

Campo Grande | MS
2024



IDENTIFICAÇÃO DO CÂNCER BUCAL

E DE CONDIÇÕES COM POTENCIAL PARA EVOLUÇÃO MALIGNA

ORGANIZADORAS

Fernanda Sollberger Canale

Marcia Naomi Santos Higashijima



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

GOVERNADOR

EDUARDO CORRÊA RIEDEL

VICE-GOVERNADOR

JOSÉ CARLOS BARBOSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MAURÍCIO SIMÕES CORRÊA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DE SAÚDE

CRHISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

**GERENTE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GESTÃO
E ATENÇÃO À SAÚDE (GEPAS)**

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

EQUIPE GEPAS

FERNANDA SOLLBERGER CANALE

RODRIGO RODRIGUES DE MELO

TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA

COORDENADORA DE SAÚDE BUCAL

GIOVANA SOARES BUZINARO

ELABORAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO

MÁRCIA REGINA F. ISSA MALACRIDA

MÁRCIA RODRIGUES GORISCH

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

EXECUÇÃO

GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE

CONTEÚDISTA

MÁRCIA RODRIGUES GORISCH

REVISORES (POR ORDEM ALFABÉTICA)

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

FERNANDA SOLLBERGER CANALE

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

RODRIGO RODRIGUES DE MELO

TANIA RUTH ORTIZ PEREIRA

REVISÃO FINAL

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

DIAGRAMAÇÃO

BREDA NAIA MACIEL AGUIAR

OTAVIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA PLATAFORMA MOODLE

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

WELLINGTON RODRIGUES DE ALMEIDA

PUBLICIDADE

LUAN EMILIO PASQUALI

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Identificação do câncer bucal e de condições com potencial para evolução maligna [livro eletrônico] / organizadoras Fernanda Sollberger Canale, Marcia Naomi Santos Higashijima. -- 1. ed. -- Campo Grande, MS : Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (ESP/MS), 2024. PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-984146-1-0

1. Boca - Câncer - Diagnóstico 2. Boca - Câncer - Prevenção 3. Boca - Câncer - Tratamento 4. Boca - Doenças - Classificação 5. Higiene bucal 6. Odontologia 7. Saúde bucal I. Canale, Fernanda Sollberger. II. Higashijima, Marcia Naomi Santos.

CDD-617.6

NLM-WU-100

24-223234

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde bucal : Odontologia 617.6

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
--------------------	---

PARTE I

IDENTIFICAÇÃO DO CÂNCER BUCAL.....	7
------------------------------------	---

PARTE II

CONCEITOS DE ESTOMATOLOGIA.....	12
---------------------------------	----

PARTE III

LESÕES COM POTENCIAL CANCERÍGENO.....	23
---------------------------------------	----

PARTE IV

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL	33
-----------------------------------	----

PARTE V

BIÓPSIA E CITOLOGIA ESFOLIATIVA.....	37
--------------------------------------	----

PARTE VI

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO	46
---	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
---------------------------------	----

APRESENTAÇÃO

O e-book **Identificação do Câncer Bucal e de Condições com Potencial para Evolução Maligna**, com a assinatura da Secretaria de Saúde do Estado, oferece uma análise sobre a epidemiologia, o diagnóstico e manejo das condições orais que podem evoluir para o câncer. Este guia tem como objetivo proporcionar uma compreensão detalhada dos aspectos fundamentais da estomatologia e das técnicas de identificação para profissionais de saúde, a fim de, dar-lhes a oportunidade de realizarem a orientação e o diagnóstico precoce das lesões.

A importância da identificação precoce do câncer bucal é substancial, pois, estudos indicam que as detecções em estágios iniciais aumentam significativamente as taxas de cura e sobrevida e reduzem a necessidade de tratamentos mais complexos e onerosos. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCa), o câncer de cabeça e pescoço, que inclui o câncer bucal, é o quinto mais comum entre homens e o sétimo entre mulheres no Brasil. A detecção precoce desempenha um papel crucial na redução das altas taxas de mortalidade associadas a esse tipo de câncer, que em 2020 resultou em aproximadamente 10 mil óbitos no país devido ao diagnóstico tardio (INCa, 2020).

O livro detalha a identificação de lesões com potencial para cancerização e discute como lesões inicialmente benignas podem evoluir de maneira insidiosa para condições malignas se não forem identificadas, monitoradas e tratadas adequadamente. As estatísticas demonstram que a maioria dos casos de câncer bucal no Brasil é detectada em estágios avançados (estadio III e IV), o que compromete significativamente a cura e sobrevida dos pacientes.

Além disso, o livro explora técnicas diagnósticas essenciais, como biópsia e citologia esfoliativa, que são fundamentais para a confirmação

precoce do câncer bucal. Estas técnicas, conforme evidenciado por estudos recentes, são indispensáveis para diferenciar entre lesões benignas e malignas e para orientar o tratamento (Pardini *et al.*, 2021). O acompanhamento contínuo dos pacientes é igualmente crucial para monitorar a resposta ao tratamento e detectar recidivas ou novas lesões precocemente.

No contexto do Mato Grosso do Sul, onde a incidência de câncer de cabeça e pescoço é influenciada por fatores como o tabagismo, o consumo de álcool e exposição à radiação solar, a importância da detecção precoce é ainda mais pronunciada. O estado enfrenta um desafio significativo, como a concentração de centros de tratamento apenas nas sedes de macrorregião, sendo o acesso limitado para a população de extensos vazios assistenciais na área rural. A identificação precoce e o tratamento eficaz podem, portanto, mitigar essas desigualdades, garantindo que mais pacientes tenham acesso a intervenções oportunas, desde que tenhamos maior número de profissionais capacitados para em amplo território estadual.

Portanto, **Identificação do Câncer Bucal e de Condições com Potencial para Evolução Maligna** não apenas fornece um recurso valioso para a prática clínica, mas também destaca a importância crítica da detecção precoce para melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade associada ao câncer bucal. A obra reforça a necessidade de um enfoque proativo na identificação e manejo das condições orais que podem evoluir para malignidade, oferecendo ferramentas e conhecimentos essenciais para enfrentar os desafios atuais na luta contra o câncer de boca.

Mauricio Simões Corrêa

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

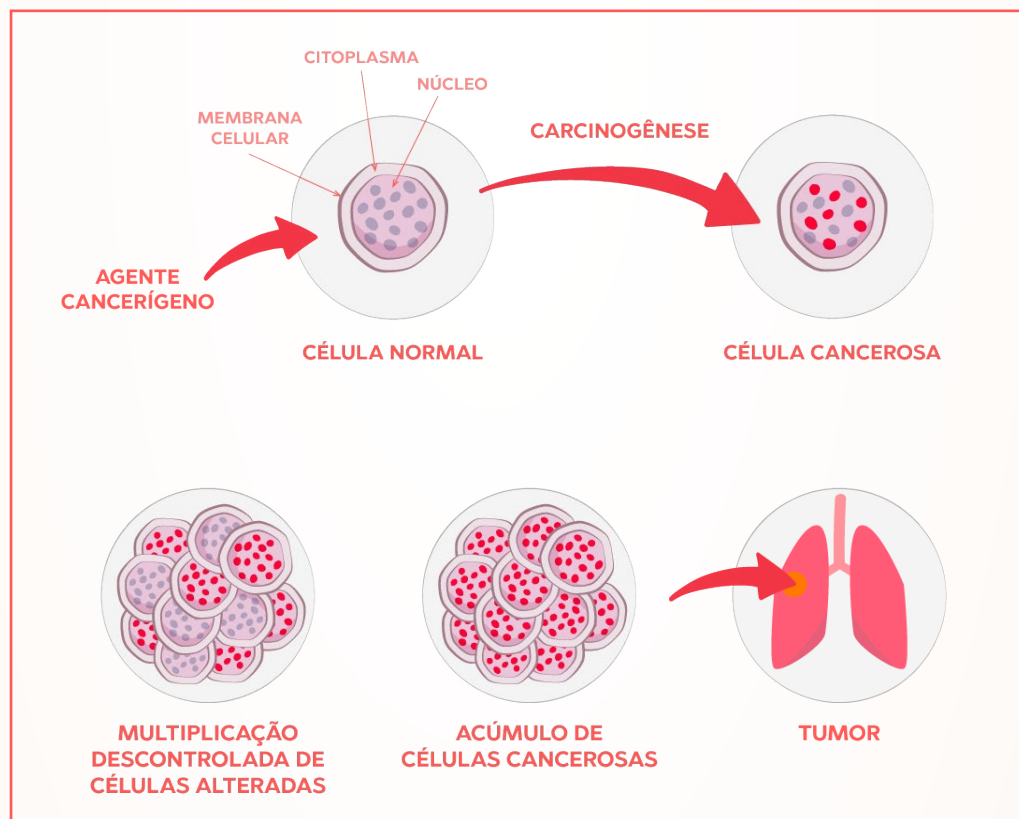
PARTE I

IDENTIFICAÇÃO DO

CÂNCER BUCAL

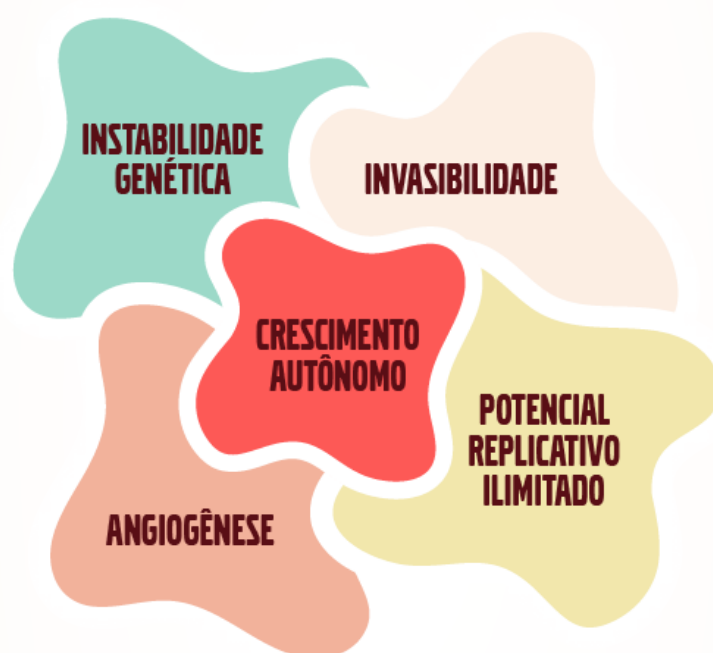
O termo **câncer** foi utilizado a primeira vez pelo médico Galeno para relatar uma massa tumoral encontrada nas mamas de múmias que apresentavam vascularização superficial **inturgescida** (o mesmo que **inchada, avolumada**) e ramificada, a semelhança de patas de um caranguejo (do latim – câncer). A partir dessa descrição a palavra começou a ser empregada para indicar neoplasia maligna de qualquer natureza (Genovese, 1997).

O mecanismo pelo qual a célula cancerosa aparece no organismo é denominado carcinogênese. No estado normal, as células se reproduzem envelhecem e morrem, mas quando o gene de uma célula sofre mutação e essa não é corrigida ocorre o desenvolvimento da célula cancerosa. Uma das características principais dessas células é a capacidade de se replicar desordenada e ilimitadamente, desenvolvendo assim o câncer (Brasil 2006; Nunes et al., 2014).

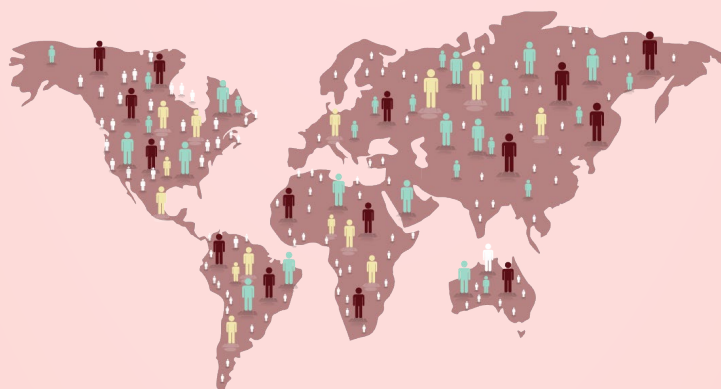


Fonte: www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer

Desta forma o câncer pode ser definido como um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem órgão e tecidos. Na fase inicial o câncer está apenas em um tecido e com o tempo, se não for diagnosticado, irá invadir outros locais, levando a estágios mais avançados. Essas condições clínicas são usadas para avaliar o prognóstico e tratamento do paciente. Por isso, quanto mais cedo realizar o diagnóstico, em estágio inicial, maior a chance de cura do paciente (Brasil, 2006; INCA, 2022).



De acordo com a Global Cancer Observatory (Globocan), no ano de 2020 ocorreram **19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo**. Os homens têm uma incidência maior do que as mulheres (INCA, 2022).

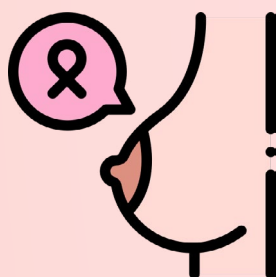


As taxas de incidência e mortalidade variam entre países e as diferenças entre elas estão relacionadas aos níveis de **renda** e **desenvolvimento**. Países com renda alta tendem a ter taxas de mortalidade menores, mesmo que suas taxas de incidência sejam elevadas, como ocorre no Estados Unidos, Canadá e Austrália (INCA, 2022).

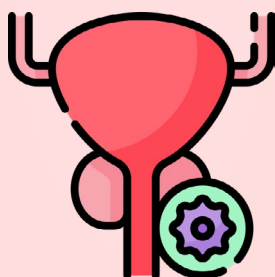


No Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão **704 mil casos novos de câncer**, sendo 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente com **220 mil casos novos** (31,3%).

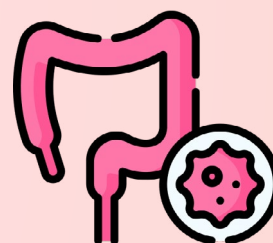
Seguido pelos casos novos de (INCA, 2022):



cânceres de mama
com 74 mil
(10,5%)



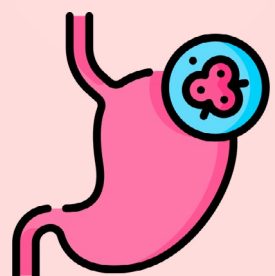
próstata
com 72 mil (10,2%)



cólon e reto
com 46 mil
(6,5%)



pulmão
com 32 mil (4,6%)



estômago
com 21 mil (3,1%)



cavidade oral
com 15 mil (2,2%)

Apesar da **incidência do câncer bucal** ser mais baixa quando comparada com cânceres de próstata ou mama, muitos trabalhos relatam e evidenciam que a taxa de mortalidade da doença ainda é muito alta. Segundo Ribeiro et al. (2014) e Lemos Junior et al. (2013), os **cirurgiões-dentistas** devem ser capacitados permanentemente para o **diagnóstico precoce**, sendo capazes de identificar os primeiros sinais do aparecimento do câncer.

Para efetivar a **precocidade do diagnóstico**, conhecer as características normais da cavidade bucal é base fundamental para a identificação dos sinais incipientes das neoplasias malignas. Considerando que a maior parte da população é dependente da **saúde pública**, os cirurgiões-dentistas do setor público devem buscar tanto a formação quanto a informação necessária para **compreender, diagnosticar e encaminhar** pacientes com lesões graves ao atendimento especializado, no menor tempo possível, usando os **preceitos da estomatologia** (Lima; Jorge, 2020).



Importância do diagnóstico precoce: prognóstico e estadiamento.

ASSISTA AQUI

ou acesse o QR Code



PARTE II

CONCEITOS DE

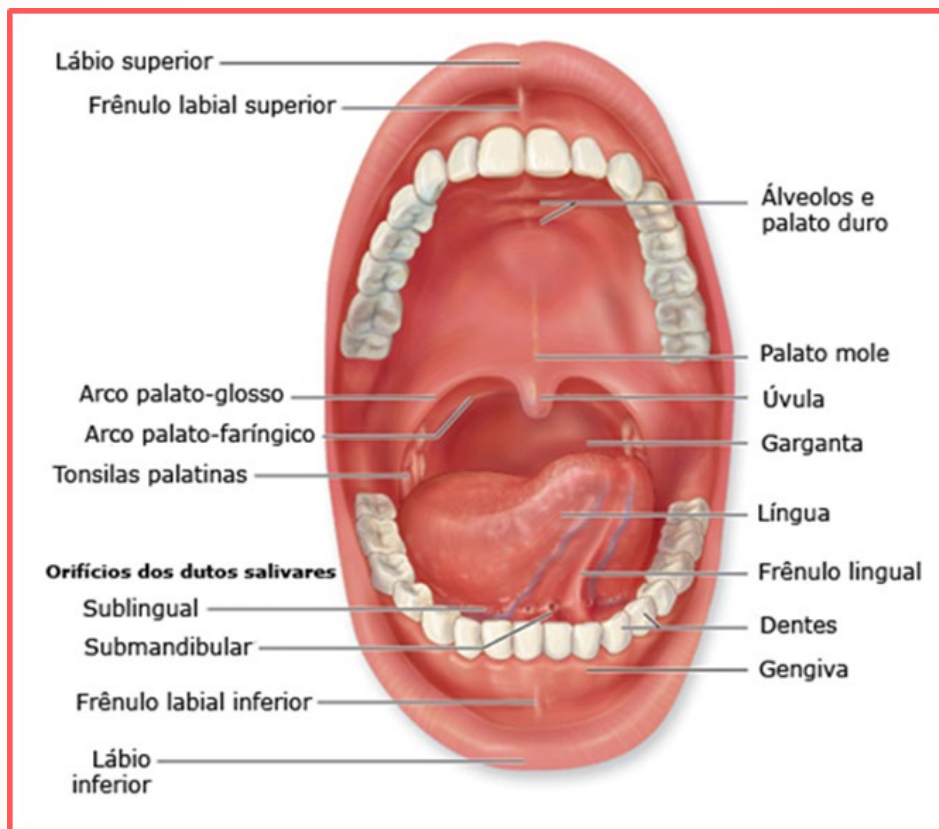
ESTOMATOLOGIA

Por definição, a **estomatologia** é o ramo do conhecimento que estuda a **cavidade bucal**.

do grego → **estoma = boca**

Conhecer esse local nos seus aspectos histológicos e anatômicos é de fundamental importância, pois somente **conhecendo o normal** é que poderemos identificar as **manifestações patológicas** que ocorrem na boca (Boraks, 2001; Castro, 1995).

A boca é uma cavidade natural do organismo, com função multifatorial participando da respiração, fonação e digestão. As paredes que envolvem a cavidade bucal são recobertas por um conjunto de tecidos que juntos formam a mucosa bucal (Boraks, 2001; Ten Cate, 2013).



De acordo com a organização tecidual teremos 3 tipos de mucosas (Ten Cate, 2013):

MUCOSA MASTIGATÓRIA

Revestida por um epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, a lâmina própria dessa mucosa é fibrosa, e a submucosa está integrada geralmente com o tecido ósseo. A mucosa mastigatória é a mais resistente, e recobrendo as superfícies que recebem impacto tanto da mastigação quanto da fonação.

A saber: palato duro e gengiva inserida.

MUCOSA DE REVESTIMENTO

É recoberta por um epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, com lâmina própria mais frouxa e submucosa variando de acordo com o local. Por exemplo mucosa jugal tem tecido adiposo, enquanto palato mole tem glândulas salivares na submucosa. Os locais revestidos por mucosa de revestimento são: palato mole, mucosa jugal, rebordo alveolar, assoalho bucal e ventre de língua.

Mucosa de revestimento



Fonte: da própria autora.

MUCOSA ESPECIALIZADA

Revestida por tecido epitelial estratificado pavimentoso paraqueratinizado, com lâmina própria frouxa e submucosa com músculos estriados e glândulas salivares, presente na língua. Essa denominação ocorre porque, no meio do epitélio lingual, encontram-se os corpúsculos gustativos.

Com o **conhecimento básico** dos aspectos normais da mucosa bucal, torna-se mais fácil identificar as alterações morfológicas e, consequentemente, compreender e detectar os processos patológicos (Boraks, 2001; Castro, 1995).



Segundo Castro (1995), as modificações dos tecidos ou mucosas devido a processos inflamatórios, degenerativos, por defeitos de formação, metabólicos ou tumorais produzem alterações clínicas que são denominadas de **lesões fundamentais**. O reconhecimento das lesões fundamentais juntamente com a anamnese, inspeção clínica, exploração física e exames complementares fazem parte da **metodologia** para o diagnóstico de doenças.

Algumas pesquisas evidenciam uma **dificuldade do reconhecimento** de lesões com potencial cancerígeno, ou até mesmo o câncer, por parte do cirurgião-dentista e apresentam um ponto comum relatando a necessidade de **capacitação profissional**. É importante que se estabeleça um **padrão** para a descrição dessas lesões, denominadas fundamentais (Silva et al., 2018; Andrade et al., 2014).

As lesões fundamentais são denominações iniciais que auxiliam na descrição das patologias bucais. A utilização dessa nomenclatura permite que haja um padrão uniforme de relatos dos aspectos clínicos (Boraks, 2001; Castro, 1995).

LESÕES FUNDAMENTAIS

MANCHA OU MÁCULA:

Alteração da coloração normal da mucosa, podendo ser clara ou escura, hipocrômica ou hiperocrômica, respectivamente; os clínicos (Boraks, 2001; Castro, 1995).



Fonte: da própria autora.

PLACA:

Ligeira elevação até 2mm acima da superfície da mucosa bucal. Na palpação dessa lesão pode-se perceber que a superfície é lisa ou rugosa.



Fonte: da própria autora.

MEMBRANA:

Película semelhante a uma placa, elevada da mucosa, mas que se distingue por ser destacável, podendo ser removida com uma gaze ou espátula.

PÁPULA:

Elevação achatada, proeminente, sólida, de pequenas dimensões.



Fonte: da própria autora.

NÓDULO:

Elevação circunscrita, ovalada, sólida, acima de 3mm de diâmetro.



Fonte: da própria autora.

VESÍCULA:

Elevação circunscrita com líquido em seu interior, de pequenas dimensões.



Fonte: da própria autora.

BOLHA:

Elevação circunscrita com líquido no seu interior, acima de 3mm de diâmetro.



Fonte: da própria autora.

PÚSTULA:

Vesícula ou bolha contendo pus.

EROSÃO:

Perda ou diminuição parcial do epitélio sem exposição do tecido conjuntivo adjacente (lâmina própria).



Fonte: da própria autora.

ULCERAÇÃO/ÚLCERA:

Perda da continuidade do epitélio com exposição da lâmina própria.



Fonte: da própria autora.

FÍSTULA:

Conduto patológico que comunica a superfície da mucosa com um órgão ou tecido interno.

NECROSE:

Morte das células e tecido, com coloração enegrecida, acastanhada ou acinzentada.



Fonte: da própria autora.

NECROBIOSE:

Morte gradual dos tecidos acompanhada por reparação tecidual nas extremidades da lesão.



Fonte: da própria autora.

VEGETAÇÃO:

Crescimento exofítico da lesão, em direção à superfície da cavidade oral.



Fonte: da própria autora.

VERRUCOSIDADE:

Quando o crescimento vegetativo apresenta-se queratinizado na superfície.



Fonte: da própria autora.

TUMEFAÇÃO:

Aumento volumétrico difuso, independente da origem inflamatória, infecciosa ou neoplásica.

As **lesões bucais** podem assumir características próprias, individualizadas, conjuntas e padronizadas. Essas características, somadas aos dados clínicos auxiliam na metodologia para um **diagnóstico** definitivo e consequente **tratamento correto da doença** (Boraks, 2001).

Algumas pesquisas evidenciam que o não reconhecimento das lesões bucais pode levar à demora do diagnóstico precoce do câncer bucal, e que algumas dessas lesões apresentam um potencial maior para transformação maligna, sendo denominadas de **“desordens potencialmente malignas orais”** (Silva, 2018; Andrade, 2014).



PARTE III

LESÕES COM

POTENCIAL

CANCERÍGENO

No ano de 2005, a **Organização Mundial da Saúde** (OMS passou a indicar o uso do termo **Desordens Potencialmente Malignas Orais** (DPMO), em vez de lesões cancerizáveis ou pré-cancerizáveis, para um grupo de doenças que apresentam um **risco aumentado** de desenvolvimento de câncer em comparação com a mucosa bucal normal. Ou seja, se os fatores etiológicos que promovem o desenvolvimento oncológico dessas desordens com potencial de malignização não forem controlados, elas poderão evoluir para neoplasia maligna (INCA, 2022; Pires et al., 2023; Rodrigues et al., 2018).

Considerando que as DPMO compreendem um grupo de condições que apresentam **risco aumentado** de desenvolvimento para carcinomas orais, é fundamental que sejam incluídas como **diagnósticos diferenciais** de outras doenças de bucais.

Portanto os cirurgiões-dentistas, em especial aqueles que realizam atividades na Atenção Básica (AB), devem se familiarizar com os aspectos clínicos e etiopatogênicos que caracterizam as DPMO, para que o diagnóstico seja realizado precocemente, possibilitando o tratamento adequado e em tempo oportuno (INCA, 2022; Pires et al., 2023).

As DPMO podem variar em incidência de acordo com **fatores ambientais, socioculturais** e até mesmo **hábitos específicos** de algumas regiões ou população. Na tentativa de padronizar essas condições, a OMS, em sua última classificação, incluiu doze entidades neste grupo, a saber:

- eritroplasia;
- eritroleucoplasia;
- leucoplasia;
- queilite actínica;
- líquen plano;
- ceratose por tabaco sem fumaça;
- fibrose submucosa;
- disceratose congênita;
- lesões palatinas associadas ao hábito de fumar invertido;
- candidoses crônicas;
- lúpus eritematoso discóide e glossite sífilítica.

Essas lesões consistem em alterações teciduais iniciais, modificadas morfologicamente, que apresentam um risco maior do que o normal de se desenvolver em câncer. A prevalência das DMOP varia amplamente de acordo com diferentes relatos.

NO BRASIL, ASSIM COMO NA MAIORIA DOS PAÍSES OCIDENTAIS, AS MAIS FREQUENTES SÃO: LEUCOPLASIAS, QUEILITES ACTÍNICAS, LÍQUEN PLANO E ERITROPLASIAS (Rodrigues *et al.*, 2018; Furtado *et al.*, 2019; INCA 2022).



LEUCOPLASIAS

São lesões do tipo placa esbranquiçada, resistentes a raspagem e que não podem ser classificadas como nenhuma outra entidade. Alguns autores relatam que a prevalência mundial ocorre em torno de 4% da população (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Júnior *et al.*, 2013).



Fonte: da própria autora.

As **características clínicas** podem variar, permitindo subdivisões como leucoplasias homogêneas, não homogêneas e associadas às eritroplasias, denominadas leucoeritroplasias, com potencial aumentado para transformação neoplásica.

Foi relatado um subtipo denominado leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), que apresenta superfície verrucosa, mas é caracterizado por ter uma etiologia multifocal, ser resistente aos tratamentos propostos e ter uma alta taxa de malignização (Rodrigues *et al.*, 2018; Furtado *et al.*, 2019; Lemos Júnior *et al.*, 2013).



Fonte: da própria autora.

A maioria dos autores relata ser mais frequente em pacientes que associam o uso de **tabaco**, **fumíginos** e **álcool**, que atuam como potencializadores da malignização. As localizações anatômicas envolvem **mucosa jugal**, **língua**, **palato** e **gengiva**. Não existe um consenso em relação ao sexo; a faixa etária mais afetada é a partir da segunda década de vida, e outros fatores, como vírus HPV e comorbidades, também são relatados como influenciadores na etiologia (Rodrigues *et al.*, 2018; Furtado *et al.*, 2019; Lemos Júnior *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2023).

ERITROPLASIAS

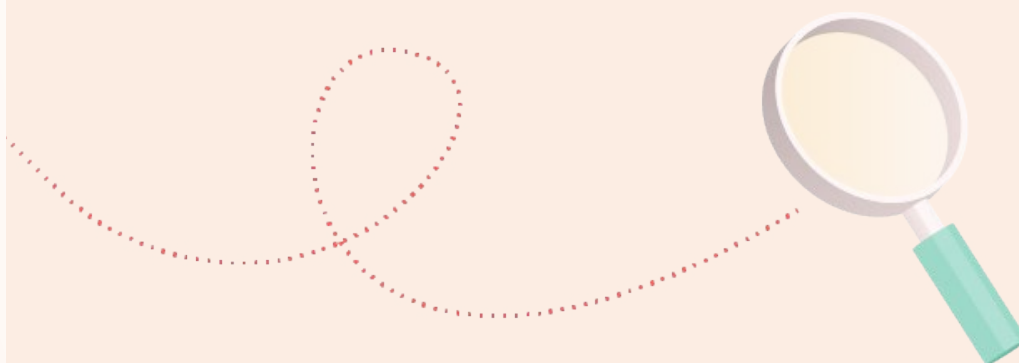
De forma análoga às leucoplasias, as eritroplasias são definidas como manchas ou placa de coloração avermelhada e que não podem ser classificadas clínica ou patologicamente como nenhuma outra entidade. Elas apresentam uma incidência menor que as leucoplasias, mas a maioria dos autores relata um maior

potencial de malignização, a cerca de 14% dos casos em alguns relatos (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018).



Fonte: da própria autora.

Apresentam como características clínicas, além da **coloração avermelhada**, **contornos irregulares** e **superfície aveludada**. Paciente com hábitos nocivos e polifármacos, por volta da quinta década de vida, tem maior incidência dessa condição e por vezes relatam a sintomatologia de ardência. Os locais de preferência envolvem **palato mole**, a **língua** e **assoalho bucal** (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018).



Algumas lesões podem apresentar uma mistura de cores vermelhas e brancas e passam a ser denominadas de eritroleucoplasias. Essas lesões são consideradas de comportamento clínico agressivo, com relatos de displasias de moderado a severo em aspectos histopatológicos (INCA, 2022).



Fonte: da própria autora.

Há relatos que as eritroplasias são consideradas mais **agressivas** por apresentarem um alto risco de evolução para carcinoma, com muitas lesões já evidenciando atipias celulares com características de carcinomas in situ. Devido a essa condição, é aconselhável que todas as eritroplasias sejam **biopsiadas** e **totalmente removidas**, além de ser de extrema importância o acompanhamento periódico do paciente (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018; INCA, 2022).



QUEILITES ACTÍNICAS

É uma condição inflamatória crônica do lábio, geralmente o inferior, que apresenta como fator etiológico a exposição solar excessiva. Afeta com mais frequência pessoas de pele clara que se expõem ao sol por grandes períodos, sem o uso de agentes protetores, como trabalhadores rurais, surfistas, marinheiros, construtores civis, apresentando com isso uma discreta prevalência nos homens (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018; INCA, 2022).



Fonte: da própria autora.

As características clínicas geralmente evidenciam lábios ressecados, com descamação, tanto com áreas leuco e eritroplásicas, por vezes endurecimento do lábio devido à perda de elasticidade. Pode ocorrer perda da definição entre o limite cutâneo e a mucosa, com possibilidade de ulceração e sangramento. A sintomatologia é variável, podendo haver relatos de ardência e/ou dor (Neville *et al.*, 2016).

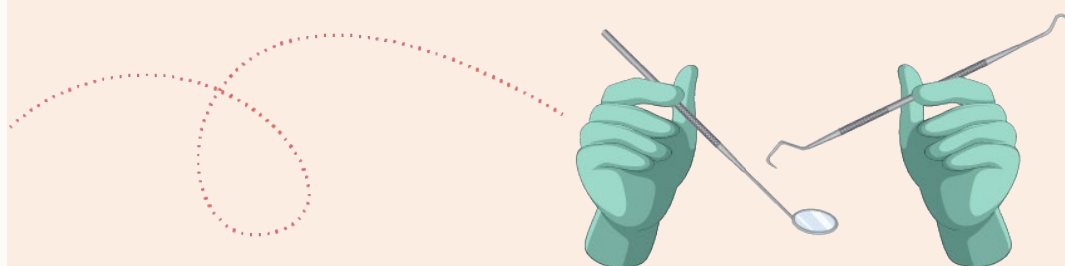


Fonte: da própria autora.

O **diagnóstico** da quelite actínica pode ser **clínico**, no entanto **a biópsia deve ser realizada** quando houver áreas sugestivas de malignidade ou que não responderam ao tratamento. Isso é importante pois a literatura evidencia casos clínicos de quelite e quando biopsiados já eram carcinomas (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023).



O tratamento da quelite actínica apresenta uma grande **variedade de técnicas** relatadas. Alguns autores relatam que a maioria foi tratada por **cirurgia/biópsia**, que é uma condição assertiva frente ao potencial de malignização. No entanto **terapias tópicas medicamentosas**, **laser CO2** e outras **técnicas fotodinâmicas** também são utilizadas (Neville *et al.*, 2016; Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023).



O importante é **remover** os **fatores predisponentes**, que nesse caso específico é a **radiação solar**, a **mudança de hábitos nocivos** e o **uso de fotoprotetores** de maneira intensa. Caso haja recorrência ou alteração, o paciente deve estar bem orientado a buscar novas avaliações clínicas (Pires *et al.*, 2023; Lemos Junior *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2023; Furtado *et al.*, 2019).

LÍQUEN PLANO

As desordens orais leucoplasias, leucoeritroplasias, eritroplasias e queilite actínica ou queratose actínica restrita aos lábios são as entidades **mais frequentes** e **classicamente associadas** ao **risco de transformação maligna** no nosso país. No entanto, devemos lembrar que a classificação da OMS inclui outras condições, como o líquen plano atrófico. Embora ainda seja controverso, já existem relatos na literatura de pacientes acompanhados que desenvolveram carcinoma (INCA, 2022; Furtado et al., 2019; Lemos Junior et al., 2013).

Furtado et al. (2019) afirmam que, no Brasil, a **Atenção Básica** representada pela **Estratégia de Saúde da Família** (ESF), é estabelecida como a porta de entrada dos pacientes no **Sistema Único de Saúde** (SUS). Portanto, é de suma importância uma atuação cada vez mais intensa da equipe de saúde bucal, visando o **diagnóstico precoce** e o esclarecimento da população para reduzir a incidência de novos casos, tanto de desordens orais quanto do câncer. O **cirurgião-dentista** é o profissional responsável por conduzir a inspeção clínica precoce e orientar a população sobre hábitos, riscos, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.



As estratégias direcionadas à **intervenção nos fatores de risco**, bem como o **exame clínico** realizado pelo cirurgião-dentista capacitado, aliados à **orientação dos pacientes**, são consideradas como as melhores formas de reduzir a incidência e a **morbimortalidade** do câncer bucal.

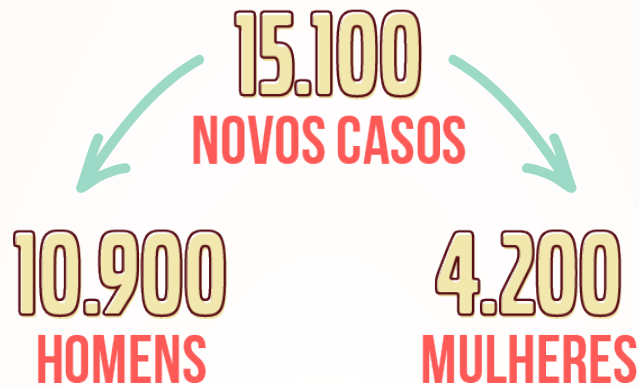
A **qualificação** para o reconhecimento das desordens precursoras ou do câncer em **estágios iniciais** permite um melhor **prognóstico e tratamento**, com intervenções menos invasivas, menor grau de mutilação e, conseqüentemente, maior sobrevida do paciente.

PARTE IV

DIAGNÓSTICO DO

CÂNCER BUCAL

PARA CADA ANO DO TRIÊNIO DE 2023 A 2025 SÃO
ESTIMADOS 15.100 NOVOS CASOS DE CÂNCER DA
CAVIDADE ORAL PARA O BRASIL



De modo geral, o câncer de cavidade oral ocupa a oitava posição entre os tipos mais frequentes de câncer. É estimado como o quarto mais comum na região Sudeste e o quinto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, com maior frequência entre os homens (INCA, 2022; Santos et al., 2023).

O câncer da cavidade oral apresenta uma incidência de **2 a 4 vezes maior em homens**, nos quais os fatores etiológicos relacionados ao fumo e à ingestão de álcool potencializam o aparecimento da doença. No entanto, fatores etiológicos como a presença do HPV têm mudado o perfil da doença, favorecendo o aparecimento da neoplasia em pacientes jovens, não tabagistas e não etilistas (Lemos Junior et al., 2013; Brasil, 2006).



A localização do câncer bucal é considerada ampla, embora não haja consenso sobre as estruturas anatômicas envolvidas. Nos trabalhos acadêmicos e nas estimativas, geralmente são consideradas a **cavidade oral**, os **lábios**, **glândulas salivares** e **orofaringe** (Lemos Junior et al., 2013; Santos et al., 2023; INCA, 2022).

As características clínicas dos **carcinomas bucais** são variáveis, podendo apresentar-se como uma lesão exofítica, de forma fungiforme, papular ou verrucosa, com variação de cor que pode ir do normal ao vermelho ou branco, geralmente com superfície ulcerada e consistência dura à palpação.

Nas lesões de crescimento endofítico pode-se observar uma massa invasiva, com uma área central ulcerada e bordas circundantes evertidas de mucosa normal, vermelha ou branca (Neville et al., 2016).



Fonte: da própria autora.

O **carcinoma epidermóide** corresponde a **90%** das **neoplasias malignas** da cavidade oral, com as localizações mais frequentes sendo a borda lateral da língua, o assoalho bucal, a gengiva, a mucosa jugal, o lábio inferior e o palato. Apesar do tamanho restrito da cavidade bucal e dos lábios em comparação com outras localidades, há um consenso entre pesquisadores e estudiosos de que a **maioria das lesões é diagnosticada tardiamente** (Lemos Junior et al., 2013, Santos et al., 2023; INCA, 2022; Neville et al., 2016; Silva, 2018; Amaral et al., 2022).

Barbosa et al. (2005), consideram que os **exames complementares** que auxiliam no diagnóstico precoce do câncer bucal deveriam ser **rotina** na prática odontológica. Entretanto os autores observaram que procedimentos como a biópsia não são realizados com frequências pelos profissionais dentistas. Para que haja uma mudança nesse paradigma, os cirurgiões-dentistas necessitam adquirir conhecimento para realizar a técnica de forma eficiente.

Não se justifica ao profissional a não realização de um exame pela alegação de falta de tempo, nem a não realização de uma biópsia por receio, especialmente para aqueles que possuem o conhecimento científico e o treinamento técnico necessários para realizá-la.

Acyr Lima de Castro, 1995.

PARTE V

BIÓPSIA E CITOLOGIA

ESFOLIATIVA

Biópsia é uma palavra de origem grega.

bio → **vivo**

ópsia → **visão, observar**

Consiste, portanto, na remoção de um tecido vivo para posterior análise histopatológica, com o objetivo de diagnosticar uma lesão. É considerado um exame complementar padrão-ouro para o diagnóstico do câncer de lábio e cavidade oral (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).

O exame de biópsia é indicado para (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995):

- lesões que não cicatrizam em período superior a quinze dias;
- lesões com alteração de cor (branco, vermelho, marrom);
- lesões que interferem na função;
- lesões que não reagem ao tratamento;
- úlceras não traumáticas com mais de 15 dias de evolução;
- edemas persistentes;
- lesões ósseas;
- e principalmente, qualquer lesão com características de malignidade.

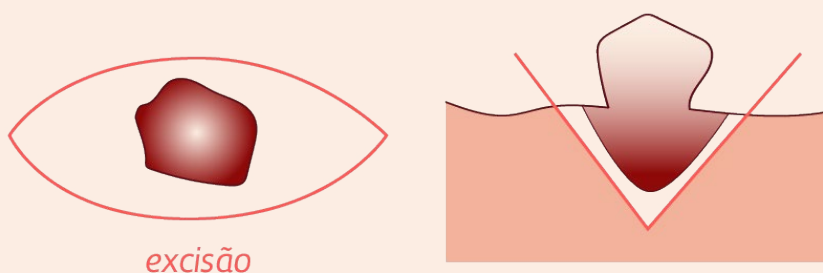
As contraindicações da biópsia, segundo Boraks (2001) e Castro (1995), estão relacionadas a lesões enegrecidas, devido ao diagnóstico diferencial com a neoplasia maligna melanoma, e a lesões arroxeadas, devido à possibilidade de lesões vasculares com risco de hemorragia. No entanto, todos os autores são unânimes em afirmar que, nesses casos, a biópsia não é impeditiva; ela deve ser realizada em outro momento oportuno, quando os riscos cirúrgicos e hemorrágicos forem reduzidos. Portanto, jamais se deve deixar de buscar um diagnóstico definitivo para as lesões na cavidade bucal (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).

As técnicas para **remoções** dos **tecidos vivos** são variadas, e as mais comuns para cavidade oral apresentam-se a seguir (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995):

BIÓPSIA EXCISIONAL

Remove-se toda a lesão.

A biópsia excisional é mais utilizada em lesões pequenas, de até 2 cm, e em lesões pediculadas. Nesses casos, a remoção deve ser total; o espécime obtido é colocado em um frasco com formol a 10% e enviado para análise em laboratório de anatomia patológica (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).



Biópsia excisional com remoção de toda a lesão.

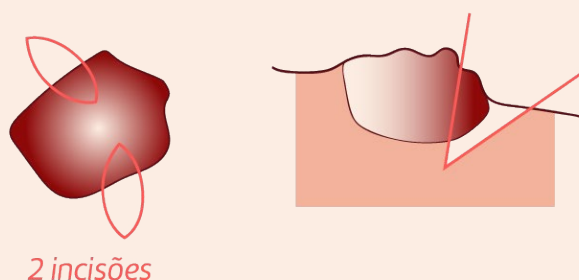


Fonte: da própria autora.

BIÓPSIA INCISIONAL

Remove-se uma parte da lesão.

A biópsia incisional é realizada em lesões maiores, com o objetivo de obter um diagnóstico precoce e, a partir deste, determinar o melhor tratamento (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).



Biópsia incisional com remoção de um pequeno fragmento da lesão.



Fonte: da própria autora.



**Realização de biópsia com
pinça saca bocado**

ASSISTA AQUI

ou acesse o QR Code

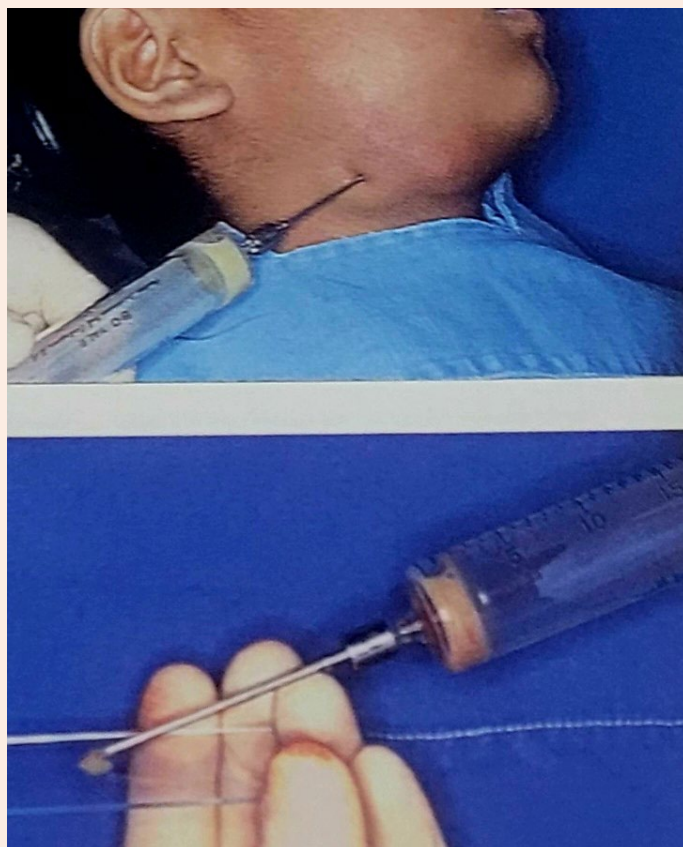


PUNÇÃO ASPIRATIVA

Remove fragmentos de tecidos ou líquidos através da punção com seringas.

A punção aspirativa é realizada com seringas e agulhas e serve tanto para a obtenção de material sólido (tecido) quanto líquido (cistos e abscessos). A espessura da agulha deve ser de calibre médio a grosso e, se a coleta for de tecido, o espécime deve ser fixado em formol a 10%. Caso seja líquido, ele deve ser colocado sobre uma lâmina de vidro e fixado com álcool absoluto ou uma solução de álcool/éter 50% (Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).

Punção aspirativa de líquido de abscesso.



Fonte: Boraks, S. 2001

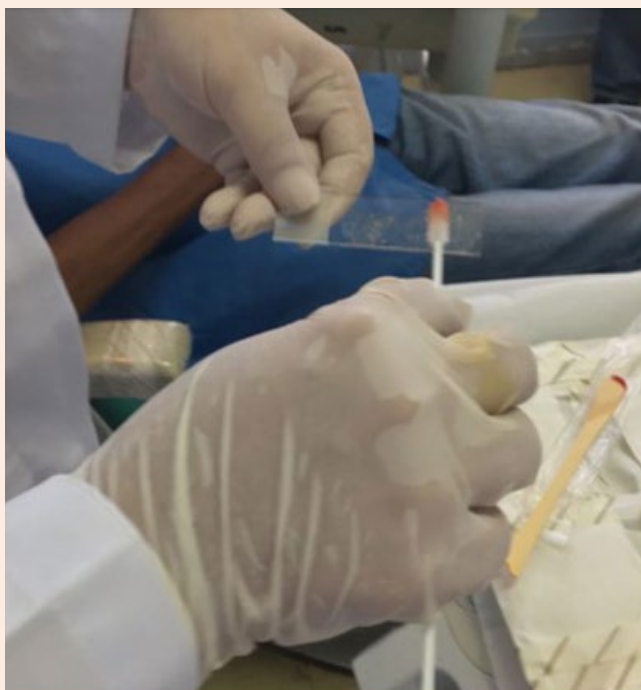
CITOLOGIA ESFOLIATIVA

Obtém esfregaço de células de superfícies corpóreas.

A citologia esfoliativa é um exame complementar que coleta células das superfícies corporais, que são fixadas em uma lâmina de vidro e enviadas para análise citopatológica. É importante salientar que o fixador, nesse caso, será álcool absoluto ou uma solução de álcool/éter 50%. Apesar de ser uma técnica de baixo custo, ela não é amplamente utilizada na odontologia, o que pode resultar em discordâncias nos resultados entre examinadores. As indicações para a citologia incluem a avaliação de superfícies de lesões que permitem raspagem, controle de alterações celulares em áreas que receberam radiação, controle pós-operatório e situações em que a biópsia é inicialmente desaconselhável (Neville *et al.*, 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995).

O esfregaço citológico é transferido para uma lâmina de vidro após a coleta no paciente, realizada com o uso de escova ginecológica ou citobrush.

Escova ginecológica que pode ser usada para coleta de citologia.



Fonte: da própria autora.



Citobrush.



Confecção das lâminas de
citologia esfoliativa:

ASSISTA AQUI

ou acesse o QR Code



Os **instrumentais** utilizados nas coletas são de uso rotineiro do cirurgião-dentista e podem variar conforme a técnica e a destreza manual do operador. Entre eles, estão pinças, espelhos clínicos, cabo e lâmina de bisturi, porta-agulhas, soro, fios de sutura, anestésicos e carpule, gazes, frasco universal para biópsias e lâminas de vidro para citologias (Ribeiro *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2005; Neville *et al.*, 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995; Vieira *et al.*, 2012).

Material para citologia.



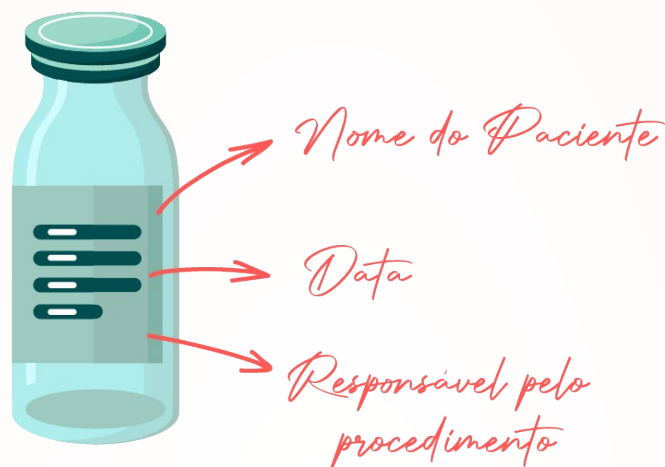
Fonte: Boraks 2001.

Instrumentais para a biópsia.



Durante a **coleta do material**, o cirurgião deve tomar certos cuidados para garantir a obtenção do melhor espécime para análise histo ou citopatológica. O uso de **corantes prévios** deve ser feito com cautela; a aplicação de **anestesia** diretamente sobre a lesão deve ser evitada; e o uso de **porta-agulhas** para segurar o tecido biopsiado pode causar dilacerações que comprometem o exame laboratorial (Ribeiro *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2005; Neville *et al.*, 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995; Vieira *et al.*, 2012; Cavalcante *et al.*, 2022).

Após a realização das coletas, **os frascos** contendo o espécime **e/ou as lâminas** com o esfregaço devem ser identificados com nome do paciente, data e responsável pela realização do procedimento.



O profissional executante dos exames deverá se informar como é o deslocamento do material coletado até o laboratório de anatomia patológica de sua referência, bem como **estar atento ao retorno do laudo** para dar continuidade ao tratamento necessário após o diagnóstico (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Vieira et al., 2012; Cavalcante et al., 2022; MS, 2010).

O responsável pela realização do exame deve orientar o paciente sobre os cuidados pós-procedimento e preencher a **solicitação do exame**, que será enviada ao laboratório de análise histo/citopatológica, além de preencher a APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo) citopatológica (Ribeiro et al., 2022; Barbosa et al., 2005; Neville et al., 2016; Boraks, 2001; Castro, 1995; Vieira et al., 2012; Cavalcante et al., 2022).

solicitação do exame

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE Secretaria Municipal de Saúde Pública
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE CEO II Dr Édio de Figueiredo - Guanandy	2 - CNES 7 2 6 2 4 9 3
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO
7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campo Grande	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 500270
16 - UF M S	17 - CEP 79.
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0 2 0 3 0 2 0 0 3 0	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Exame anatomo-patológico
20 - Q.TDE.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)	
21 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICOS	22 - CID10 PRINCIPAL
23 - CID10 SECUNDÁRIO	24 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
25 - OBSERVAÇÕES	
SOLICITAÇÃO	
26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Márcia Rodrigues Gorisch	27 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
29 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 9 8 0 0 1 6 2 9 6 0 2 1 8 8 2
Dra Márcia Rodrigues Gorisch CRO MS 2113	
AUTORIZAÇÃO	
31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	32 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
33 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
34 - DOCUMENTO () CNS () CPF	35 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
36 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
38 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)	
39 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	40 - CNES

PARTE VI

ACOMPANHAMENTO

DO PACIENTE

ONCOLÓGICO

A conduta odontológica em pacientes oncológicos exige uma abordagem cuidadosa e multifacetada, tanto antes quanto durante o tratamento do câncer. O tratamento odontológico desempenha um papel crucial na prevenção e manejo de complicações bucais, que podem surgir como efeitos adversos da terapia oncológica, como radioterapia e quimioterapia. Tais complicações incluem xerostomia, hipossalivação, mucosites, e, em alguns casos, osteorradionecrose, que podem impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes e até mesmo comprometer a continuidade da oncoterapia (Barbosa et al., 2005; Vieira et al., 2012; Hespanhol et al., 2010).

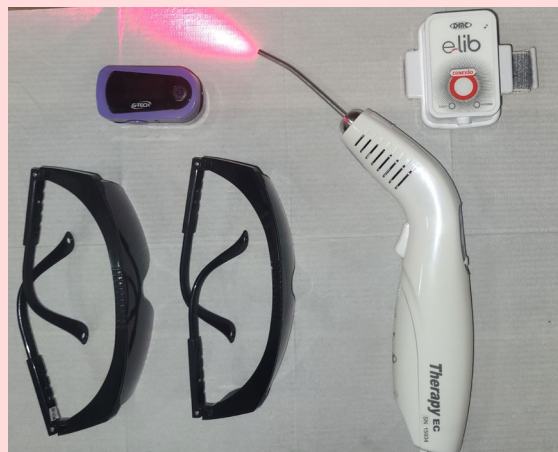
Inicialmente, a avaliação odontológica deve ser **minuciosa**, visando identificar e tratar lesões, cáries, doenças periodontais, focos de infecção e raízes residuais, além de avaliar a integridade dos ossos maxilares por meio de documentação radiológica. Esse processo também inclui a **orientação sobre técnicas de higiene bucal**, como escovação e uso de fio dental, fundamentais para manter a saúde bucal durante o tratamento oncológico (Vieira et al., 2012).



Os objetivos dos procedimentos odontológicos antes do início da oncoterapia incluem a **eliminação** ou **estabilização** de **infecções bucais** e **sistêmicas**, além de preparar o paciente para enfrentar as possíveis complicações bucais decorrentes do tratamento oncológico. Durante o tratamento, o dentista deve monitorar de perto as afecções bucais, incluindo infecções periodontais, endodônticas, candidíase, e herpes, manejando-as com o uso apropriado de antibióticos, antifúngicos e antivirais, conforme necessário (Vieira et al., 2012; Hespanhol et al., 2010).



Complicações como xerostomia, hipossalivação e mucosites são frequentes em pacientes submetidos à radioterapia e quimioterapia, exigindo uma abordagem proativa do dentista. Recomenda-se o uso de saliva artificial, enxaguantes bucais com flúor não acidulado e chás calmantes, como camomila e marcela, para aliviar esses sintomas e promover a saúde bucal. A laserterapia de baixa intensidade, também conhecida como **fotobiomodulação**, tem mostrado bons resultados na prevenção e tratamento de mucosites e xerostomia, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos (Farias; Aragão, 2017; Albuquerque et al., 2007).



Fonte: da própria autora.

O **acompanhamento odontológico** deve se estender além do término da oncoterapia, visando prevenir complicações bucais crônicas decorrentes da radioterapia ou quimioterapia. Em casos de cuidados paliativos, o papel do dentista é proporcionar conforto e dignidade ao paciente, atuando em conjunto com a equipe médica para minimizar as complicações bucais e apoiar o paciente em sua jornada (Farias; Aragão, 2017). Como descrito por Coradazzi (2016), o dentista deve ser visto como parte integrante da equipe de apoio, orientando o paciente na travessia da doença com confiança e empatia, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente.



Ao final, a atuação do cirurgião-dentista no contexto oncológico é fundamental, não apenas para **prevenir e tratar complicações bucais**, mas também para **melhorar a qualidade de vida dos pacientes**, reforçando a importância de uma abordagem integrada e humanizada no cuidado ao paciente oncológico.

“Não podemos acrescentar dias à nossa
vida, mas podemos acrescentar vida
aos nossos dias.

Cora Coralina

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Silmara Nunes *et al.* **Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde.** Rev. Bras. Odontol. [online].2014, vol.17, n.1, pp. 42-47. ISSN 1984-3747. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a09v71n1.pdf>

BARBOSA, Renata Pereira de Souza *et al.* Valorizando a biópsia na clínica odontológica. Arquivos de Odontol. V41, n4, p273-368. Dez 2005. Disponível em <https://www.odonto.ufmg.br/revista/wp-content/uploads/sites/10/2016/06/AEO-v41-n4-arch5-2005.pdf>

BORAKS, S. Diagnóstico bucal. 3.ed.São Paulo: Artes Médicas; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009 Manual técnico operacional SIA/SUS – Sistema de informações ambulatoriais - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Disponível em http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção/ à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>> Acesso em 18/02/2024.

CASTRO, AL. Estomatologia. 2.ed. São Paulo: Livraria Editora Santos;1995.

CAVALCANTE, Israel Leal *et al.* Guia prático para preenchimento da ficha de exame histopatológico de lesões de tecido mole na boca. Rio de Janeiro: UFRJ: UNIFOR, 2022. E-book (34 p.). Disponível em <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17533/5/9786500475364.pdf>

FURTADO, L S F A; Sales, J L A M; Fontes, N M; Batista, M I H M; Carvalho, A A T; Paulino, M R. **Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa**. Rev Família, Ciclos Vida Saúde C Social, 2019, vol. 7, n. 4, Oct/Dez. Disponível em < <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962778014/497962778014.pdf> >

GANESH, D. Sreenivasan, P; Öhman, J; Wallström, M; Braz-Silva, P H, Giglio, D; Kjeller, G; Hasséus, B. Distúrbios orais potencialmente malignos e transformação do câncer. Pesquisa Anticâncer Jun. 2018, 38 (6) 3223-3229; DOI:10.21873/anticancer.12587. Disponível em < <https://ar.iiar-journals.org/content/38/6/3223> >

GENOVESE, W J, coordenador. Câncer de boca: noções básicas para prevenção e diagnóstico: São Paulo: Editora Fundação Peirópolis. 1997.

HESPANHOL, Fernando Luiz; Tinoco, Eduardo Muniz Barreto; Castro Teixeira, Henrique Guilherme; Falabella, Márcio Eduardo Vieira; Assis, Neuza Maria de Souza Picorelli. Manifestações bucais em pacientes submetidos a quimioterapia. Ciênc. saúde coletiva 15 (supl 1) Jun 2010. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700016> >

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** Publicado em 31/05/2022. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>>. Acesso em 18/02/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diagnóstico precoce do câncer de boca / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2022^a. ISBN 978 65 88517 20 8.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LE MOS JUNIOR, C A; Alves, F A.; Pereira, C C T.; Biazevic, M G H. **Câncer de boca baseado em evidências científicas**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [online]. 2013, vol.67, n.3, pp.178-186. ISSN 0004-5276. Disponível em <http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v67n3/a02v67n3.pdf>.

LIMA, N C S; Jorge, R S. **Diagnóstico bucal em tecidos moles: protocolo de manejo clínico para profissionais da atenção primária em**

saúde. São Paulo: DNA GRAFICA; Jundiaí, SP: Município Jundiaí, 2020. 40 páginas. ISBN 978-65-86365-00-9. Disponível em https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2023/07/diagn_stico-bu-cal-em-tecidos-moles.pdf

NEVILLE, B W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 4ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 912 p. ISBN: 978-85-352-6564-4.

PIRES, Alessandra Lais Pinho Valente et al. **Desordens orais potencialmente malignas: o que o cirurgião-dentista precisa saber?** Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 22, n. 1, p. 137-145, jan./abr. 2023. Disponível em < DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v22i1.47788>>

RODRIGUES, Katiane Soares et al. **Desordens orais potencialmente malignas: um estudo de prevalência.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.18, n.2, p. 6-16, abr./jun. 2018 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS. Disponível em < <https://www.revistacirurgiabmf.com/2018/02/Artigos/02ArtOriginalDesordens-oraipotencialmentemalignas.pdf>>

SANTOS, Marcelo de Oliveira et al. **Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025.** Rev Bras Cancerologia, 2023;69(1)p1-12. Disponível em< <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>>

SILVA, L G D.; Alves, Michel L.; Severo, M L B.; Medeiros, W K D.; Ferreira, A M.; Migel, M C C.; Silveira, E J D. **Lesões orais malignas e potencialmente malignas: percepção de cirurgiões-dentistas e graduandos de odontologia.** Revista Brasileira de Cancerologia 2018; 64(1): 35-43.

TEN CATE, N A. Histologia oral. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.

VIEIRA, Danielle Leal; LEITE, André Ferreira; MELO, Nilce Santos de; FIGUEIREDO, Paulo Tadeu de Souza. Dental treatment in cancer patients. Oral Sci., jul/dez. 2012, vol. 4, nº 2, p. 37-42. Disponível em < <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/article/view/4674>>



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



GOVERNO DE
**Mato
Grosso
do Sul**