação ser fraca, de 21,4%, verifica-se que quem tem mais experiência, considera-a menos e vice-versa, provavelmente porque com os anos de experiência se sentem mais confiantes dos seus conhecimentos e não sentem necessidade de investir em mais formação.

Para o cruzamento entre as variáveis “Experiência Profissional” dos HO e o “Tumor

mais comum”, essa relação foi fraca (23,0%) mas significativa ( $p=0,022$ ). Este resultado poderá ser justificado pelo facto de, com o aumento da experiência profissional, os HO têm um maior conhecimento sobre esta área e, portanto, reconhecem acertadamente o carcinoma como o mais comum da cavidade oral.

Relativamente aos MD, a relação entre o género e a capacidade de efetuar uma biópsia é estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ), sendo que os homens se sentem mais à vontade do que as mulheres para realizar uma biópsia. Este resultado pode ser justificado pelo facto de o sexo masculino ser, naturalmente, mais confiante do que o sexo feminino.

Por outro lado, a relação entre o facto de ser especialista (no caso dos MD) e identificar o papiloma escamoso viral como lesão que consideram ter potencial de malignização também é estatisticamente significativa ( $p=0,036$ ). No entanto, não foi discriminada a especialidade pelo que se calcula que este resultado seja representativo das especialidades de Odontopediatria, Ortodontia e Periolontologia e não da especialidade de Cirurgia (e Medicina Oral).

De um modo geral, foi possível estudar mais relações estatísticas na população de médicos dentistas por esta ser maior do que a de higienistas orais. No entanto, tendo em conta a população de profissionais de saúde oral em Portugal, com 11640 médicos dentistas inscritos na OMD em 2020 e 740 higienistas orais (com um rácio higienista oral/população de 1:14280 e com um rácio higienista oral/ médico dentista de 1:14) em 2019, o número de respostas obtidas (272 questionários) não foi satisfatório. Ainda assim, lembrando a escassez de estudos direcionados para a nossa população, os resultados mostraram-se bastante representativos da situação vivida em Portugal.<sup>(37, 38)</sup>

Desta forma, o objetivo de avaliar os conhecimentos dos médicos dentistas e dos higienistas orais portugueses sobre a temática do cancro oral foi alcançado através de um inquérito preenchido, individualmente, por cada um dos profissionais. De modo a colmatar as diferentes interpretações de cada participante, as perguntas dos questionários foram, na sua grande maioria, de resposta fechada. No entanto, uma parte dos questionários assenta numa avaliação subjetiva, visto que cada profissional faz a sua autoavaliação. Assim, não podemos aferir que estes dados tenham a mesma validade que a avaliação realizada por outrem, uma vez que podem estar influenciados pela perceção individual de cada um.

Ainda assim, os resultados deste estudo devem ser interpretados no contexto de potenciais limitações metodológicas. Uma vez que este é um estudo observacional, fornece apenas evidências circunstanciais para a natureza causal das relações que se observaram. Além disso, existe a possibilidade de que os comportamentos não coincidam com a prática

clínica real, já que estão sujeitos à percepção individual de cada um. Em adição, a tendência dos inquiridos é a de fornecer uma resposta socialmente aceitável, o que se traduz num viés (apesar da natureza anónima dos questionários reduzir esse erro).

## VI. CONCLUSÕES

O cancro oral constitui um problema de extrema relevância a nível público e global, especialmente para profissionais de saúde oral. Sabe-se que a sua incidência aumenta com a idade, sendo uma vasta maioria de casos reportados acima dos 40 anos, com predileção pelo género masculino (rácio de 1:4 em 2010, dados do RON) e encontra-se associado a uma taxa significativa de morbilidade e mortalidade.

Neste sentido, várias investigações têm sido conduzidas em diversos países sobre o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde oral e a prevenção e deteção do cancro oral. As respostas diferem de país para país, mas esses dados específicos são necessários para o planeamento estratégico em saúde pública. Assim, por ser de grande interesse fornecer mais informações sobre o assunto, foram expostos os resultados de uma investigação sobre o nível de conhecimento, atitudes e comportamentos sobre o cancro oral numa população de médicos dentistas e higienistas orais em Portugal e sua relação com indicadores diferentes.

No entanto, apesar de se verificar que a maioria dos inquiridos apresentam os conhecimentos teóricos corretos, ainda existem algumas lacunas. Mais de 50% dos profissionais referiram ser razoavelmente capazes de efetuar um diagnóstico de cancro oral, mas relativamente aos médicos dentistas só 14% fazem biópsia das lesões.

Quanto a formação adicional, mais de 90% dos profissionais referiram importante fazê-lo, o que enfatiza a necessidade de mais educação nesta área. Por outro lado, também se verificou que os higienistas orais promovem mais sessões de cessação tabágica do que os médicos dentistas e que os médicos dentistas se sentem mais confortáveis para realizar a palpação dos nódulos linfáticos do que os higienistas orais.

Além disso, um exame abrangente da cavidade oral dos pacientes, bem como a avaliação do risco, são medidas que podem levar à prevenção e deteção precoce do cancro oral. No entanto, muitos especialistas referem que o importante não é necessariamente a identificação de cancro oral, mas a identificação de tecidos com alterações que são consideradas anormais e tomar as devidas precauções. É por esta razão que os profissionais de saúde têm um papel tão importante na vida dos doentes, sendo que este deve ajudar a sensibilizar e a consciencializar os seus pacientes, sobre os fatores etiológicos implicados no aparecimento e progressão do cancro.

Desta forma, e tendo em conta os resultados deste estudo, é muito importante criar novas estratégias preventivas e de saúde pública para que uma melhoria possa ser alcançada gradualmente, aumentando a consciencialização sobre a importância do papel dos profissionais

de saúde oral como comunicadores de mensagens de saúde pública.

Espera-se, desta forma, que este trabalho possa inspirar o desenvolvimento de novas estratégias e políticas para a deteção precoce do cancro oral, a fim de se obterem melhores resultados de prevenção e tratamento da patologia e, conseqüentemente, se reduzam as taxas de morbilidade e mortalidade. Propõe-se, ainda, a realização de estudos futuros que englobem questionários realizados a alunos de diversas universidades como meio comparativo do nível de educação nas diferentes escolas.

Além disso, relativamente à comunidade de profissionais de saúde oral, propõe-se a realização de estudos semelhantes a este, mas com comparação analítica da estatística entre os diferentes grupos de profissionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El-Naggar AK, CJKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg P.J. (Eds). WHO Classification of Head and Neck Tumours Lyon: IARC; 2017 2017. 347 p;
2. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4<sup>th</sup> edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. *Virchows Arch.* 2018 Mar;472(3):311-313;
3. Seethala RR. Update from the 4<sup>th</sup> Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Preface. *Head Neck Pathol.* 2017 Mar;11(1):1-2;
4. Wright JM, Vered M. Update from the 4<sup>th</sup> Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol.* 2017 Mar;11(1):68-77;
5. Müller S. Update from the 4<sup>th</sup> Edition of the World Health Organization of Head and Neck Tumours: Tumours of the Oral Cavity and Mobile Tongue. *Head Neck Pathol.* 2017 Mar;11(1):33-40;
6. Silverman S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education.* 2010;25(3), 279–281;
7. Scheer M, Fuss J, Derman MA, Kreppel M, Neugebauer J, Rothamel D, Drebber U, Zoeller JE. Autofluorescence imaging in recurrent oral squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofac Surg.* 2016 Mar;20(1):27-33;
8. RORENO. Registo Oncológico Nacional 2010. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE, ed. Porto, 2016;
9. Santos IV, Daltro T, Alves B, Miranda M, Falcão L, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol. Clín.-Cient., Recife.* 2011;10(3), 207–210;
10. Falcão MML. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal [dissertação]. Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006;
11. American Cancer Society, Inc. Oral Cancer. American Cancer Society; 2007;
12. Messadi DV. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions.

- International of oral science, 5(2), 59–65; 2013;
13. Musa Z, Johnson K, Rosin MP, Elwood JM, Poh CF, Williams PM, Currie BL. Point of Care. *Journal of Canadian Dental Association*. 2008;74(3), 243–258;
  14. Poh CF, Williams PM, Zhang L, Rosin MP. Heads up! – a call for dentists to screen for oral cancer. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2006 Jun;72(5):413-416;
  15. Masthan KMK, Babu N, Aravindhya D, Kailash C, Elumalai M. Advanced Diagnostic Aids in Oral Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13:3573–6;
  16. Neville WB, Day AT. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *A Cancer Journal for Clinicians*. *CA Cancer J Clin* 2002;52:195-215;
  17. Crescenzi D, Laus M, Radici M, Croce A. TNM classification of the oral cavity carcinomas: some suggested modifications. *Otolaryngologia Polska = The Polish Otolaryngology*. 2015 ;69(4):18-27;
  18. Martinez RC, Sathasivam HP, Cosway B, Palleri V, Fellows S, Adams J, Kennedy M, Pearson R, Long A, Sloan P, Robinson M. Clinicopathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx in young patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018 May;56(4):332-337;
  19. MJ McCullough, G Prasad, CS Farah. Oral mucosal malignancy and potentially malignant lesions: an update on the epidemiology, risk factors, diagnosis and management. *Australian dental journal*. 2010;55(1), 61–65;
  20. T. Baykul HY, U Aydin, MA Aydin, MÇ Aksoy, D Yildirim. Early Diagnosis of Oral Cancer. *The Journal of International Medical Research*. 2010;38(3):13. Epub 749;
  21. Santos L, Teixeira L. *Oncologia Oral*. Lisboa: Lidel; 2011;
  22. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket's Oral Medicine*. Hamilton: BC Decker Ink; 2008;
  23. Amagasa T. *Oral Potentially Malignant Disorders*. Springer, Tokyo; 2015;
  24. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis*. 2020;00:1–19;
  25. Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity

- and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head & Neck*. 2019; 1–17;
26. Malik Uzma Urooj ZS, Pennington Stephen R. Oral Squamous Cell Carcinoma: Key Clinical Questions, Biomarker Discovery, and the Role of Proteomics. *ArcVHes of Oral Biology*. 2015 20 November 2015:41. Epub 40;
  27. Mehrotra R, Gupta DK. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. *Head Neck Oncol*. 2011;3:33–40;
  28. Saleh A, Kong YH, Vengu N, Badrudeen H, Zain RB, Cheong SC. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(1):229-37;
  29. Van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer: Some considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18:e33–7;
  30. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *Journal of Cancer Education : the Official Journal of the American Association for Cancer Education*. 2006 ;21(3):157-162;
  31. Hertrampf K, Wilmang J, Koller M, Klosa K, Wenz HJ. Dentists' perspectives on oral cancer: a survey in Northern Germany and a comparison with international data. *Eur J Cancer Prev*. 2010;19:144–152;
  32. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo IF. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncology*. 2008;44(4):393–399;
  33. López-Jornet P, Camacho-Alonso F., Molina-Miñano F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(1):129–133;
  34. Pinto AC, Henriques I, Cardoso I, Loureiro A, Freitas F, Trancoso P, Azul A. Oral cancer and potentially malignant lesions: knowledge, attitudes and practice of portuguese dentists. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 48(S1):25 (Issue EAOM 2018 – supplement published oh April, 2019);
  35. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. Oral cancer awareness and knowledge in the city of valongo, 31 números31. *Int J Dent*. 2012;2012:376838;

- 36.** Vijay Kumar K V, Suresan V. Knowledge, attitude and screening practices of general dentists concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian J Cancer* 2012;49:33-8;
- 37.** Números da Ordem. Ordem dos Médicos Dentistas. Portugal. 2021. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2021/05/no20-21pt.pdf>;
- 38.** Dados da Associação Portuguesa de Higienistas Orais. Disponível em: <https://www.jornaldentistry.pt/news/artigos/higienista-oral-a-realidade-portuguesa>.

## **Apêndices e Anexos**



## ANEXO

## Anexo 1 – Classificação e Definição das AOPM pela OMS em 2020

Disorder	Definition	Source
Leukoplakia	A predominantly white plaque of questionable risk having excluded (other) known diseases or disorders that carry no increased risk for cancer	Warnakulasuriya et al, 2007
Proliferative Verrucous Leukoplakia (PVL)	Progressive, persistent, and irreversible disorder characterized by the presence of multiple Leukoplakia that frequently become warty	WHO Collaborating Centre 2020
Erythroplakia	A predominantly fiery red patch that cannot be characterized clinically or pathologically as any other definable disease	WHO Collaborating Centre, 2007
Oral Submucous Fibrosis (OSF)	A chronic, insidious disease that affects the oral mucosa, initially resulting in loss of fibroelasticity of the lamina propria and as the disease advances, results in fibrosis of the lamina propria and the submucosa of the oral cavity along with epithelial atrophy	Modified from: World Workshop on Oral Medicine V, Kerr et al. (2011)
Oral Lichen Planus (OLP)	A chronic inflammatory disorder of unknown etiology with characteristic relapses and remissions, displaying white reticular lesions, accompanied or not by atrophic, erosive and ulcerative and/or plaque type areas. Lesions are frequently bilaterally symmetrical. Desquamative gingivitis may be a feature	WHO Collaborating Centre 2020
Actinic Keratosis (Actinic Cheilitis) (AK/AC)	A disorder that results from sun damage and affects exposed areas of the lips, most commonly the vermilion border of the lower lip with a variable presentation of atrophic and erosive areas and white plaques	WHO Collaborating Centre 2020
Palatal Lesions in Reverse Smokers	White and/or red patches affecting the hard palate in reverse smokers, frequently stained with nicotine	WHO Collaborating Centre 2020
Oral Lupus Erythematosus (OLE)	An autoimmune connective tissue disease which may affect the lip and oral cavity, where it presents as an erythematous area surrounded by whitish striae, frequently with a target configuration	WHO Collaborating Centre 2020
Dyskeratosis Congenita (DC)	A rare cancer-prone inherited bone marrow failure syndrome caused by aberrant telomere biology. It is characterized clinically by the presence of the diagnostic triad of dysplastic nails, lacy reticular skin pigmentation and oral leukoplakia	Ballew and Savage (2013)
Newly included in 2020 classification		
Oral Lichenoid Lesion (OLL)	Oral lesions with lichenoid features but lacking the typical clinical or histopathological appearances of OLP, that is, may show asymmetry or are reactions to dental restorations or are drug-induced	WHO Collaborating Centre 2020
Oral Graft versus Host Disease (OGVHD)	Clinical and histopathological presentations similar to oral lichen planus in a patient developing an autoimmune, multi-organ complication after allogeneic hematopoietic cell transplantation	WHO Collaborating Centre 2020
Removed from the 2020 classification due to limited evidence		
Oral Epidermolysis Bullosa (OEB)	A severe epidermal fragility disorder associated with trauma-induced blistering, progressive soft tissue scarring, and increased risk of epidermal cancer	Fritsch et al. (2008)

*Reproduzido de:* ‘Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar J, Bagan J, González-Moles M, Kerr A et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Diseases. 2020’

## Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL



### Comissão de Ética

#### Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), apreciou o pedido de parecer para o seguinte estudo tendo como orientadores os Professores Doutores João Manuel Mendes Caramês e Filipe Marinho Ferraz Freitas.

Código	Título do Estudo
CE-FMDUL202133B	Cancro oral: avaliação dos conhecimentos dos Médicos Dentista e Higienistas Orais em Portugal
Âmbito	Mestrado Integrado de Medicina Dentária- trabalho de fim de curso.
Investigador principal / Estudante	Carolina Inês da Silva Baptista Samora Pinto
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Não se aplica
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não se aplica
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Não se aplica

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 10 de maio de 2021

O presidente da CE-FMDUL

Assinado por : JOÃO MANUEL DE AQUINO

MARQUES

Num. de Identificação: B1050316354

Data: 2021.05.11 19:31:08+01'00'



## **APÊNDICES**

### **Apêndice 1 – Questionários Aplicados**

I – Questionário direcionado para os Médicos Dentistas

II – Questionário direcionado para os Higienistas Orais

## **I – Questionário direcionado para os Médicos Dentistas**

### **QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS DENTISTAS - CANCRO ORAL**

O presente questionário insere-se no projeto de Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), intitulado “*Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Orais em Portugal*” e destina-se a todos os Médicos Dentistas que desenvolvam a sua atividade profissional no nosso país (inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas).

Sendo o cancro oral uma doença cujo prognóstico e sucesso do tratamento estão dependentes de um diagnóstico precoce, é de extrema importância o conhecimento de variados tipos de lesões da cavidade oral, sobretudo lesões potencialmente malignas e malignas. Neste contexto, o diagnóstico em estádios iniciais é fundamental, pois permite um tratamento cirúrgico conservador, assegurando a função e a qualidade de vida do doente, e antecipa longas sobrevivências.

Assim sendo, este trabalho de pesquisa procura estabelecer o nível de conhecimentos e prática clínica dos profissionais de saúde oral em relação ao cancro oral, em Portugal.

A sua participação, através do preenchimento deste questionário, é voluntária e anónima, podendo abandonar o estudo a qualquer momento. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins estatísticos.

Ao prosseguir para o questionário declara que leu toda a informação supracitada, aceitando participar neste estudo após ter sido devidamente informado(a).

Obrigada pela sua colaboração,

Carolina Inês Pinto, estudante do 5º ano do MIMD da FMDUL.

Leia atentamente cada uma das perguntas que se seguem e responda, por favor, de acordo com a sua prática clínica. Se não tiver a certeza sobre a sua resposta, escolha a que melhor se adequar (mais próxima da sua realidade).

GRUPO I – CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ORAL

1. Género:
  - a. Feminino
  - b. Masculino
  
2. Idade:
  - a. 20-30 anos
  - b. 31-40 anos
  - c. 41-50 anos
  - d. Mais de 50 anos
  
3. Anos de experiência clínica:
  - a. Menos de 5 anos
  - b. 5-10 anos
  - c. 11-20 anos
  - d. Mais de 20 anos
  
4. É especialista pela Ordem dos Médicos Dentistas?
  - a. Sim
  - b. Não
  - 4.1. Se respondeu sim à questão 4., indique a especialidade:
    - a. Cirurgia oral
    - b. Odontopediatria
    - c. Periodontologia
    - d. Ortodontia
  
5. Concluiu o curso em Portugal?
  - a. Sim
  - b. Não
  - 5.1. Se respondeu sim, indique a faculdade onde estudou: \_\_\_\_\_
  - 5.2. Se respondeu não, indique o país onde estudou: \_\_\_\_\_
  
6. Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?
  - a. Sim
  - b. Não

GRUPO II – CANCRO ORAL E LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

1. Como avalia o seu conhecimento relativamente ao cancro oral e lesões potencialmente malignas?
  - a. Muito bom
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Insuficiente
  
2. Selecione os 3 principais fatores que considera de risco para o cancro oral:
  - a. Tabaco
  - b. Álcool
  - c. Dieta
  - d. Vírus do papiloma humano
  - e. Lesões potencialmente malignas
  - f. Exposição a radiação
  - g. Idade avançada
  - h. Próteses mal adaptadas
  - i. Outros. Quais? \_\_\_\_\_
  
3. Qual(ais) das seguintes lesões considera ter(em) potencial de malignização?
  - a. Fibroma traumático
  - b. Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)
  - c. Lesões brancas traumáticas (queratose friccional)
  - d. Eritroplasia (e eritroleucoplasia)
  - e. Lesões liquenóides
  - f. Líquen plano oral
  - g. Lúpus
  - h. Candidíase crónica
  - i. Queilite actínica
  - j. Papiloma escamoso viral
  - 3.1. Qual a que considera:
    - 3.1.1 Mais frequente? \_\_\_\_\_
    - 3.1.2. A que tem maior potencial de transformação maligna? \_\_\_\_\_
  
4. Qual o tumor que considera ser mais comum na cavidade oral?
  - a. Melanoma
  - b. Sarcoma
  - c. Tumores de glândulas salivares
  - d. Carcinoma
  - e. Tumores ósseos
  - f. Outro. Qual? \_\_\_\_\_
  - 4.1. Especifique o tipo: \_\_\_\_\_

5. Qual considera ser a localização mais frequente do cancro oral?
  - a. Língua
  - b. Pavimento da boca
  - c. Mucosa jugal
  - d. Rebordo alveolar
  - e. Gengiva
  - f. Palato
  
6. Qual(ais) a(s) característica(s) clínica(s) do cancro oral?
  - a. Úlcera que não cicatriza após 2 semanas
  - b. Lesão vermelha
  - c. Lesão branca
  - d. Nódulo
  - e. Alvéolo que não cicatriza
  - f. Aumento de nódulos linfáticos
  - g. Disfagia e mobilidade limitada da língua
  - h. Não sei
  
7. Considera que o cancro oral afeta principalmente (pode seleccionar várias opções):
  - a. Homens
  - b. Mulheres
  - c. Indivíduos mais velhos (> 40 anos)
  - d. Indivíduos mais novos (< 40 anos)
  - e. Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos

GRUPO III – PRÁTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE CANCRO ORAL

1. Para a realização de um diagnóstico é fundamental elaborar uma história clínica adequada e minuciosa.
  - 1.1. Relativamente à anamnese, costuma questionar os seus doentes sobre:
    - 1.1.1 Antecedentes pessoais e familiares?
      - a. Sim
      - b. Não
    - 1.1.2. Hábitos tabágicos e alcoólicos?
      - a. Sim
      - b. Não
      - 1.1.2.1. Se respondeu sim, com que frequência?
        - a. Sempre
        - b. Às vezes
        - c. Raramente
  - 1.2. Costuma aconselhar a cessação tabágica e a moderação do consumo de álcool?
    - a. Sim
    - b. Não
  - 1.3. No exame extra-oral, realiza palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?
    - a. Sim
    - b. Não
  - 1.4. No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, pavimento da boca e região retromolar?
    - a. Sim
    - b. Não
2. Procura orientar os seus doentes para um auto-exame da cavidade oral para deteção de cancro oral?
  - a. Sim, a todos
  - b. Sim, aos doentes de risco
  - c. Não
3. Quando suspeita de uma lesão maligna costuma discutir o caso com outros colegas?
  - a. Sim
  - b. Não

- 3.1. Se respondeu sim, indique como realiza essa discussão:
- Com colegas da clínica onde trabalho
  - Com colegas externos à clínica onde trabalho
  - Em fóruns de discussão online
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_
4. Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral?
- Encaminho para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral
  - Encaminho para um hospital de referência da área de residência
  - Encaminho para o Instituto Português de Oncologia (IPO)
  - Faço biópsia
  - Outra. Qual? \_\_\_\_\_
5. Já realizou alguma biópsia na sua atividade clínica?
- Sim
  - Não
6. Já utilizou outros meios auxiliares de diagnóstico para além da biópsia?
- Sim
  - Não
- 6.1. Se respondeu sim, indique qual(ais):
- Coloração com azul de toluidina
  - Métodos de quimiofluorescência (p.e. ViziLite®)
  - Métodos de fluorescência (p.e. VELscope®)
  - Citologia exfoliativa
  - Análise de DNA
  - Biomarcadores na saliva
  - Outro. Qual: \_\_\_\_\_
- 6.2. Se respondeu não, indique a razão:
- Não tenho acesso no consultório
  - Ainda não tive oportunidade
  - Desconheço

GRUPO IV – OPINIÃO PESSOAL

1. Considera que os seus doentes estão devidamente informados relativamente à prevenção do cancro oral?
  - a. Sim
  - b. Não
  
2. Como avalia a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral?
  - a. Muito boa
  - b. Boa
  - c. Razoável
  - d. Não me sinto confortável
  
3. Como avalia a sua capacidade para realizar uma biópsia?
  - a. Muito boa
  - b. Boa
  - c. Razoável
  - d. Não me sinto confortável
  
4. Acha importante ter formação adicional sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas?
  - a. Sim
  - b. Não
  - 4.1. Se respondeu sim à questão 4, refira qual o formato que prefere:
    - a. Demonstrações clínicas
    - b. Folhetos informativos
    - c. Palestras/congressos
    - d. Apresentações audiovisuais
    - e. Outro. Qual: \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração!

Para quaisquer esclarecimentos adicionais poderá contactar via email:  
carolinainespinto@campus.ul.pt

## **II - Questionário direcionado para os Higienistas Oraís**

### **QUESTIONÁRIO PARA HIGIENISTAS ORAIS - CANCRO ORAL**

O presente questionário insere-se no projeto de Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), intitulado “*Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Oraís em Portugal*” e destina-se a todos os Higienistas Oraís que desenvolvam a sua atividade profissional no nosso país.

Sendo o cancro oral uma doença cujo prognóstico e sucesso do tratamento estão dependentes de um diagnóstico precoce, é de extrema importância o conhecimento de variados tipos de lesões da cavidade oral, sobretudo lesões potencialmente malignas e malignas. Neste contexto, o diagnóstico em estádios iniciais é fundamental, pois permite um tratamento cirúrgico conservador, assegurando a função e a qualidade de vida do doente, e antecipa longas sobrevivências.

Assim sendo, este trabalho de pesquisa procura estabelecer o nível de conhecimentos e prática clínica dos profissionais de saúde oral em relação ao cancro oral, em Portugal.

A sua participação, através do preenchimento deste questionário, é voluntária e anónima, podendo abandonar o estudo a qualquer momento. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins estatísticos.

Ao prosseguir para o questionário declara que leu toda a informação supracitada, aceitando participar neste estudo após ter sido devidamente informado(a).

Obrigada pela sua colaboração,

Carolina Inês Pinto, estudante do 5º ano do MIMD da FMDUL.

Leia atentamente cada uma das perguntas que se seguem e responda, por favor, de acordo com a sua prática clínica. Se não tiver a certeza sobre a sua resposta, escolha a que melhor se adequar (mais próxima da sua realidade).

GRUPO I – CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ORAL

1. Género:
  - a. Feminino
  - b. Masculino
  
2. Idade:
  - a. 20-30 anos
  - b. 31-40 anos
  - c. 41-50 anos
  - d. Mais de 50 anos
  
3. Anos de experiência clínica:
  - a. Menos de 5 anos
  - b. 5-10 anos
  - c. 11-20 anos
  - d. Mais de 20 anos
  
4. Concluiu o curso em Portugal?
  - a. Sim
  - b. Não
  - 4.1. Se respondeu sim, indique a faculdade onde estudou: \_\_\_\_\_
  - 4.2. Se respondeu não, indique o país onde estudou: \_\_\_\_\_
  
5. Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?
  - a. Sim
  - b. Não

GRUPO II – CANCRO ORAL E LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

1. Como avalia o seu conhecimento relativamente ao cancro oral e lesões potencialmente malignas?
  - a. Muito bom
  - b. Bom
  - c. Razoável
  - d. Insuficiente
  
2. Selecione os 3 principais fatores que considera de risco para o cancro oral:
  - a. Tabaco
  - b. Álcool
  - c. Dieta
  - d. Vírus do papiloma humano
  - e. Lesões potencialmente malignas
  - f. Exposição a radiação
  - g. Idade avançada
  - h. Próteses mal adaptadas
  - i. Outros. Quais? \_\_\_\_\_
  
3. Qual(ais) das seguintes lesões considera ter(em) potencial de malignização?
  - a. Fibroma traumático
  - b. Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)
  - c. Lesões brancas traumáticas (queratose friccional)
  - d. Eritroplasia (e eritroleucoplasia)
  - e. Lesões líquenóides
  - f. Líquen plano oral
  - g. Lúpus
  - h. Candidíase crónica
  - i. Queilite actínica
  - j. Papiloma escamoso viral
  - 3.1. Qual a que considera:
    - 3.1.1 Mais frequente? \_\_\_\_\_
    - 3.1.2. A que tem maior potencial de transformação maligna? \_\_\_\_\_
  
4. Qual o tumor que considera ser mais comum na cavidade oral?
  - a. Melanoma
  - b. Sarcoma
  - c. Tumores de glândulas salivares
  - d. Carcinoma
  - e. Tumores ósseos
  - f. Outro. Qual? \_\_\_\_\_
  - 4.1. Especifique o tipo: \_\_\_\_\_

5. Qual considera ser a localização mais frequente do cancro oral?
  - a. Língua
  - b. Pavimento da boca
  - c. Mucosa jugal
  - d. Rebordo alveolar
  - e. Gengiva
  - f. Palato
  
6. Qual(ais) a(s) característica(s) clínica(s) do cancro oral?
  - a. Úlcera que não cicatriza após 2 semanas
  - b. Lesão vermelha
  - c. Lesão branca
  - d. Nódulo
  - e. Alvéolo que não cicatriza
  - f. Aumento de nódulos linfáticos
  - g. Disfagia e mobilidade limitada da língua
  - h. Não sei
  
7. Considera que o cancro oral afeta principalmente (pode seleccionar várias opções):
  - a. Homens
  - b. Mulheres
  - c. Indivíduos mais velhos (> 40 anos)
  - d. Indivíduos mais novos (< 40 anos)
  - e. Indivíduos HPV-positivos para alguns génotipos

GRUPO III – PRÁTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE CANCRO ORAL

1. Para a realização de um diagnóstico é fundamental elaborar uma história clínica adequada e minuciosa.
  - 1.1. Relativamente à anamnese, costuma questionar os seus doentes sobre:
    - 1.1.1 Antecedentes pessoais e familiares?
      - a. Sim
      - b. Não
    - 1.1.2. Hábitos tabágicos e alcoólicos?
      - a. Sim
      - b. Não
      - 1.1.2.1. Se respondeu sim, com que frequência?
        - a. Sempre
        - b. Às vezes
        - c. Raramente
  - 1.2. Costuma aconselhar a cessação tabágica e a moderação do consumo de álcool?
    - a. Sim
    - b. Não
  - 1.3. No exame extra-oral, realiza palpação dos nódulos linfáticos da região da cabeça e pescoço?
    - a. Sim
    - b. Não
  - 1.4. No exame intra-oral, inclui a avaliação das mucosas, língua, pavimento da boca e região retromolar?
    - a. Sim
    - b. Não
2. Procura orientar os seus doentes para um auto-exame da cavidade oral para deteção de cancro oral?
  - a. Sim, a todos
  - b. Sim, aos doentes de risco
  - c. Não
3. Quando suspeita de uma lesão maligna costuma discutir o caso com outros colegas?
  - a. Sim
  - b. Não

- 3.1. Se respondeu sim, indique como realiza essa discussão:
- a. Com colegas da clínica onde trabalho
  - b. Com colegas externos à clínica onde trabalho
  - c. Em fóruns de discussão online
  - d. Outra. Qual? \_\_\_\_\_
4. Qual a sua atitude perante um doente que apresenta uma lesão com suspeita de malignidade/cancro oral?
- a. Encaminho para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral
  - b. Encaminho para um hospital de referência da área de residência
  - c. Encaminho para o Instituto Português de Oncologia (IPO)
  - d. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

GRUPO IV – OPINIÃO PESSOAL

1. Considera que os seus doentes estão devidamente informados relativamente à prevenção do cancro oral?
  - a. Sim
  - b. Não
  
2. Como avalia a sua capacidade para efetuar um diagnóstico clínico de uma lesão potencialmente maligna ou de cancro oral?
  - a. Muito boa
  - b. Boa
  - c. Razoável
  - d. Não me sinto confortável
  
3. Acha importante ter formação adicional sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas?
  - a. Sim
  - b. Não
  
- 3.1. Se respondeu sim à questão 3, refira qual o formato que prefere:
  - a. Demonstrações clínicas
  - b. Folhetos informativos
  - c. Palestras/congressos
  - d. Apresentações audiovisuais
  - e. Outro. Qual: \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração!

Para quaisquer esclarecimentos adicionais poderá contactar via email:  
carolinainespinto@campus.ul.pt

## **Apêndice 2 - Pedido de Autorização**

I – Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL

## I – Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde  
da Faculdade de Medicina Dentária  
da Universidade de Lisboa  
Professor Doutor João Aquino Marques

Lisboa, 09 de dezembro de 2020

Venho, por este meio, solicitar a autorização da Comissão a que V. Ex.<sup>a</sup> preside, para a realização de um estudo intitulado “*Cancro Oral: Avaliação dos Conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Orais em Portugal*”, inserido no projeto de Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL), sob orientação do Professor Doutor João Manuel Mendes Caramês e do Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas.

O referido estudo investigará os conhecimentos dos Médicos Dentistas e dos Higienistas Orais portugueses em relação ao cancro oral. O período da realização deste estudo será ao longo do ano letivo 2020/2021, com recurso a questionários *online* divulgados através de diversas plataformas digitais.

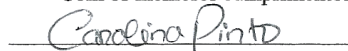
A participação dos inquiridos e preenchimento dos questionários é voluntária e anónima, sendo possível abandonar o estudo a qualquer momento. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins estatísticos.

Acrescento ainda, sob compromisso de honra, que o funcionamento da instituição não será posto em causa e que serão respeitados os princípios éticos e deontológicos vigentes.

Em anexo, envio os dois questionários que serão utilizados para o estudo do conhecimento em relação ao cancro oral, um para os Médicos Dentistas e, outro, para os Higienistas Orais.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos,



(Carolina Inês da Silva Baptista Samora Pinto)

## **Apêndice 3 – Caracterização da Amostra**

I – Caracterização da amostra por género

II – Caracterização da amostra por faixa etária

III – Caracterização da amostra por anos de experiência clínica

IV – Caracterização da amostra segundo a especialidade médica

V – Caracterização da amostra segundo o local da formação académica

VI – Caracterização da amostra segundo formação complementar

## I – Caracterização da amostra por género

### Género\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	80	85,1	85,1	85,1
	Masculino	14	14,9	14,9	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Género\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	140	78,7	78,7	78,7
	Masculino	38	21,3	21,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## II – Caracterização da amostra por faixa etária

### Idade\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	20-30 anos	44	46,8	46,8	46,8
	31-40 anos	22	23,4	23,4	70,2
	41-50 anos	18	19,1	19,1	89,4
	Mais de 50 anos	10	10,6	10,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Idade\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	20-30 anos	84	47,2	47,2	47,2
	31-40 anos	50	28,1	28,1	75,3
	41-50 anos	35	19,7	19,7	94,9
	Mais de 50 anos	9	5,1	5,1	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

### III – Caracterização da amostra por anos de experiência clínica

#### Anos de experiência clínica\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	11-20 anos	18	19,1	19,1	19,1
	5-10 anos	27	28,7	28,7	47,9
	Mais de 20 anos	22	23,4	23,4	71,3
	Menos de 5 anos	27	28,7	28,7	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

#### Anos de experiência clínica\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	11-20 anos	42	23,6	23,6	23,6
	5-10 anos	37	20,8	20,8	44,4
	Mais de 20 anos	27	15,2	15,2	59,6
	Menos de 5 anos	72	40,4	40,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## IV – Caracterização da amostra segundo a especialidade médica

### Especialista pela Ordem dos Médicos Dentistas\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	164	92,1	92,1	92,1
	Sim	14	7,9	7,9	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

### Especialidade\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Cirurgia Oral	6	3,4	42,9	42,9
	Odontopediatria	5	2,8	35,7	78,6
	Ortodontia	1	,6	7,1	85,7
	Periodontologia	2	1,1	14,3	100,0
	Total	14	7,9	100,0	
Omisso	-1	164	92,1		
Total		178	100,0		

## V – Caracterização da amostra segundo o local da formação académica

### Concluiu o curso em Portugal?\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	<b>94</b>	100,0	<b>100,0</b>	100,0

### Faculdade\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	FMDUL	<b>84</b>	89,4	<b>89,4</b>	89,4
	FMDUL/ISAVE	2	2,1	2,1	91,5
	IPP - ESS	3	3,2	3,2	94,7
	ISAVE	1	1,1	1,1	95,7
	NR	2	2,1	2,1	97,9
	UCP	2	2,1	2,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Concluiu o curso em Portugal?\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	<b>178</b>	100,0	<b>100,0</b>	100,0

### Faculdade\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	CESPU	21	11,8	11,9	11,9
	FMDUL	<b>67</b>	37,6	<b>38,1</b>	50,0
	FMDUP	35	19,7	19,9	69,9
	FMUC	7	3,9	4,0	73,9
	ISCSEM	26	14,6	14,8	88,6
	UCP	7	3,9	4,0	92,6
	UFP	13	7,3	7,4	100,0
	Total	176	98,9	100,0	
Omisso	-1	2	1,1		
Total		178	100,0		

## VI – Caracterização da amostra segundo formação complementar

### Formação sobre medicina e patologia oral\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	46	48,9	48,9	48,9
	Sim	48	51,1	51,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Formação sobre medicina e patologia oral\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	126	70,8	70,8	70,8
	Sim	52	29,2	29,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## **Apêndice 4 – Estatística Descritiva**

I – Autoavaliação dos conhecimentos sobre cancro oral e LPM

II – 3 principais fatores de risco para o cancro oral

III – Lesões com potencial de malignização

IV – Tumor mais frequente da cavidade oral

V – Localização mais frequente do cancro oral

VI - Características clínicas do cancro oral

VII – População mais afetada pelo cancro oral

VIII – História clínica e exame objetivo

IX – Orientação para auto-exame da cavidade oral

X – Discussão de casos clínicos

XI – Atitude clínica perante um caso suspeito

XII – Biópsias e meios auxiliares de diagnóstico

XIII – Opiniões dos profissionais de saúde oral

## I – Autoavaliação dos conhecimentos sobre cancro oral e lesões potencialmente malignas

### AutoavaliaçãoConhecimentos\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Bom	20	21,3	21,3	21,3
	Insuficiente	17	18,1	18,1	39,4
	Muito bom	1	1,1	1,1	40,4
	Razoável	<b>56</b>	59,6	<b>59,6</b>	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### AutoavaliaçãoConhecimentos\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Bom	40	22,5	22,5	22,5
	Insuficiente	30	16,9	16,9	39,3
	Muito bom	9	5,1	5,1	44,4
	Razoável	<b>99</b>	55,6	<b>55,6</b>	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**II – 3 principais fatores de risco para o cancro oral****3 principais fatores de risco para o cancro oral\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Álcool, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	1	1,1	1,1	1,1
	Álcool, Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas	1	1,1	1,1	2,2
	Dieta, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	1	1,1	1,1	3,2
	Tabaco, Álcool, Dieta	12	12,8	12,9	16,1
	Tabaco, Álcool, Exposição a radiação	8	8,5	8,6	24,7
	Tabaco, Álcool, Idade avançada	2	2,1	2,2	26,9
	Tabaco, Álcool, Lesões potencialmente malignas	28	29,8	30,1	57,0
	Tabaco, Álcool, Próteses mal adaptadas	2	2,1	2,2	59,1
	Tabaco, Álcool, Vírus do papiloma humano	15	16,0	16,1	75,3
	Tabaco, Dieta, Idade avançada	1	1,1	1,1	76,3
	Tabaco, Lesões potencialmente malignas, Exposição a radiação	2	2,1	2,2	78,5
	Tabaco, Lesões potencialmente malignas, Idade avançada	1	1,1	1,1	79,6
	Tabaco, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	2	2,1	2,2	81,7
	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Exposição a radiação	1	1,1	1,1	82,8
	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas	12	12,8	12,9	95,7

	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Próteses mal adaptadas	3	3,2	3,2	98,9
	Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	1	1,1	1,1	100,0
	Total	93	98,9	100,0	
Omisso	-1	1	1,1		
Total		94	100,0		

### 3 principais fatores de risco para o cancro oral\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Álcool, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	1	,6	,6	,6
	Álcool, Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas	1	,6	,6	1,1
	Tabaco, Álcool, Dieta	7	3,9	4,0	5,1
	Tabaco, Álcool, Exposição a radiação	7	3,9	4,0	9,0
	Tabaco, Álcool, Idade avançada	1	,6	,6	9,6
	Tabaco, Álcool, Lesões potencialmente malignas	52	29,2	29,4	39,0
	Tabaco, Álcool, Próteses mal adaptadas	5	2,8	2,8	41,8
	Tabaco, Álcool, Vírus do papiloma humano	47	26,4	26,6	68,4
	Tabaco, Dieta, Lesões potencialmente malignas	1	,6	,6	68,9
	Tabaco, Dieta, Vírus do papiloma humano	2	1,1	1,1	70,1
	Tabaco, Exposição a radiação, Próteses mal adaptadas	1	,6	,6	70,6
	Tabaco, Lesões	8	4,5	4,5	75,1

	potencialmente malignas, Exposição a radiação				
	Tabaco, Lesões potencialmente malignas, Idade avançada	1	,6	,6	75,7
	Tabaco, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	8	4,5	4,5	80,2
	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Exposição a radiação	5	2,8	2,8	83,1
	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas	26	14,6	14,7	97,7
	Tabaco, Vírus do papiloma humano, Próteses mal adaptadas	1	,6	,6	98,3
	Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas, Exposição a radiação	1	,6	,6	98,9
	Vírus do papiloma humano, Lesões potencialmente malignas, Próteses mal adaptadas	2	1,1	1,1	100,0
	Total	177	99,4	100,0	
Omisso	-1	1	,6		
Total		178	100,0		

**III – Lesões com potencial de malignização****Lesões com potencial de malignização\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Candidíase crónica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	1,1
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	2,1
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	1	1,1	1,1	3,2
	Fibroma traumático, Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	4,3
	Fibroma traumático, Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	2	2,1	2,1	6,4
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	7,4
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	1	1,1	1,1	8,5
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa),	1	1,1	1,1	9,6

Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral				
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	10,6
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	11,7
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	12,8
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	13,8

Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Papiloma escamoso viral	2	2,1	2,1	16,0
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	2	2,1	2,1	18,1
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides	1	1,1	1,1	19,1
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Papiloma escamoso viral	2	2,1	2,1	21,3
Fibroma traumático, Lúpus, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	22,3
Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	1	1,1	1,1	23,4
Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Líquen plano oral, Candidíase crónica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	24,5
Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Lúpus, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	25,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	1	1,1	1,1	26,6
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)	4	4,3	4,3	30,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa),	5	5,3	5,3	36,2

Eritroplasia (e eritroleucoplasia)				
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides	2	2,1	2,1	38,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral	1	1,1	1,1	39,4
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Candidíase crónica	1	1,1	1,1	40,4
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	41,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral	4	4,3	4,3	45,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	3	3,2	3,2	48,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Queilite actínica	5	5,3	5,3	54,3

Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lúpus, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	55,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	8	8,5	8,5	63,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	6	6,4	6,4	70,2
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	71,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	2	2,1	2,1	73,4
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Candidíase crónica	1	1,1	1,1	74,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	5	5,3	5,3	79,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano	1	1,1	1,1	80,9

oral, Lúpus, Papiloma escamoso viral				
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Lúpus, Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	81,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	2	2,1	2,1	84,0
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Lúpus, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	85,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Líquen plano oral	3	3,2	3,2	88,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Papiloma escamoso viral	3	3,2	3,2	91,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides, Líquen plano oral	1	1,1	1,1	92,6
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa),	1	1,1	1,1	93,6

Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral				
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Líquen plano oral	1	1,1	1,1	94,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	95,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	96,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Queilite actínica	1	1,1	1,1	97,9
Líquen plano oral	1	1,1	1,1	98,9
Papiloma escamoso viral	1	1,1	1,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

**Potencialmente maligna mais freq\_HO**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido				
Eritroplasia	1	1,1	1,1	1,1
Fibroma traumático	15	16,0	16,0	17,0
Fibroma traumático, lesões brancas	1	1,1	1,1	18,1
Lesões brancas	2	2,1	2,1	20,2
Lesões brancas traumáticas	9	9,6	9,6	29,8
Lesões brancas traumáticas, queratose ficcional	1	1,1	1,1	30,9
Lesões liquenóides	2	2,1	2,1	33,0
Lesões traumáticas	1	1,1	1,1	34,0
Leucoplasia	38	40,4	40,4	74,5
Leucoplasia, lesões brancas	1	1,1	1,1	75,5
LPO	13	13,8	13,8	89,4
Não sei	6	6,4	6,4	95,7
Papiloma escamoso viral	2	2,1	2,1	97,9
Queilite actínica	2	2,1	2,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

**Maior potencial de transformação maligna\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Eritroleucoplasia	4	4,3	4,3	4,3
	Eritroplasia	20	21,3	21,3	25,5
	Eritroplasia e eritreicoplasia	4	4,3	4,3	29,8
	Lesões brancas	2	2,1	2,1	31,9
	Lesões brancas traumáticas	6	6,4	6,4	38,3
	Leucoplasia	38	40,4	40,4	78,7
	Leucoplasia e fibroma traumático	1	1,1	1,1	79,8
	Leucoplasia proliferativa verrucosa	2	2,1	2,1	81,9
	LPO	1	1,1	1,1	83,0
	Lúpus	1	1,1	1,1	84,0
	Não sei	7	7,4	7,4	91,5
	Papiloma escamoso viral	7	7,4	7,4	98,9
	Queilite actínica	1	1,1	1,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Lesões com potencial de malignização\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	1	,6	,6	,6
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lúpus	1	,6	,6	1,1
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	3	1,7	1,7	2,8
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	1	,6	,6	3,4
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	3,9
	Fibroma traumático, Eritroplasia (e	1	,6	,6	4,5

eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral				
Fibroma traumático, Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	5,1
Fibroma traumático, Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	1	,6	,6	5,6
Fibroma traumático, Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	6,2
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	6,7
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	2	1,1	1,1	7,9
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	8,4
Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Queilite actínica, Papiloma	1	,6	,6	9,0

	escamoso viral				
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	1	,6	,6	9,6
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	2	1,1	1,1	10,7
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Candidíase crónica	1	,6	,6	11,2
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	11,8
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	12,4
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia	1	,6	,6	12,9

	proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral				
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	13,5
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides	1	,6	,6	14,0
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	14,6
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Líquen plano oral	1	,6	,6	15,2
	Fibroma traumático, Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	15,7
	Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	1	,6	,6	16,3
	Lesões brancas traumáticas	1	,6	,6	16,9

(e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral				
Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Queilite actínica	1	,6	,6	17,4
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides	1	,6	,6	18,0
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral	1	,6	,6	18,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	19,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	1	,6	,6	19,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	2	1,1	1,1	20,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	2	1,1	1,1	21,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides	1	,6	,6	22,5

Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	23,0
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)	1	,6	,6	23,6
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Candidíase crónica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	24,2
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Candidíase crónica, Queilite actínica	1	,6	,6	24,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	10	5,6	5,6	30,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Candidíase crónica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	30,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides	4	2,2	2,2	33,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral	1	,6	,6	33,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	34,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa)	4	2,2	2,2	36,5

proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral				
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Queilite actínica	1	,6	,6	37,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral	4	2,2	2,2	39,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	15	8,4	8,4	47,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Candidíase crónica	1	,6	,6	48,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Candidíase crónica, Queilite actínica	1	,6	,6	48,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	49,4
Leucoplasia (e leucoplasia	1	,6	,6	50,0

	proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Lúpus, Candidíase crónica, Queilite actínica				
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	3	1,7	1,7	51,7
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Queilite actínica	1	,6	,6	52,2
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	52,8
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lúpus	2	1,1	1,1	53,9
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	14	7,9	7,9	61,8
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	16	9,0	9,0	70,8
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite	6	3,4	3,4	74,2

	actínica, Papiloma escamoso viral				
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional)	1	,6	,6	74,7
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	7	3,9	3,9	78,7
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Candidíase crónica, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	79,2
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Lúpus, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	79,8
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	80,3
	Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas	2	1,1	1,1	81,5

(e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Queilite actínica, Papiloma escamoso viral				
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral	1	,6	,6	82,0
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	82,6
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Líquen plano oral, Queilite actínica	1	,6	,6	83,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Papiloma escamoso viral	5	2,8	2,8	86,0
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica	1	,6	,6	86,5

Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Eritroplasia (e eritroleucoplasia), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	87,1
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides	1	,6	,6	87,6
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides, Líquen plano oral	1	,6	,6	88,2
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	88,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Líquen plano oral, Lúpus, Candidíase crónica, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	89,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	89,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Papiloma escamoso viral	4	2,2	2,2	92,1

Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões brancas traumáticas (e queratose friccional), Queilite actínica	1	,6	,6	92,7
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides	1	,6	,6	93,3
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides, Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	93,8
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Lesões liquenóides, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	94,4
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Líquen plano oral	1	,6	,6	94,9
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Líquen plano oral, Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	95,5
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Papiloma escamoso viral	3	1,7	1,7	97,2
Leucoplasia (e leucoplasia proliferativa verrucosa), Queilite actínica, Papiloma escamoso viral	4	2,2	2,2	99,4
Queilite actínica	1	,6	,6	100,0
Total	178	100,0	100,0	

**Potencialmente maligna mais freq\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Candidíase	4	2,2	2,3	2,3
	Candidíase crónica	1	,6	,6	3,4
	Candidíase crónica	1	,6	,6	2,8
	Candidíase, estomatite	1	,6	,6	4,0

	protética				
	Eritroplasia	4	2,2	2,3	6,2
	Fibroma	4	2,2	2,3	8,5
	Fibroma traumático	1	,6	,6	17,5
	Fibroma traumático	15	8,4	8,5	16,9
	Lesão traumática	1	,6	,6	18,1
	Lesões brancas	2	1,1	1,1	19,2
	Lesões brancas traumáticas	1	,6	,6	26,0
	Lesões brancas traumáticas	11	6,2	6,2	25,4
	Lesões liquenóides	3	1,7	1,7	27,7
	Lesões liquenóides	1	,6	,6	28,2
	Lesões traumáticas	1	,6	,6	28,8
	Leucoplasia	95	53,4	53,7	82,5
	Leucoplasia verrucosa proliferativa	1	,6	,6	83,1
	Leucoplasias	1	,6	,6	83,6
	LPO	19	10,7	10,7	94,4
	Papiloma	5	2,8	2,8	97,2
	Papiloma escamoso viral	1	,6	,6	97,7
	Queilite actínica	2	1,1	1,1	98,9
	Queilite angular, estomatite protética	1	,6	,6	99,4
	Queratose friccional	1	,6	,6	100,0
	Total	177	99,4	100,0	
Omisso	-1	1	,6		
Total		178	100,0		

**Maior potencial de transformação maligna\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Eritroplasia	2	1,1	1,1	1,1
	Eritroleucoplasia	15	8,4	8,5	9,6
	Eritroplasia	60	33,7	33,9	43,5
	Eritroplasia (e eritroleucoplasia)	1	,6	,6	44,1
	Eritroplasia (ou eritroleucoplasia)	1	,6	,6	44,6
	Fibroma traumático	2	1,1	1,1	45,8
	Fibroma traumático	1	,6	,6	46,3
	Lesão vermelha	2	1,1	1,1	47,5
	Lesões brancas traumáticas	3	1,7	1,7	49,2

	Lesões liquenóides	1	,6	,6	49,7
	Lesões traumáticas	1	,6	,6	50,3
	Leucoplasia	52	29,2	29,4	79,7
	Leucoplasia proliferativa verrucosa	1	,6	,6	80,2
	Leucoplasia proliferativa verrugosa	1	,6	,6	80,8
	LPO	7	3,9	4,0	84,7
	Não sei	3	1,7	1,7	86,4
	Nenhum	1	,6	,6	87,0
	Papilloma	1	,6	,6	87,6
	Papiloma	13	7,3	7,3	94,9
	Papiloma escamoso	1	,6	,6	95,5
	Papiloma escamoso viral	3	1,7	1,7	97,2
	Queilite actínica	2	1,1	1,1	99,4
	Queilite actínica	2	1,1	1,1	98,3
	Todas se não tratadas precocemente	1	,6	,6	100,0
	Total	177	99,4	100,0	
Omisso	-1	1	,6		
Total		178	100,0		

#### IV – Tumor mais frequente da cavidade oral

##### Tumor\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Carcinoma	74	78,7	78,7	78,7
	Melanoma	6	6,4	6,4	85,1
	Não sei	1	1,1	1,1	86,2
	Sarcoma	1	1,1	1,1	87,2
	Tumores das glândulas salivares	8	8,5	8,5	95,7
	Tumores ósseos	4	4,3	4,3	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

##### Tumor\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Carcinoma	157	88,2	88,2	88,2
	Melanoma	2	1,1	1,1	89,3
	Sarcoma	5	2,8	2,8	92,1
	Tumores das glândulas salivares	14	7,9	7,9	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## Tipo de tumor\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Adenocarcinoma	1	1,1	1,1	1,1
	Ameloblastomas/odontomas	1	1,1	1,1	2,2
	Basocelular	1	1,1	1,1	3,3
	Cabeça e pescoço	3	3,2	3,3	6,5
	Carcinoma	1	1,1	1,1	7,6
	Carcinoma adenoquístico	1	1,1	1,1	8,7
	Carcinoma da língua	2	2,1	2,2	10,9
	Carcinoma do epitélio da cavidade oral	1	1,1	1,1	12,0
	Carcinoma do palato	1	1,1	1,1	13,0
	Carcinoma do pavimento bucal	5	5,3	5,4	18,5
	Carcinoma espinhoso	1	1,1	1,1	19,6
	Carcinoma espinocelular	39	41,5	42,4	62,0
	Carcinoma mucoepidermóide	1	1,1	1,1	63,0
	Carcinoma nasal	1	1,1	1,1	64,1
	Epitelial	1	1,1	1,1	65,2
	Leucoplasia	1	1,1	1,1	66,3
	Maligno	1	1,1	1,1	67,4
	Não sei	20	21,3	21,7	89,1
	Orofaringe	2	2,1	2,2	91,3
	Osteosarcoma	1	1,1	1,1	92,4
	Pavimento lingual	1	1,1	1,1	93,5
	Por trauma	1	1,1	1,1	94,6
	Sarcoma Kaposi	1	1,1	1,1	95,7
	Tórus	1	1,1	1,1	96,7
	Tumor	1	1,1	1,1	97,8
	Tumor das parotidas	1	1,1	1,1	98,9
Unicelulares	1	1,1	1,1	100,0	
Total	92	97,9	100,0		
Omisso	-1	2	2,1		
Total		94	100,0		

**Tipo de tumor\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Basocelular	1	,6	,6	,6
	Benigno	2	1,1	1,2	1,8
	Cabeça e pescoço	1	,6	,6	2,4
	Carcinoma do pavimento da língua	1	,6	,6	3,0
	Carcinoma espinocelular	126	70,8	74,6	77,5
	Epitelial	1	,6	,6	78,1
	Escamoso	3	1,7	1,8	79,9
	Lábio	3	1,7	1,8	81,7
	Língua	2	1,1	1,2	82,8
	Maligno	1	,6	,6	83,4
	Mucoepidermoide	1	,6	,6	84,0
	Não sei	19	10,7	11,2	95,3
	Oral	1	,6	,6	95,9
	Papiloso	1	,6	,6	96,4
	Parótida	1	,6	,6	97,0
	Pavimento da boca	1	,6	,6	97,6
	Quistos de retenção/extravasamento	1	,6	,6	98,2
	Situ	1	,6	,6	98,8
	Tumores ósseos	1	,6	,6	99,4
	Verrugoso	1	,6	,6	100,0
Total	169	94,9	100,0		
Omisso	-1	9	5,1		
Total		178	100,0		

## V – Localização mais frequente do cancro oral

### Localização\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Língua	42	44,7	44,7	44,7
	Mucosa jugal	9	9,6	9,6	54,3
	Palato	7	7,4	7,4	61,7
	Pavimento da boca	35	37,2	37,2	98,9
	Rebordo alveolar	1	1,1	1,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Localização\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Gengiva	1	,6	,6	,6
	Língua	91	51,1	51,1	51,7
	Mucosa jugal	28	15,7	15,7	67,4
	Palato	2	1,1	1,1	68,5
	Pavimento da boca	54	30,3	30,3	98,9
	Rebordo alveolar	2	1,1	1,1	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**VI - Características clínicas do cancro oral****Características clínicas\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	1,1
	Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	2,1
	Lesão branca	3	3,2	3,2	5,3
	Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos	2	2,1	2,1	7,4
	Lesão vermelha, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	8,5
	Lesão vermelha, Lesão branca, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	9,6
	Não sei	2	2,1	2,1	11,7
	Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	12,8
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas	9	9,6	9,6	22,3
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza	3	3,2	3,2	25,5
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	2,1	2,1	27,7
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	28,7
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Aumento de nódulos linfáticos	2	2,1	2,1	30,9

Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	6	6,4	6,4	37,2
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	38,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca	3	3,2	3,2	41,5
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza	1	1,1	1,1	42,6
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	43,6
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	3	3,2	3,2	46,8
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	47,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	48,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Aumento de nódulos linfáticos	2	2,1	2,1	51,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Disfagia e mobilidade limitada da	3	3,2	3,2	54,3

língua				
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca	8	8,5	8,5	62,8
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza	1	1,1	1,1	63,8
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	64,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	66,0
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	67,0
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	5	5,3	5,3	72,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Disfagia e mobilidade limitada da língua	6	6,4	6,4	78,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca,	2	2,1	2,1	80,9

Nódulo				
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza	2	2,1	2,1	83,0
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos	1	1,1	1,1	84,0
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	85,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	2,1	2,1	87,2
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua, Não sei	1	1,1	1,1	88,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	89,4
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Aumento	2	2,1	2,1	91,5

	de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua				
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	1,1	1,1	92,6
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	3	3,2	3,2	95,7
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	2,1	2,1	97,9
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	2,1	2,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Características clínicas\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	,6
	Aumento de nódulos linfáticos	1	,6	,6	1,1
	Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	2,2
	Lesão branca	2	1,1	1,1	3,4

Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	3,9
Lesão branca, Nódulo	1	,6	,6	4,5
Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	1	,6	,6	5,1
Lesão vermelha, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	6,2
Lesão vermelha, Lesão branca	1	,6	,6	6,7
Lesão vermelha, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos	1	,6	,6	7,3
Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo	1	,6	,6	7,9
Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	1	,6	,6	8,4
Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	9,0
Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	10,1
Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	10,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas	7	3,9	3,9	14,6
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza	2	1,1	1,1	15,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo	1	,6	,6	16,3

	que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos				
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	6	3,4	3,4	19,7
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	5	2,8	2,8	22,5
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Aumento de nódulos linfáticos	6	3,4	3,4	25,8
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	23	12,9	12,9	38,8
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Disfagia e mobilidade limitada da língua	4	2,2	2,2	41,0
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca	3	1,7	1,7	42,7
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza	1	,6	,6	43,3
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos	3	1,7	1,7	44,9
	Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	7	3,9	3,9	48,9
	Úlcera que não cicatriza	2	1,1	1,1	50,0

após 2 semanas, Lesão branca, Disfagia e mobilidade limitada da língua				
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo	1	,6	,6	50,6
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	51,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	1	,6	,6	51,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	52,8
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão branca, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	53,4
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha	8	4,5	4,5	57,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Alvéolo que não cicatriza	1	,6	,6	58,4
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	59,6

Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Aumento de nódulos linfáticos	2	1,1	1,1	60,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	5	2,8	2,8	63,5
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Disfagia e mobilidade limitada da língua	2	1,1	1,1	64,6
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca	3	1,7	1,7	66,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	66,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos	5	2,8	2,8	69,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	10	5,6	5,6	75,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Disfagia e mobilidade limitada da língua	3	1,7	1,7	77,0

Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo	1	,6	,6	77,5
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	14	7,9	7,9	85,4
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	86,0
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	2	1,1	1,1	87,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	9	5,1	5,1	92,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Lesão branca, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	92,7
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Nódulo	1	,6	,6	93,3
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Lesão vermelha, Nódulo,	1	,6	,6	93,8

Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua				
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza	1	,6	,6	94,4
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Alvéolo que não cicatriza, Disfagia e mobilidade limitada da língua	1	,6	,6	94,9
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos	2	1,1	1,1	96,1
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Aumento de nódulos linfáticos, Disfagia e mobilidade limitada da língua	3	1,7	1,7	97,8
Úlcera que não cicatriza após 2 semanas, Nódulo, Disfagia e mobilidade limitada da língua	4	2,2	2,2	100,0
Total	178	100,0	100,0	

**VII – População mais afetada pelo cancro oral****População\_HO**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Homens	3	3,2	3,2
	Homens, Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	2	2,1	5,3
	Homens, Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	21	22,3	27,7
	Homens, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	27	28,7	56,4
	Homens, Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	1,1	57,4
	Homens, Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos mais novos (< 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	1,1	58,5
	Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	2	2,1	60,6
	Indivíduos mais novos (< 40 anos)	2	2,1	62,8
	Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	16	17,0	79,8
	Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	16	17,0	96,8
	Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	2	2,1	98,9
	Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	1,1	100,0
	Total	94	100,0	100,0

## População\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Homens	9	5,1	5,1	5,1
	Homens, Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	9	5,1	5,1	10,1
	Homens, Indivíduos mais novos (< 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	,6	,6	10,7
	Homens, Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	43	24,2	24,2	34,8
	Homens, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	58	32,6	32,6	67,4
	Homens, Mulheres, Indivíduos mais novos (< 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	,6	,6	68,0
	Homens, Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	2	1,1	1,1	69,1
	Homens, Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	1	,6	,6	69,7
	Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	7	3,9	3,9	73,6
	Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	16	9,0	9,0	82,6
	Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	21	11,8	11,8	94,4
	Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos)	4	2,2	2,2	96,6
	Mulheres, Indivíduos mais velhos (> 40 anos), Indivíduos HPV-positivos para alguns genótipos	6	3,4	3,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## VIII – História clínica e exame objetivo

### Antecedentes pessoais e familiares\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	26	27,7	27,7	27,7
	Sim	68	72,3	72,3	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Hábitos tabágicos e alcoólicos\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	13	13,8	13,8	13,8
	Sim	81	86,2	86,2	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Com que frequência?\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Às vezes	24	25,5	25,5	25,5
	Raramente	15	16,0	16,0	41,5
	Sempre	55	58,5	58,5	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Cessaçao tabágica e a moderação do consumo de álcool\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	6	6,4	6,4	6,4
	Sim	88	93,6	93,6	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Exame extra-oral\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	39	41,5	41,5	41,5
	Sim	55	58,5	58,5	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Exame intra-oral\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	4	4,3	4,3	4,3
	Sim	90	95,7	95,7	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Antecedentes pessoais e familiares\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	24	13,5	13,5	13,5
	Sim	154	86,5	86,5	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Hábitos tabágicos e alcoólicos\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	12	6,7	6,7	6,7
	Sim	166	93,3	93,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Com que frequência?\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Às vezes	49	27,5	27,5	27,5
	Raramente	13	7,3	7,3	34,8
	Sempre	116	65,2	65,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Cessação tabágica e a moderação do consumo de álcool\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	13	7,3	7,3	7,3
	Sim	165	92,7	92,7	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Exame extra-oral\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	70	39,3	39,3	39,3
	Sim	108	60,7	60,7	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Exame intra-oral\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	3	1,7	1,7	1,7
	Sim	175	98,3	98,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## IX – Orientação para auto-exame da cavidade oral

### Auto-exame\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	24	25,5	25,5	25,5
	Sim, a todos	11	11,7	11,7	37,2
	Sim, aos doentes de risco	59	62,8	62,8	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Auto-exame\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	64	36,0	36,0	36,0
	Sim, a todos	31	17,4	17,4	53,4
	Sim, aos doentes de risco	83	46,6	46,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

## X – Discussão de casos clínicos

### Discussão de casos com colegas\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	3	3,2	3,2	3,2
	Sim	91	96,8	96,8	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Como?\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Com colegas da clínica onde trabalho	55	58,5	60,4	60,4
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas externos à clínica onde trabalho	22	23,4	24,2	84,6
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas externos à clínica onde trabalho, Em fóruns de discussão online	2	2,1	2,2	86,8
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas externos à clínica onde trabalho, Grupos de whatsapp	1	1,1	1,1	87,9
	Com colegas da clínica onde trabalho, Em fóruns de discussão online	4	4,3	4,4	92,3
	Com colegas externos à clínica onde trabalho	6	6,4	6,6	98,9
	Trabalho em Centro Saúde - população baixo risco: crianças	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	96,8	100,0	
Omisso	-1	3	3,2		
Total		94	100,0		

**Discussão de casos com colegas\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	7	3,9	3,9	3,9
	Sim	171	96,1	96,1	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Como?\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Com colegas da clínica onde trabalho	37	20,8	21,6	21,6
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas da área da patologia oral	1	,6	,6	22,2
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas externos à clínica onde trabalho	69	38,8	40,4	62,6
	Com colegas da clínica onde trabalho, Com colegas externos à clínica onde trabalho, Em fóruns de discussão online	15	8,4	8,8	71,3
	Com colegas da clínica onde trabalho, Em fóruns de discussão online	3	1,7	1,8	73,1
	Com colegas externos à clínica onde trabalho	33	18,5	19,3	92,4
	Com colegas externos à clínica onde trabalho, Em fóruns de discussão online	9	5,1	5,3	97,7
	Em fóruns de discussão online	3	1,7	1,8	99,4
	Ex-docentes	1	,6	,6	100,0
	Total	171	96,1	100,0	
Omisso	-1	7	3,9		
Total		178	100,0		

## XI – Atitude clínica perante um caso suspeito

### Atitude perante lesão\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Cheque dentista do Cancro Oral	1	1,1	1,1	1,1
	Consulta de Medicina Oral da FMDUL	1	1,1	1,1	2,1
	Encaminhamento para o Instituto Português de Oncologia (IPO)	10	10,6	10,6	12,8
	Encaminhamento para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral	72	76,6	76,6	89,4
	Encaminhamento para um hospital de referência da área de residência	3	3,2	3,2	92,6
	Médico de Família	2	2,1	2,1	94,7
	Médico de Família/PIPCO	1	1,1	1,1	95,7
	Opinião do Diretor Clínico	1	1,1	1,1	96,8
	PIPCO	3	3,2	3,2	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

### Atitude perante lesão\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	carta urgente ao médico de família	1	,6	,6	,6
	Consultas de controlo para nova avaliação e posterior biópsia (se necessário)	1	,6	,6	1,1
	depende da lesão. posso fazer a biópsia como posso encaminhar de imediato.	1	,6	,6	1,7
	Encaminhamento para o Instituto Português de Oncologia (IPO)	45	25,3	25,3	27,0

Encaminhamento para um colega especialista em Cirurgia Oral/Medicina Oral	90	50,6	50,6	77,5
Encaminhamento para um hospital de referência da área de residência	10	5,6	5,6	83,1
Faço biópsia	25	14,0	14,0	97,2
Médico de família para passar o PIPCO	1	,6	,6	97,8
PIPCO	4	2,2	2,2	100,0
Total	178	100,0	100,0	

## XII – Biópsias e meios auxiliares de diagnóstico

### Realização de biópsias\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	115	64,6	64,6	64,6
	Sim	63	35,4	35,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

### Outros meios auxiliares de diagnóstico\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	157	88,2	88,2	88,2
	Sim	21	11,8	11,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

### Sim, quais?\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Biomarcadores na saliva	1	,6	4,8	4,8
	Citologia exfoliativa	5	2,8	23,8	28,6
	Coloração com azul de toluidina	6	3,4	28,6	57,1
	Coloração com azul de toluidina, Biomarcadores na saliva	2	1,1	9,5	66,7
	Coloração com azul de toluidina, Citologia exfoliativa	2	1,1	9,5	76,2
	Coloração com azul de toluidina, Métodos de fluorescência (p.e. VELscope®)	1	,6	4,8	81,0
	Coloração com azul de toluidina, Métodos de fluorescência (p.e. VELscope®), Biomarcadores na saliva	2	1,1	9,5	90,5

	RX	1	,6	4,8	95,2
	TAC	1	,6	4,8	100,0
	Total	21	11,8	100,0	
Omisso	-1	157	88,2		
Total		178	100,0		

**Não, porquê?\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Ainda não tive oportunidade	47	26,4	31,3	31,3
	Desconheço	25	14,0	16,7	48,0
	Não tenho acesso no consultório	55	30,9	36,7	84,7
	Não tenho acesso no consultório, Ainda não tive oportunidade	13	7,3	8,7	93,3
	Não tenho acesso no consultório, Ainda não tive oportunidade, Desconheço	5	2,8	3,3	96,7
	Não tenho acesso no consultório, Desconheço	5	2,8	3,3	100,0
	Total	150	84,3	100,0	
Omisso	-1	28	15,7		
Total		178	100,0		

### XIII – Opiniões dos profissionais de saúde oral

#### Doentes informados relativamente à prevenção do cancro oral\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	82	87,2	87,2	87,2
	Sim	12	12,8	12,8	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

#### Doentes informados relativamente à prevenção do cancro oral\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	147	82,6	82,6	82,6
	Sim	31	17,4	17,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

#### Capacidade de diagnóstico\_HO

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Boa	17	18,1	18,1	18,1
	Muito boa	3	3,2	3,2	21,3
	Não me sinto confortável	24	25,5	25,5	46,8
	Razoável	50	53,2	53,2	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

#### Capacidade de diagnóstico\_MD

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Boa	52	29,2	29,2	29,2
	Muito boa	10	5,6	5,6	34,8
	Não me sinto confortável	26	14,6	14,6	49,4
	Razoável	90	50,6	50,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Capacidade de realizar uma biópsia\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Boa	37	20,8	20,8	20,8
	Muito boa	9	5,1	5,1	25,8
	Não me sinto confortável	87	48,9	48,9	74,7
	Razoável	45	25,3	25,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Importância de ter formação adicional\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	1	1,1	1,1	1,1
	Sim	93	98,9	98,9	100,0
	Total	94	100,0	100,0	

**Formato\_HO**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Apresentações audiovisuais	9	9,6	9,6	9,6
	Demonstrações clínicas	10	10,6	10,6	20,2
	Demonstrações clínicas, Apresentações audiovisuais	7	7,4	7,4	27,7
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos	1	1,1	1,1	28,7
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos, Apresentações audiovisuais	2	2,1	2,1	30,9
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	7	7,4	7,4	38,3
	Demonstrações clínicas, Palestras/congressos	20	21,3	21,3	59,6

Demonstrações clínicas, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	18	19,1	19,1	78,7
Folhetos informativos, Apresentações audiovisuais	1	1,1	1,1	79,8
Folhetos informativos, Palestras/congressos	3	3,2	3,2	83,0
Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	1	1,1	1,1	84,0
Palestras/congressos	10	10,6	10,6	94,7
Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	5	5,3	5,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

**Importância de ter formação adicional\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	3	1,7	1,7	1,7
	Sim	175	98,3	98,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

**Formato\_MD**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Apresentações audiovisuais	9	5,1	5,1	5,1
	Demonstrações clínicas	41	23,0	23,4	28,6
	Demonstrações clínicas, Apresentações audiovisuais	11	6,2	6,3	34,9
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos	1	,6	,6	35,4
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos, Palestras/congressos	5	2,8	2,9	38,3
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	18	10,1	10,3	48,6
	Demonstrações clínicas,	1	,6	,6	49,1

	Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais, Formações				
	Demonstrações clínicas, Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais, Maior formação nas Universidades	1	,6	,6	49,7
	Demonstrações clínicas, Palestras/congressos	38	21,3	21,7	71,4
	Demonstrações clínicas, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	21	11,8	12,0	83,4
	Demonstrações clínicas, Palestras/congressos, Pós- graduação	1	,6	,6	84,0
	Folhetos informativos	1	,6	,6	84,6
	Folhetos informativos, Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	1	,6	,6	85,1
	Palestras/congressos	18	10,1	10,3	95,4
	Palestras/congressos, Apresentações audiovisuais	8	4,5	4,6	100,0
	Total	175	98,3	100,0	
Omisso	-1	3	1,7		
Total		178	100,0		

## **Apêndice 5 – Estatística Analítica**

I - Faculdade \* Capacidade de diagnóstico

II - Género \* Característica (úlceras)

III - Género \* Característica (disfagia e mobilidade da língua)

IV - Idade \* Conhecimento das lesões

V - Idade \* Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)

VI - Idade \* Capacidade de diagnóstico

VII - Idade \* Formação adicional

VIII - Formação adicional \* Capacidade de diagnóstico

IX - Experiência profissional \* Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)

X - Experiência profissional \* Tumor mais comum

XI - Experiência profissional \* Capacidade de diagnóstico

XII - Género \* Capacidade de realizar uma biópsia

XIII - Especialista \* Lesão (papiloma)

## I - Faculdade \* Capacidade de diagnóstico

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Faculdade * Capacidade de diagnóstico	92	97,9%	2	2,1%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

Contagem					
		Capacidade de diagnóstico			Total
		Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Faculdade	FMDUL	17	24	43	84
	FMDUL/ISAVE	1	0	1	2
	IPP - ESS	0	0	3	3
	ISAVE	0	0	1	1
	UCP	0	0	2	2
Total		18	24	50	92

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,888 <sup>a</sup>	8	,549
Razão de verossimilhança	9,396	8	,310
N de Casos Válidos	92		

a. 12 células (80,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,20.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Faculdade * Capacidade de diagnóstico	176	98,9%	2	1,1%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

Contagem					
		Capacidade de diagnóstico			Total
		Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Faculdade	CESPU	9	2	10	21
	FMDUL	23	10	34	67
	FMDUP	12	5	18	35
	FMUC	3	1	3	7
	ISCSEM	6	7	13	26
	UCP	2	0	5	7
	UFP	6	1	6	13
Total		61	26	89	176

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7,374 <sup>a</sup>	12	,832
Razão de verossimilhança	8,039	12	,782
N de Casos Válidos	176		

a. 10 células (47,6%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,03.

## II - Género \* Característica (úlceras)

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género: * GrupoII_6a	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

		GrupoII_6a		Total	
		Não	Sim		
Género:	Feminino	Contagem	10	70	80
		% do Total	10,6%	74,5%	85,1%
	Masculino	Contagem	2	12	14
		% do Total	2,1%	12,8%	14,9%
Total		Contagem	12	82	94
		% do Total	12,8%	87,2%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,034 <sup>a</sup>	1	,853		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,000	1	<b>1,000</b>		
Razão de verossimilhança	,033	1	,855		
Teste Exato de Fisher				1,000	,567
N de Casos Válidos	94				

- a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,79.
- b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género: * GrupoII_6a	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			GrupoII_6a		Total
			Não	Sim	
Género:	Feminino	Contagem	19	121	140
		% em 1. Género:	13,6%	86,4%	100,0%
	Masculino	Contagem	0	38	38
		% em 1. Género:	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Contagem	19	159	178	
	% em 1. Género:	10,7%	89,3%	100,0%	

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,773 <sup>a</sup>	1	,016		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,438	1	,035		
Razão de verossimilhança	9,725	1	,002		
Teste Exato de Fisher				,015	,008
N de Casos Válidos	178				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,06.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### III - Género \* Característica (disfagia e mobilidade da língua)

#### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género: * GrupoII_6g	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

#### Tabulação cruzada\_HO

			GrupoII_6g		Total
			Não	Sim	
Género:	Feminino	Contagem	41	39	80
		% do Total	43,6%	41,5%	85,1%
	Masculino	Contagem	5	9	14
		% do Total	5,3%	9,6%	14,9%
Total		Contagem	46	48	94
		% do Total	48,9%	51,1%	100,0%

#### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,151 <sup>a</sup>	1	,283		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,613	1	,434		
Razão de verossimilhança	1,166	1	,280		
Teste Exato de Fisher				,387	,218
N de Casos Válidos	94				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,85.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género: * GrupoII_6g	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			GrupoII_6g		Total
			Não	Sim	
Género:	Feminino	Contagem	53	87	140
		% em 1. Género:	37,9%	62,1%	100,0%
	Masculino	Contagem	7	31	38
		% em 1. Género:	18,4%	81,6%	100,0%
Total		Contagem	60	118	178
		% em 1. Género:	33,7%	66,3%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,053 <sup>a</sup>	1	.025		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,220	1	.040		
Razão de verossimilhança	5,465	1	.019		
Teste Exato de Fisher				.032	.017
N de Casos Válidos	178				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,81.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingência	.166	.025
N de Casos Válidos		178	

#### IV - Idade \* Conhecimento das lesões

##### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Perg.1_GrupoII	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

##### Tabulação cruzada\_HO

			Perg.1_GrupoII			Total
			Bom/Muito Bom	Insuficiente	Razoável	
Idade	20-30 anos	Contagem	8	5	31	44
		% do Total	8,5%	5,3%	33,0%	46,8%
	31-40 anos	Contagem	5	6	11	22
		% do Total	5,3%	6,4%	11,7%	23,4%
	Mais de 40 anos	Contagem	8	6	14	28
		% do Total	8,5%	6,4%	14,9%	29,8%
Total		Contagem	21	17	56	94
		% do Total	22,3%	18,1%	59,6%	100,0%

##### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	4,771 <sup>a</sup>	4	,312
Razão de verossimilhança	4,770	4	,312
N de Casos Válidos	94		

a. 2 células (22,2%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,98.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Perg.1GrupoII	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Perg.1GrupoII			Total
			Bom/Muito Bom	Insuficiente	Razoável	
Idade	20-30 anos	Contagem	22	18	44	84
		% em Idade	26,2%	21,4%	52,4%	100,0%
	31-40 anos	Contagem	20	7	23	50
		% em Idade	40,0%	14,0%	46,0%	100,0%
	Mais de 40 anos	Contagem	7	5	32	44
		% em Idade	15,9%	11,4%	72,7%	100,0%
Total		Contagem	49	30	99	178
		% em Idade	27,5%	16,9%	55,6%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,415 <sup>a</sup>	4	.034
Razão de verossimilhança	10,340	4	.035
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,42.

**Medidas Simétricas**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	.235	.034
N de Casos Válidos		178	

## V - Idade \* Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * GrupoII_3d	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			GrupoII_3d		Total
			Não	Sim	
Idade	20-30 anos	Contagem	12	32	44
		% do Total	12,8%	34,0%	46,8%
	31-40 anos	Contagem	5	17	22
		% do Total	5,3%	18,1%	23,4%
	Mais de 40 anos	Contagem	17	11	28
		% do Total	18,1%	11,7%	29,8%
Total		Contagem	34	60	94
		% do Total	36,2%	63,8%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,537 <sup>a</sup>	2	,005
Razão de verossimilhança	10,359	2	,006
N de Casos Válidos	94		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,96.

### Medidas Simétricas\_HO

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingência	,317	,005
N de Casos Válidos		94	

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * GrupoII_3d	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			GrupoII_3d		Total
			Não	Sim	
Idade	20-30 anos	Contagem	16	68	84
		% do Total	9,0%	38,2%	47,2%
	31-40 anos	Contagem	10	40	50
		% do Total	5,6%	22,5%	28,1%
	Mais de 40 anos	Contagem	19	25	44
		% do Total	10,7%	14,0%	24,7%
Total		Contagem	45	133	178
		% do Total	25,3%	74,7%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	9,930 <sup>a</sup>	2	,007
Razão de verossimilhança	9,265	2	,010
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,12.

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,230	,007
N de Casos Válidos		178	

## VI - Idade \* Capacidade de diagnóstico

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Perg.2_GrupoIV	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Idade	20-30 anos	Contagem	9	11	24	44
		% do Total	9,6%	11,7%	25,5%	46,8%
	31-40 anos	Contagem	5	6	11	22
		% do Total	5,3%	6,4%	11,7%	23,4%
	Mais de 40 anos	Contagem	6	7	15	28
		% do Total	6,4%	7,4%	16,0%	29,8%
Total		Contagem	20	24	50	94
		% do Total	21,3%	25,5%	53,2%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,128 <sup>a</sup>	4	,998
Razão de verossimilhança	,128	4	,998
N de Casos Válidos	94		

a. 1 células (11,1%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,68.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Perg.2_GrupoIV	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Idade	20-30 anos	Contagem	26	14	44	84
		% do Total	14,6%	7,9%	24,7%	47,2%
	31-40 anos	Contagem	26	6	18	50
		% do Total	14,6%	3,4%	10,1%	28,1%
	Mais de 40 anos	Contagem	10	6	28	44
		% do Total	5,6%	3,4%	15,7%	24,7%
Total		Contagem	62	26	90	178
		% do Total	34,8%	14,6%	50,6%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,589 <sup>a</sup>	4	,032
Razão de verossimilhança	10,430	4	,034
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,43.

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,237	,032
N de Casos Válidos		178	

## VII - Idade \* Formação adicional

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

		Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?		Total	
		Não	Sim		
Idade	20-30 anos	Contagem	27	17	44
		% do Total	28,7%	18,1%	46,8%
	31-40 anos	Contagem	10	12	22
		% do Total	10,6%	12,8%	23,4%
	Mais de 40 anos	Contagem	9	19	28
		% do Total	9,6%	20,2%	29,8%
Total		Contagem	46	48	94
		% do Total	48,9%	51,1%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5,986 <sup>a</sup>	2	,050
Razão de verossimilhança	6,084	2	,048
N de Casos Válidos	94		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 10,77.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Idade * Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?		Total
			Não	Sim	
Idade	20-30 anos	Contagem	72	12	84
		% do Total	40,4%	6,7%	47,2%
	31-40 anos	Contagem	33	17	50
		% do Total	18,5%	9,6%	28,1%
	Mais de 40 anos	Contagem	21	23	44
		% do Total	11,8%	12,9%	24,7%
Total		Contagem	126	52	178
		% do Total	70,8%	29,2%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	20,920 <sup>a</sup>	2	,000
Razão de verossimilhança	21,133	2	,000
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,85.

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,324	,000
N de Casos Válidos		178	

## VIII - Formação adicional \* Capacidade de diagnóstico

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso? * Perg.2_GrupoIV	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?	Não	Contagem	5	16	25	46
		% do Total	5,3%	17,0%	26,6%	48,9%
	Sim	Contagem	15	8	25	48
		% do Total	16,0%	8,5%	26,6%	51,1%
Total		Contagem	20	24	50	94
		% do Total	21,3%	25,5%	53,2%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7,628 <sup>a</sup>	2	,022
Razão de verossimilhança	7,908	2	,019
N de Casos Válidos	94		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,79.

### Medidas Simétricas\_HO

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,274	,022
N de Casos Válidos		94	

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso? * Perg.2_GrupoIV	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Frequentou alguma formação sobre medicina e patologia oral após a conclusão do curso?	Não	Contagem	33	24	69	126
		% do Total	18,5%	13,5%	38,8%	70,8%
	Sim	Contagem	29	2	21	52
		% do Total	16,3%	1,1%	11,8%	29,2%
Total		Contagem	62	26	90	178
		% do Total	34,8%	14,6%	50,6%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	16,574 <sup>a</sup>	2	,000
Razão de verossimilhança	17,460	2	,000
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,60.

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,292	,000
N de Casos Válidos		178	

## IX - Experiência profissional \* Lesão com potencial de malignidade (eritroplasia)

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Anos de experiência clínica * GrupoII_3d	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			GrupoII_3d		Total
			Não	Sim	
Anos de experiência clínica:	11-20 anos	Contagem	6	12	18
		% do Total	6,4%	12,8%	19,1%
	5-10 anos	Contagem	10	17	27
		% do Total	10,6%	18,1%	28,7%
	Mais de 20 anos	Contagem	11	11	22
		% do Total	11,7%	11,7%	23,4%
	Menos de 5 anos	Contagem	7	20	27
		% do Total	7,4%	21,3%	28,7%
Total		Contagem	34	60	94
		% do Total	36,2%	63,8%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,121 <sup>a</sup>	3	,373
Razão de verossimilhança	3,115	3	,374
N de Casos Válidos	94		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,51.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Anos de experiência clínica * GrupoII_3d	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			GrupoII_3d		Total
			Não	Sim	
Anos de experiência clínica:	11-20 anos	Contagem	10	32	42
		% do Total	5,6%	18,0%	23,6%
	5-10 anos	Contagem	11	26	37
		% do Total	6,2%	14,6%	20,8%
	Mais de 20 anos	Contagem	12	15	27
		% do Total	6,7%	8,4%	15,2%
	Menos de 5 anos	Contagem	12	60	72
		% do Total	6,7%	33,7%	40,4%
Total		Contagem	45	133	178
		% do Total	25,3%	74,7%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,513 <sup>a</sup>	3	,037
Razão de verossimilhança	8,167	3	,043
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,83.

**Medidas Simétricas\_MD**

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,214	,037
N de Casos Válidos		178	

## X - Experiência profissional \* Tumor mais comum

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
ExperienciaProf * Perg.4_GrupoII	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			Perg.4_GrupoII		Total
			Carcinoma	Outro	
ExperienciaProf	Até 10 anos	Contagem	47	7	54
		% do Total	50,0%	7,4%	57,4%
	Mais de 10 anos	Contagem	27	13	40
		% do Total	28,7%	13,8%	42,6%
Total		Contagem	74	20	94
		% do Total	78,7%	21,3%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,236 <sup>a</sup>	1	,022		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,135	1	,042		
Razão de verossimilhança	5,208	1	,022		
Teste Exato de Fisher				,040	,021
N de Casos Válidos	94				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,51.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Medidas Simétricas\_HO

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	,230	,022
N de Casos Válidos		94	

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Experiência * Perg.4_GrupoII	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Perg.4_GrupoII		Total
			Carcinoma	Outro	
Experiência	Até 10 anos	Contagem	94	15	109
		% do Total	52,8%	8,4%	61,2%
	Mais de 10 anos	Contagem	63	6	69
		% do Total	35,4%	3,4%	38,8%
Total		Contagem	157	21	178
		% do Total	88,2%	11,8%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,042 <sup>a</sup>	1	,307		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,612	1	,434		
Razão de verossimilhança	1,080	1	,299		
Teste Exato de Fisher				,350	,219
N de Casos Válidos	178				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,14.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

## XI - Experiência profissional \* Capacidade de diagnóstico

### Resumo de processamento de casos\_HO

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
ExperienciaProf * Perg.2_GrupoIV	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

### Tabulação cruzada\_HO

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
ExperienciaProf	Até 10 anos	Contagem	12	15	27	54
		% do Total	12,8%	16,0%	28,7%	57,4%
	Mais de 10 anos	Contagem	8	9	23	40
		% do Total	8,5%	9,6%	24,5%	42,6%
Total		Contagem	20	24	50	94
		% do Total	21,3%	25,5%	53,2%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_HO

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,547 <sup>a</sup>	2	,761
Razão de verossimilhança	,549	2	,760
N de Casos Válidos	94		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,51.

**Resumo de processamento de casos\_MD**

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Experiencia * Perg.2_GrupoIV	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

**Tabulação cruzada\_MD**

			Perg.2_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Experiencia	Até 10 anos	Contagem	37	18	54	109
		% do Total	20,8%	10,1%	30,3%	61,2%
	Mais de 10 anos	Contagem	25	8	36	69
		% do Total	14,0%	4,5%	20,2%	38,8%
Total		Contagem	62	26	90	178
		% do Total	34,8%	14,6%	50,6%	100,0%

**Teste qui-quadrado\_MD**

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,821 <sup>a</sup>	2	,663
Razão de verossimilhança	,843	2	,656
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 10,08.

## XII - Género \* Capacidade de realizar uma biópsia

### Resumo de processamento de casos\_MD

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Género: * Perg.3_GrupoIV	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

### Tabulação cruzada\_MD

			Perg.3_GrupoIV			Total
			Boa/Muito Boa	Não me sinto confortável	Razoável	
Género:	Feminino	Contagem	26	78	36	140
		% do Total	14,6%	43,8%	20,2%	78,7%
	Masculino	Contagem	20	9	9	38
		% do Total	11,2%	5,1%	5,1%	21,3%
Total		Contagem	46	87	45	178
		% do Total	25,8%	48,9%	25,3%	100,0%

### Teste qui-quadrado\_MD

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	19,739 <sup>a</sup>	2	.000
Razão de verossimilhança	18,706	2	.000
N de Casos Válidos	178		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,61.

### Medidas Simétricas\_MD

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	.316	.000
N de Casos Válidos		178	

### XIII - Especialista \* Lesão (papiloma)

#### Resumo de processamento de casos\_MD

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
É especialista pela Ordem dos Médicos Dentistas? * GrupoII_3j	178	100,0%	0	0,0%	178	100,0%

#### Tabulação cruzada\_MD

			GrupoII_3j		Total
			Não	Sim	
É especialista pela Ordem dos Médicos Dentistas?	Não	Contagem	81	83	164
		% do Total	45,5%	46,6%	92,1%
	Sim	Contagem	11	3	14
		% do Total	6,2%	1,7%	7,9%
Total		Contagem	92	86	178
		% do Total	51,7%	48,3%	100,0%

#### Teste qui-quadrado\_MD

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	4,399 <sup>a</sup>	1	<b>,036</b>		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	3,308	1	,069		
Razão de verossimilhança	4,682	1	,030		
Teste Exato de Fisher				,050	,032
N de Casos Válidos	178				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,76.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

#### Medidas Simétricas\_MD

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingência	<b>,155</b>	<b>,036</b>
N de Casos Válidos		178	