

## A FUNÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Fernanda Amélia Silva e Campos<sup>1</sup>

Nikoly Vitória Cristina Jorge<sup>2</sup>

Iorrana Moraes de Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO:** O câncer de boca tornou-se um problema na saúde pública devido ao diagnóstico tardio, resultando em alta mortalidade. O Brasil possui a maior taxa de incidência de câncer bucal na América do Sul, com 3,6 casos a cada 100 mil habitantes, e a segunda maior taxa de mortalidade, atingindo 1,5 óbitos por 100 mil habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Devido ao fácil acesso da cavidade oral para exames, é de extrema importância que os profissionais de saúde sejam capacitados em exames bucais preventivos. Esta revisão teve como objetivo reunir informações sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal e sua capacidade de fornecer diagnósticos, orientações, criar estratégias para prevenção e tratamentos aos pacientes. Os principais fatores de risco incluem o uso de tabaco, etilismo, antecedentes familiares e exposição ao sol. É importante que os dentistas estejam cientes sobre os fatores de risco emergentes para o câncer oral e orofaríngeo, incluindo a infecção pelo HPV. Campanhas promovendo a conscientização sobre os fatores de risco e sobre a importância de exames regulares é primordial na redução de incidência do câncer bucal.

**Palavras-chave:** Câncer bucal. Diagnóstico precoce. Cirurgião-Dentista. Distúrbios bucais potencialmente malignos.

2816

### INTRODUÇÃO

O câncer bucal é o tipo mais comum na região de cabeça e pescoço, tornando-o um sério desafio de saúde pública, levando a altas taxas de incidência e mortalidade, visando a carência de intervenções eficazes (PETERSEN; DUMMER, 2007, p. 238). Nos últimos anos, tem-se observado o aumento de ocorrências de câncer bucal na população dependente de tabaco e álcool. O diagnóstico precoce não melhora apenas a sobrevivência, mas também os custos e dificuldades do tratamento no diagnóstico mais avançado (PETERSEN; DUMMER, 2007, p. 238).

A detecção de distúrbios bucais potencialmente malignos (OPMDs) em clínicas odontológicas é de extrema importância para salvar a vida dos pacientes, eles estão associados a um risco aumentado de ocorrência de câncer de lábio e cavidade oral. OPMDs incluem leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, líquen plano oral, fibrose submucosa oral, lesões palatinas em fumantes reversos, lúpus eritematoso, epidermólise bolhosa e disqueratose congênita (KHADE *et al.*, 2021).

<sup>1</sup> Graduanda em odontologia pelo Centro Universitário UNA, Bom Despacho, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Graduanda em odontologia pelo Centro Universitário UNA, Bom Despacho, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Mestra em Ciências Aplicadas à Saúde. Orientador. Universidade Federal de Jataí. Jataí- Goiás, Brasil.

O diagnóstico precoce do câncer bucal (I e II) pode aumentar as taxas de sobrevivência em até 80% (Silverman *et al.* 2010). Entretanto, muitos pacientes com câncer bucal são diagnosticados em estágio avançado (estágio III e IV) porque, na maioria das vezes, são assintomáticos nos estágios iniciais e não procuram ajuda médica até o desenvolvimento de sintomas claros (MCCULLOUGH; PRASAD; FARAH, 2010).

O diagnóstico do estágio do câncer é indispensável para determinar a taxa de sobrevivência em cinco anos, nos estágios iniciais da doença, a taxa varia de 30 a 70% com o tratamento. Ainda assim, em países com instalações médicas limitadas, onde a doença é detectada muito mais tarde, essa taxa pode cair ainda mais. O uso de tabaco e álcool contribui para aproximadamente 75% de todos os cânceres bucais (HASHIBE *et al.*, 2007). Os cânceres orais são responsáveis por mais de 354.864 (2,0%) casos e 177.384 (1,9%) mortes em todo o mundo anualmente (BRAY *et al.*, 2018, p. 394).

Nesse cenário, o papel do cirurgião dentista é de extrema importância na detecção precoce de lesões com características malignas, o profissional capacitado consegue reconhecer os primeiros sinais e sintomas que podem evoluir para o câncer. A capacitação de dentistas e a conscientização da importância das visitas periódicas são fundamentais para a detecção precoce e a redução significativa da mortalidade relacionada ao câncer bucal. Deste modo, o objetivo deste estudo é entender a importância da odontologia e da capacitação do cirurgião-dentista, com o intuito de contribuir para a melhoria da detecção precoce e do manejo do câncer bucal.

## METODOLOGIA

Os resultados da revisão serão apresentados de forma qualitativa, visando explorar a relação entre a importância do diagnóstico precoce e o impacto da educação odontológica na sobrevivência oral e no tratamento. Ao escolher essa abordagem, procuramos entender como os profissionais de saúde podem atuar na vida dos seus pacientes, destacando a conexão entre o paciente e o dentista. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisas nas principais bases de dados científicas, incluindo PubMed, GOV, Scielo e Web of Science. Neste processo, foram encontrados 32 artigos relevantes, selecionamos 26 que se adequam aos nossos critérios. Palavras-chave válidas foram: “câncer bucal”, “OPMD”, “detecção precoce”, “educação odontológica”, “sobrevivência” e “exame odontológico”.

Fomos criteriosos na inclusão e exclusão, garantindo artigos de alta qualidade e relevantes para a nossa análise. Ao analisarmos os dados, buscamos identificar o que poderia nos ajudar a compreender como a educação e a conscientização dos profissionais de saúde podem aprimorar a detecção precoce e o manejo do câncer bucal. Acreditamos que essa revisão não só guiará a importância da formação contínua dos dentistas, mas também servirá de inspiração para iniciativas que melhorem a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes.

## REVISÃO DA LITERATURA

A análise dos estudos sobre o câncer bucal evidencia que o tabaco e o álcool são frequentemente identificados como os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessa condição, com o HPV emergindo também como um fator relevante, especialmente em casos de câncer orofaríngeo em indivíduos jovens (SILVERMAN; KERR; EPSTEIN, 2010, p. 279). A prevenção e a educação em saúde são essenciais na redução da incidência do câncer bucal, com estratégias como campanhas de conscientização e programas de prevenção mostrando-se eficazes para o controle dos fatores de risco e para a promoção de comportamentos saudáveis (SANTANA; SILVA; MENDES, 2023, p. 123).

A atuação dos dentistas se destaca pela sua importância na detecção precoce do câncer bucal. Esses profissionais desempenham um papel central na identificação inicial de lesões potencialmente malignas e na orientação dos pacientes para o tratamento adequado, contribuindo para um prognóstico mais positivo (SILVERMAN; KERR; EPSTEIN, 2010, p. 279). Diversos estudos enfatizam ainda que a detecção precoce é um fator determinante para melhorar as taxas de sobrevivência dos pacientes. Recomenda-se o uso de tecnologias complementares para aprimorar a identificação de lesões, facilitando um diagnóstico mais rápido e preciso e aumentando as chances de intervenção eficaz (KUJAN; SLOAN, 2013, p. 3369).

Os resultados desta revisão foram organizados em quatorze categorias principais, que serão apresentadas a seguir: História natural da doença, Câncer bucal, Exame clínico, Biópsia, Panorama epidemiológico, Fatores de risco, Detecção precoce, Lesões brancas, Lesões vermelhas, Lesões brancas e vermelhas, Lesões ulceradas, Importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar e Tratamento. Essa divisão permite uma análise mais detalhada dos fatores de risco associados ao câncer bucal, da relevância da detecção precoce para o prognóstico dos pacientes e do papel crucial do cirurgião-dentista na prevenção e controle de infecções,

especialmente em ambientes hospitalares. Cada categoria sintetiza as evidências dos estudos selecionados, fornecendo uma compreensão abrangente dos aspectos envolvidos no manejo e na prevenção do câncer bucal.

## **História Natural da Doença**

A história natural das doenças nos ajuda a entender como uma enfermidade se desenvolve, desde o seu início até a cura ou a morte, sem qualquer intervenção médica (GORDIS, 2010). Conhecer esse processo é essencial para criar estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p. 14).

**Período pré-patogênico:** Antecedendo o adoecimento, podemos observar a interação entre pessoas suscetíveis, agentes que podem causar a doença e o ambiente ao seu redor. A prevenção primária é imprescindível para evitar ou reduzir a exposição a fatores de risco que podem acarretar à doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p. 14).

**Período patogênico:** Quando a doença começa a se manifestar biologicamente, entramos no período patogênico. Nesse estágio, a condição pode evoluir de várias maneiras: para cronicidade, cura ou até mesmo óbito. Esse período é dividido em duas fases: a pré-clínica, sem sinais visíveis, e a clínica, onde os sintomas se tornam evidentes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p. 15).

**Fase de rastreio:** Os exames realizados em pessoas que ainda não apresentam sintomas são parte da fase pré-clínica e são fundamentais para a prevenção secundária, buscando detectar precocemente sinais da doença. Já a prevenção terciária refere-se às ações tomadas quando os primeiros sintomas aparecem, com o objetivo de diminuir danos, promover a cura e ajudar na reabilitação do paciente. É importante frisar que nem todas as doenças seguem um padrão previsível, o que pode dificultar a certeza sobre a eficácia das intervenções (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p. 15).

**Prevenção quaternária:** É de suma importância proteger as pessoas de intervenções desnecessárias na área da saúde, evitando o uso excessivo de procedimentos médicos (GÉRVAS, 2006; NORMAN; TESSER, 2019). Complicações causadas por tratamentos inadequados, reforçam a ética no cuidado e a necessidade de garantir que os benefícios superem os riscos (NORMAN; TESSER, 2019).

## Câncer bucal

O câncer bucal é uma neoplasia maligna que se desenvolve nas células da cavidade oral e regiões adjacentes, apresentando uma alta taxa de incidência em diversas partes do mundo. O consumo de tabaco e álcool continua sendo um dos principais fatores de risco para essa condição, devido à sua capacidade de induzir mutações celulares em tecidos orais, o que contribui para o desenvolvimento de lesões malignas (PETERSEN; DUMMER, 2007, p. 238). Além disso, a má higiene oral e a predisposição genética desempenham papéis importantes na etiologia dessa doença, contribuindo para a vulnerabilidade dos tecidos da cavidade oral a agentes carcinogênicos (KUJAN; SLOAN, 2013, p. 3369).

Nos últimos anos, o papilomavírus humano (HPV) emergiu como um fator de risco significativo, especialmente para o câncer orofaríngeo. Dados mostram que há uma maior prevalência de detecção do DNA do HPV em amostras provenientes de carcinomas verrucosos (CV) e carcinomas espinocelulares (CEC) do que em mucosas saudáveis (HASSAN; DILKS; MCGEE, 2009, p. 359). O impacto do HPV é particularmente relevante entre adultos jovens, com aumento significativo dos casos entre indivíduos de 20 a 44 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

Estudos mostram que a probabilidade de encontrar tipos de alto risco oncológico, como os subtipos 16 e 18 do HPV, é até 2,8 vezes maior em lesões de CEC, sugerindo que esses tipos virais podem contribuir de forma significativa para a formação e progressão de lesões malignas (BRAY *et al.*, 2018, p. 394). Além dos fatores de risco conhecidos, o papel da genética no desenvolvimento do câncer bucal também tem sido estudado. Alterações em genes específicos podem predispor indivíduos a lesões malignas, aumentando a suscetibilidade a agentes carcinogênicos ambientais (SILVERMAN; KERR; EPSTEIN, 2010, p. 279).

A detecção precoce do câncer bucal é fundamental para melhorar as taxas de sobrevivência, e a educação da população sobre os fatores de risco e os sinais precoces pode desempenhar um papel crítico na prevenção e no diagnóstico inicial (KAY; GILBERT; NICHOLSON, 2017, p. 865). Em especial, a contribuição dos profissionais de odontologia é essencial na identificação precoce de lesões potencialmente malignas, proporcionando encaminhamento adequado e tratamento precoce para pacientes em risco (MCCULLOUGH; PRASAD; FARAH, 2010).

As estratégias de prevenção do câncer bucal, promovidas por organizações de saúde, têm foco no controle dos fatores de risco, como o uso de tabaco e álcool, e na vacinação contra o HPV, especialmente para subtipos de alto risco. A Organização Mundial da Saúde, por

exemplo, sugere programas de controle do câncer bucal que abordem esses fatores de risco e ofereçam suporte para o diagnóstico precoce, particularmente em países em desenvolvimento, onde o acesso a recursos de saúde é limitado (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

## Exame clínico

### O exame clínico pode ser dividido em duas etapas: anamnese e exame físico.

Anamnese: É nesse momento que se inicia a relação profissional e paciente, ela é feita de modo verbal com perguntas objetiva, simples e de fácil entendimento para o paciente. Ela é utilizada para conhecer o paciente e colher o máximo de informações, para ajudar a identificar fatores associados direta ou indiretamente a doenças ou condições. O profissional nesse momento adota uma metodologia e segue à risca fazendo com que a conversa não mude de rumo, usando linguagem adequada ao paciente sem termos técnicos difíceis, são observados mensagens não verbais, gestos, expressões faciais, comportamento do paciente. Na identificação do paciente deve haver dados pessoais, onde reside, ocupações e empregos anteriores (PORTO, 2019).

A anamnese pode ser dividida em três formas: O paciente conduz a entrevista. O paciente fica livre para expressar suas queixas. O paciente relata suas queixas e depois o profissional conduz o restante da entrevista. Nesse momento o exame físico já deve ser iniciado, e também a ectoscopia, observando o paciente e seus movimentos. A história clínica completa do paciente é dividida em cinco partes: Queixa principal; História da doença atual; História patológica progressiva; História da família e História social do paciente.

Exame físico é usado para complementar a anamnese e baseia-se em avaliar o paciente através da inspeção, palpação, ausculta, olfação e percussão, também pode ser usado termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, lupa, lanterna, etc. É iniciado pela ectoscopia, observando estado emocional, orientação mental, higiene, biotipo, postura, fâcies, fala, linguagem, tegumento, fâneros, tecidos subcutâneos e linfonodos. Também é avaliado os sinais vitais. Na odontologia, o exame físico é dividido em extraoral e intraoral (PORTO, 2019).

A avaliação física extraoral da cabeça e do pescoço requer uma análise detalhada da anatomia e da funcionalidade dessas áreas. Através da inspeção e da palpação, examinam-se elementos como integridade, crescimento de volume, dor e mudanças de cor em diversas estruturas, tais como pele, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço, articulação

temporomandibular, mandíbula e mamas. A função dos nervos cranianos que operam nessas regiões também é avaliada, incluindo os que são responsáveis pela percepção de odores, visão, motilidade ocular, sensibilidade facial, mobilidade facial, audição, equilíbrio e sensibilidade da língua. Os nervos vagos e espinhal acessório raramente são avaliados em consultas médicas regulares.

A realização do exame físico intraoral requer atenção e uma boa iluminação, iniciando pela avaliação e palpação das áreas pertinentes, tais como lábios, mucosa jugal, assoalho oral, língua, gengiva, palato, amígdalas e mandíbula. Ao longo da avaliação, são avaliadas a função, integridade, crescimento de volume, mudanças de cor e a existência de dor.

Este teste é fundamental para a detecção antecipada de câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe, pois as lesões iniciais costumam ser assintomáticas. Em fases mais avançadas, o paciente pode experimentar desconforto e dor, enquanto as lesões cancerosas podem se manifestar como áreas brancas, eritematosas ou ulceradas com margens elevadas. O profissional de odontologia precisa estar alerta a possíveis lesões orais malignas, particularmente úlceras que não cicatrizam em até 15 dias, sinalizando a necessidade de uma biópsia.

## **Biópsia**

A biópsia, termo originado do grego que se traduz como "aparência da vida", é uma técnica cirúrgica que consiste na coleta de tecido vivo para diagnóstico, através de análise anatomopatológica. O material precisa ser direcionado para um laboratório especializado para ser processado. A avaliação anatomopatológica é fundamental para identificar lesões quando outros procedimentos não fornecem resultados conclusivos (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015; PRADO; SALIM, 2018).

O dentista tem a responsabilidade de realizar ou enviar biópsias sempre que existir suspeita de malignidade ou necessidade de confirmação do diagnóstico. É crucial realizar um exame clínico minucioso, anamnese e exames complementares antes de realizar a biópsia. Lesões que duram mais de duas semanas, mudanças de coloração contínuas ou aquelas que não respondem ao tratamento clínico são recomendadas para biópsia (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015; PRADO; SALIM, 2018).

Há três categorias principais de biópsias: as incisionais, as excisionais e as realizadas através de punção aspirativa. As biópsias incisionais retiram apenas uma parte da lesão para

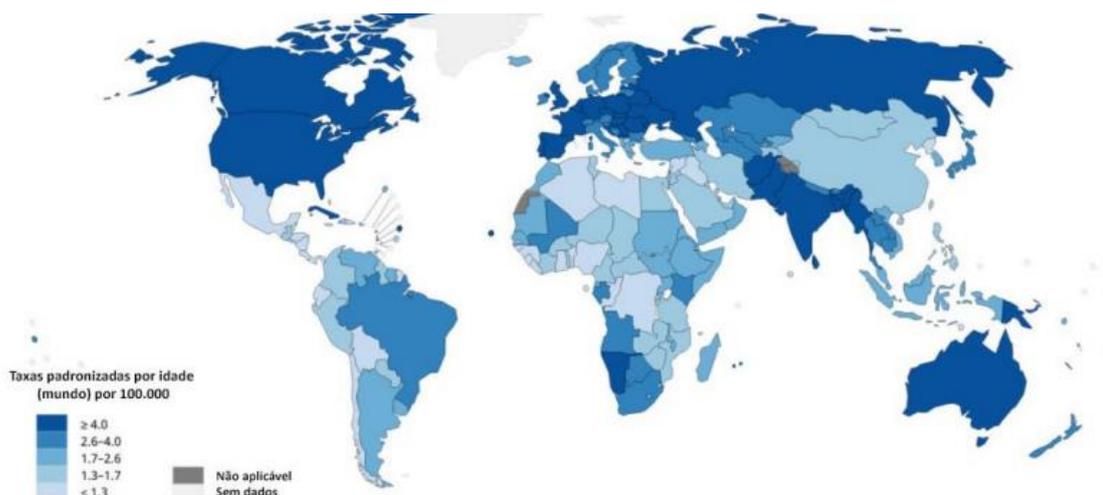
diagnóstico, ao passo que as excisionais removem a lesão completa, possibilitando um tratamento permanente. As contraindicações para a biópsia abrangem lesões cuja análise clínica é adequada para o diagnóstico e lesões vasculares, devido ao perigo de hemorragia (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015; NEVILLE et al., 2016; PRADO; SALIM, 2018).

O plano para a biópsia deve levar em conta a anamnese e o estado geral de saúde do paciente. Em situações específicas, podem ser necessários testes laboratoriais. Ao longo do processo, a pressão arterial deve ser acompanhada; se estiver elevada, a biópsia deve ser postergada (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p 35).

### Panorama epidemiológico

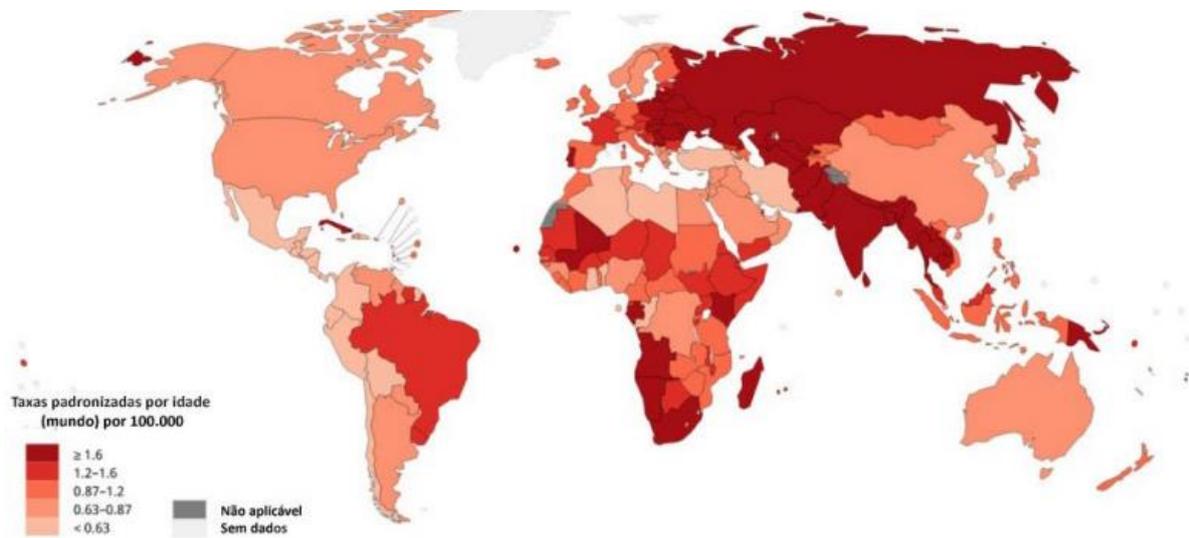
Em 2020, a Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) registrou 377.713 novos casos e 177.757 óbitos causados pelo câncer bucal no mundo. As taxas de mortalidade e inocência variam entre países e estão ligadas aos níveis de renda e desenvolvimento (Figuras 1 e 2). Países de alta renda, como Estados Unidos, Canadá e Austrália, têm baixa mortalidade mas têm incidência elevada. Por outro lado, em regiões com o índice de desenvolvimento humano baixo, esse tipo de câncer ultrapassa o câncer de cólon e reto e apresenta o terceiro mais comum em homens (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022, p 13).

**Figura 1** - Taxas de incidência em ambos os sexos por idade do câncer de boca (de Co0 a Co6), estimadas para o ano de 2020 globalmente.



**Fonte:** Globocan, 2020 apud International Agency for Research on Cancer, 2020a, on-line.

**Figura 2** -Taxas de mortalidade em ambos os sexos por idade do câncer de boca (de Co0 a Co6), estimadas para o ano de 2020 globalmente.



**Fonte:** Globocan, 2020 apud International Agency for Research on Cancer, 2020b, on-line.

Está definido na literatura o perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos pelo câncer de boca. A doença é mais comumente em homens, acima de 40 anos, tabagista, baixa renda e baixa escolaridade. O tipo histológico mais frequente é o Carcinoma de células escamosas, acometendo mais a língua (RUTKOWSKA *et al.*, 2020).

2824

No Brasil o tratamento oncológico do câncer de boca em estágio avançado é uma realidade (SOARES; SANTOS NETO; SANTOS, 2019). O atraso pode influenciar na dificuldade da detecção precoce ou no encaminhamento do tratamento.

### Fatores de risco

O principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer bucal é o tabagismo, o risco entre fumantes é 5 vezes maior, que os não fumantes (SADRI; MAHJUB, 2007). Estratégias de prevenção primária fundamentais para o controle da doença é prevenir a iniciação ou estimular a suspensão do uso do tabaco. O risco não se limita ao cigarro comum. Hábito de mascar tabaco e fumo invertido, podem aumentar o risco (ASTHANA *et al.*, 2019). Não há evidências científicas da associação do cigarro eletrônico ao câncer de boca (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

O etilismo é o segundo fator etiológico ligado ao câncer de boca, sendo indicado como um fator adjuvante na carcinogênese oral. Não há indícios de que ele aja sozinho, sendo associado ao hábito do tabagismo. Juntos são considerados os principais fatores de risco da doença, presentes em 90% dos casos (FREITAS et al., 2016; RIVERA, 2015).

A infecção pelo HPV oncogênico (tipos 16 e 18), está sendo considerada um fator de risco importante para o CCE de orofaringe, localizado principalmente na língua e amígdalas (MALLEN-ST CLAIR et al., 2016). É um prognóstico favorável à presença do HPV, uma melhor resposta radioterapia e quimioterapia.

A dieta pobre também está ligada no aumento do risco da doença. Estima-se que uma alimentação rica em vegetais, frutas, e cessação do tabaco e álcool, reduziria 95% da doença no Brasil (AZEVEDO E SILVA et al., 2016). A estimulação de alimentação saudável, cessação de tabagismo, limitação de álcool, utilização de preservativos em relações sexuais orais, evitar exposição ao sol também provocaram impacto na diminuição da incidência do câncer bucal

Exposição ao sol sem proteção pode estar ligada a maior risco de desenvolvimento de câncer labial. Por isso o uso de protetor solar nos lábios e corpo, deve ser incentivado como adjuvante de proteção. É recomendado o uso de chapéus, bonés de abas longas e que trabalhadores ao ar livre evitem os horários mais críticos de exposição ao sol (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

2825

A prevenção primária visa evitar a exposição aos fatores de risco de doenças, e a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel crucial nesse contexto. Ações como orientação sobre os riscos do tabagismo, estímulo à cessação e políticas públicas, como alertas nas embalagens de cigarros e proibição de fumar em locais fechados, são essenciais para reduzir a prevalência de fumantes e a exposição a riscos.

A PNPCC estabelece diretrizes para o controle do câncer bucal, promovendo hábitos alimentares saudáveis e implementando a Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco. Essas ações incluem a suspensão do tabagismo, do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2013). Os resultados do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, reforçados pela PNPCC, são evidentes na redução da prevalência do tabagismo. Em 2019, o Brasil alcançou a meta de 30% de redução na prevalência do tabagismo, conforme estabelecido no plano nacional para o enfrentamento de doenças crônicas entre 2011 e 2022 (BRASIL, 2021).

## Detecção precoce

A detecção precoce do câncer bucal é um fator determinante para o prognóstico dos pacientes, pois permite intervenções mais eficazes e aumenta as chances de sobrevivência. Esse processo envolve a identificação inicial de lesões pré-malignas e malignas, o que pode ser facilitado pela atuação ativa de profissionais de saúde, como dentistas, que estão frequentemente em contato com os tecidos da cavidade oral e podem reconhecer alterações suspeitas (KAY; GILBERT; NICHOLSON, 2017, p. 865). A capacitação desses profissionais para detectar lesões, como leucoplasias e eritroplasias, é uma estratégia essencial na prevenção e controle do câncer bucal, visto que tais lesões apresentam alto potencial de malignidade (SILVERMAN; KERR; EPSTEIN, 2010, p. 279).

A utilização de exames complementares, como a citologia esfoliativa e biópsias, é recomendada para a confirmação de lesões suspeitas. Estudos indicam que a detecção precoce de lesões com o auxílio de exames laboratoriais pode reduzir as taxas de mortalidade, oferecendo uma oportunidade de intervenção mais rápida e direcionada (MUSTAFA; TANG; NURULAIN, 2013, p. 35). Além disso, a inclusão de tecnologias, como a luz de fluorescência, tem mostrado eficácia na diferenciação de tecidos saudáveis e anormais, oferecendo uma abordagem menos invasiva para o diagnóstico inicial e facilitando a triagem de casos (MCCULLOUGH; PRASAD; FARAH, 2010).

2826

A educação em saúde também desempenha um papel crítico na detecção precoce, uma vez que o conhecimento sobre fatores de risco e sinais de alerta pode levar a uma maior vigilância e conscientização entre a população (SANTANA; SILVA; MENDES, 2023, p. 123). Campanhas de conscientização, especialmente em áreas de alta prevalência, podem ajudar a identificar precocemente casos de câncer bucal e orofaríngeo, promovendo o autoconhecimento e incentivando a busca por atendimento odontológico regular. Estratégias preventivas voltadas à redução do tabagismo e consumo de álcool, além de campanhas de vacinação contra o HPV, têm sido eficazes na redução da incidência de novos casos e contribuem para o controle da doença (PETERSEN; DUMMER, 2007, p. 238).

## Lesões brancas

A variedade de fatores etiológicos patogênicos ligados às lesões brancas dificulta no seu diagnóstico. Deve ser feita uma anamnese detalhada, saber identificar características de cada lesão e manobras semiotécnicas específicas, exame complementar, ajudam no diagnóstico final,

descartando desordens potencialmente malignas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

**Quadro 1.** Lesões brancas: análise clínica e diagnóstica.

Lesões	Etiopatogenia	Característica clínica	Característica Histopatológica	Tratamento	Prognóstico
Candidose Hiperplásica	Infecção por <i>Candida albicans</i> .	Placa branca não removível, assintomática.	Hiperplasia epitelial, infiltrado inflamatório.	Antifúngicos tópicos/sistêmicos.	Geralmente regride após tratamento.
Ceratose Friccional	Trauma mecânico.	Placas brancas difusas, assintomáticas.	Acantose, hiperortoceratose.	Suspensão do estímulo, remoção cirúrgica se necessário.	Bom com remissão após a suspensão do estímulo.
Estomatite Urêmica	Insuficiência renal crônica.	Placas brancas difusas na língua, eritema possível.	Sem padrão específico, útil para exclusão.	Tratamento da condição subjacente.	Desaparecem com tratamento adequado.
Leucoedema	Etiologia desconhecida.	Manchas brancoacintadas, assintomáticas.	Espessamento do epitélio, acantose.	Nenhum tratamento específico necessário.	Benigna, bom prognóstico.
Leucoplasia Pilosa	Infecção pelo EBV.	Placas brancas não removíveis na língua.	Hiperplasia epitelial, células balonizantes.	Normalmente não requer tratamento.	Regressão com ajuste na terapia antirretroviral.
Linha Alba	Trauma e pressão constantes.	Elevação linear na mucosa jugal.	Hiperkeratose.	Geralmente não requer tratamento.	Bom prognóstico.

**Fonte:** Tabela desenvolvida com base nos dados do livro "Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca". Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

### Lesões vermelhas

As lesões vermelhas vêm de etiologias variadas, podem ser associadas a doenças de base ou de condições que precisam de uma avaliação mais aprofundada. Essas lesões contribuem no diagnóstico diferencial com desordens potencialmente malignas, em especial eritroplasia. É fundamental que o dentista seja capacitado e tenha conhecimento das características para conduzir o caso, chegando a um diagnóstico preciso e um tratamento adequado do paciente,

visando o diagnóstico precoce do câncer bucal (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

**Quadro 2.** Lesões vermelhas análise clínica e diagnóstica.

Lesões	Etiopatogenia	Característica clínicas	Característica Histopatológica	Tratamento
Anemia	Diminuição de hemácias e hemoglobina; pode ser ferropriva ou megaloblástica.	Fraqueza, palidez das mucosas, glossite atrófica, mucosite eritematosa, úlceras, queilite angular.	Exames clínicos e laboratoriais, hemograma.	Suplementação de ferro ou B12; prognóstico varia.
Estomatite Migratória Benigna	Alteração do desenvolvimento dos tecidos moles; etiologia desconhecida.	Áreas eritematosas com halo esbranquiçado no dorso da língua; geralmente assintomática.	Diagnóstico clínico baseado na aparência das lesões.	Prognóstico geralmente bom; lesões migram e desaparecem.
Estomatite por dentadura	resposta inflamatória a Candida; fatores como má higiene e uso contínuo da prótese.	Eritema crônico e edema na mucosa sob a prótese; pode ser assintomática, mas pode causar desconforto.	Diagnóstico clínico e histórico do uso da prótese.	Melhora com higiene adequada antifúngicos se necessário.
Lesões Vasculares	Variadas; podem ser traumáticas, infecciosas ou neoplasias.	Coloração arroxeadada ou purpura; frequentemente diagnosticadas como varizes.	Diagnóstico clínico; ultrassonografia Doppler se necessário.	prognóstico geralmente bom; intervenção se sintomática.
Hemorragia a submucosa	Traumas que causam danos aos vasos sanguíneos; classificação por tamanho das lesões.	Petéquias, púrpura e equimose na mucosa jugal, labial ou lingual; cor varia de vermelha a púrpura.	Baseado na história clínica e aparência das lesões.	Resolução espontânea; abordagem do trauma subjacente.
Granuloma Piogênico	Lesão reacional resultante de irritação local ou trauma; pode ocorrer na gestação.	Nódulo indolor, altamente vascularizado; coloração varia de vermelha a arroxeadada.	Diagnóstico clínico; biópsia se necessário.	Remoção cirúrgica; pode regredir após parto.
Mucosite Plasmocitária	Etiologia incerta; possível ligação a reações alérgicas a produtos de higiene bucal.	Eritema e edema na gengiva; língua despilada; lábios fissurados.	Diagnóstico clínico; exclusão de outras condições.	Identificação e eliminação de alérgenos; prognóstico favorável.
Queilite Angular	inflamação nas comissuras labiais, fatores mecânicos, infecciosos e deficiências nutricionais.	Eritema e edema nas comissuras, ulceração e crostas; dor e desconforto.	Diagnóstico clínico; exames microbiológicos necessários.	Medidas de higiene, antifúngicos e antibióticos; bom prognóstico.

**Fonte:** Tabela desenvolvida com base nos dados do livro "Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca". Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

## Lesões vermelhas e brancas

Lesões na cavidade oral podem ter várias características e causas, a sua avaliação é indispensável para diagnósticos de diversas condições tais, como infecções, inflamações e desordens potencialmente malignas. Exame clínico aprofundado e, em alguns casos, biópsia para determinar e tratar adequadamente.

**Quadro 3.** Lesões vermelhas e brancas: análise clínica e diagnóstica.

Condição	Etiopatogenia	Característica clínica	Característica histopatológica	Diagnóstico	Tratamento
Candidíase Eritematosa	Hipossalivação, uso de antibióticos, corticosteróides, imunossupressão (ex: AIDS).	Lesões eritematosas, sintomatologia dolorosa, bordas difusas. Localização: dorso da língua, palato (lesão "beijada").	Hifas ou pseudo-hifas de <i>Candida</i> , epitélio com alteração na vascularização. Cuidado com lesões brancas que podem ser leucoplasia.	Diagnóstico por citopatológico com detecção de hifas de <i>Candida</i> .	Antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos (nistatina, miconazol, fluconazol).
Candidíase Pseudomembranosa	Associada a recém-nascidos e imunocomprometidos. Causada por antibióticos de amplo espectro, corticoides e hipossalivação.	Presença de placas brancas removíveis, áreas eritematosas subjacentes, dor, ardência. Acomete mucosas vestibulares, palato e língua.	Epitélio hiperparacérato, exocitose de neutrófilos, hifas de <i>Candida</i> na camada espinhosa.	Diagnóstico clínico, complementado por citologia esfoliativa.	Antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos.
Estomatite Nicotínica	Resposta inflamatória ao calor do tabaco. Não é uma desordem maligna.	Manchas e placas esbranquiçadas, limites mal definidos, frequentemente	Epitélio com acantose e hiperparacérato, infiltrado inflamatório crônico. Presença de	Diagnóstico baseado em características clínicas e histórico de tabagismo.	Cessaçã do tabagismo.

		assintomática. Predomina em tabagistas.	glândulas salivares inflamadas.		
Queimaduras Térmicas e Químicas	Queimaduras por alimentos e bebidas quentes, produtos químicos cáusticos.	Áreas esbranquiçadas e avermelhadas, dor, ardência. Localização variável conforme agente causador.	Descamação epitelial, necrose celular, infiltrado inflamatório agudo.	Diagnóstico clínico, anamnese detalhada sobre o contato com o agente.	Suspensão do contato, anti-inflamatórios e analgésicos.
Sífilis	Infecção crônica por <i>Treponema pallidum</i> , transmissão sexual e congênita.	Lesões orais variam nas fases: cancro duro na fase primária, placas mucosas na fase secundária e goma na fase terciária. Linfadenopatia comum.	Infiltrado plasmocitário, abscessos intraepiteliais, inflamação granulomatosa na fase terciária.	Diagnóstico sorológico e biópsia.	Terapia antibiótica (penicilina G benzatina, tetraciclina, doxiciclina, azitromicina). O prognóstico varia com a fase da doença.

**Fonte:** Tabela desenvolvida com base nos dados do livro "Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca". Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

### Lesões ulceradas

As lesões ulceradas na cavidade oral são caracterizadas pela perda de continuidade da mucosa, podendo ser dolorosas e afetar a qualidade de vida do paciente. O diagnóstico é feito através de exame clínico, e em alguns casos biópsia para determinar a causa subjacente. O tratamento é determinado de acordo com a etiologia, podendo ser medicamentos tópicos ou sistêmicos, cuidados com a higiene oral, e em casos mais graves, intervenções cirúrgicas.

**Quadro 4.** Lesões ulceradas: análise clínica e diagnóstica.

Condição	Etiopatogenia	Característica clínica	Característica histopatológica	Tratamento e prognóstico
Penfigóide das Membranas Mucosas	Doença autoimune com formação de vesículas e bolhas nas mucosas, causada por auto anticorpos que atacam proteínas de adesão. Maior prevalência que o pênfigo vulgar.	Predominante em adultos mais velhos, principalmente mulheres. Lesões na mucosa oral (gengiva e palato) e ocular, com risco de cegueira. Padrão descamativo na gengiva. Úlceras rasas e dolorosas.	Fenda subepitelial com leve infiltração inflamatória crônica.	Tratamento com imunossuppressores, corticoides tópicos ou sistêmicos. Acompanhamento oftalmológico é essencial.
Sarcoidose	Doença granulomatosa crônica de etiologia desconhecida, afetando múltiplos órgãos. Diagnóstico complexo que exclui outras doenças.	Comum em adultos, principalmente mulheres. Sintomas respiratórios iniciais, linfadenopatia bilateral, lesões cutâneas (nodulares e maculares). Lesões orais podem ser placas ou nódulos esbranquiçados.	Inflamação granulomatosa não caseosa, corpos asteroides em células gigantes multinucleadas.	Terapia imunossupressora, geralmente com esteroides. Acompanhamento periódico necessário. Prognóstico variável.
Sialometaplasia Necrosante	Patologia inflamatória das glândulas salivares menores, geralmente por evento isquêmico (trauma, drogas, anestesia inadequada).	Lesões sintomáticas, úlceras circunscritas no palato, podendo mimetizar neoplasias. Cuidado com diagnóstico diferencial.	Necrose do parênquima acinar com preservação da estrutura lobular. Hiperplasia pseudocarcinomatosa do epitélio de superfície.	Tratamento sintomático e orientações de higiene oral. Prognóstico bom, com resolução espontânea em 4-10 semanas.
Síndrome de Behçet	Quadro sistêmico com vasculite. Etiologia incompreendida, possível reação imune a antígenos infecciosos ou ambientais. Suscetibilidade genética (HLA-B51).	Frequente em adultos jovens, com envolvimento das mucosas ocular e genital. Lesões cutâneas variadas, úlceras múltiplas na mucosa bucal. Critérios diagnósticos: lesões orais, genitais e teste de patergia positivo.	Ulceração com vasculite leucocitoclástica e necrose fibrinóide.	Imunossuppressores e anti-inflamatórios. Padrões de remissão e exacerbação. Prognóstico pior com envolvimento ocular e do sistema nervoso.
	Infecção bacteriana pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .	Sintomas respiratórios e sistêmicos (tosse, febre, sudorese).	Inflamação granulomatosa específica com necrose caseosa.	Terapia antimicrobiana sistêmica prolongada. Importância da adesão

	Transmissão por via inalatória, especialmente em imunocomprometidos.	Lesões orais são ulceradas, envolvendo a língua, gengiva e palato. Tuberculose ganglionar é comum na região cervical.	Bacilos álcool-ácido resistentes visíveis com colorações especiais.	ao tratamento e orientações epidemiológicas para redução da transmissão.
Estomatite Aftosa Recorrente	Origem idiopática ou associada a estímulos antigênicos. Destruição do epitélio por reação mediada por células T e produção de TNF-alfa.	Mais frequente em crianças e jovens, lesões bem demarcadas, doloridas, com membrana de fibrina amarela e halo eritematoso. Variantes: ulcerações menores (aftas de Mikulicz), maiores (doença de Sutton) e herpetiformes.	Diagnóstico clínico; biópsias raras. Ulceração central coberta por fibrina com infiltrado inflamatório.	Casos leves não requerem tratamento. Corticóides tópicos em casos mais graves. Prognóstico bom.
Granuloma Traumático	Causado por trauma local crônico, levando a uma reação inflamatória pseudo invasiva.	Acomete homens de qualquer idade. Úlcera crateriforme, lesão exofítica, dolorosa ou não. Comum na língua e em outras áreas da boca. Doença de Riga-Fede em bebês.	Tecido de granulação com infiltrado inflamatório. Ulcerações eosinofílicas atípicas em adultos com mais de 40 anos.	Remoção da origem traumática. Biópsia em casos persistentes. Tratamento com corticoides controversos.
Infecções Fúngicas Profundas	Predileção por pulmões; ocorrem em imunodeficientes. Infecções orais podem resultar de inoculação local ou disseminação.	Lesões granulomatosas na cavidade oral, especialmente no palato, lábios e gengiva. Diagnóstico diferencial importante.	Infiltrado inflamatório granulomatoso com crescimento fúngico nos granulomas. Colorações especiais para identificação.	Tratamento prolongado com antifúngicos. Adesão do paciente crucial. O prognóstico pode ser preocupante, especialmente em imunocomprometidos.
Necrose Anestésica	Complicação rara de isquemia localizada, resultante de técnica inadequada na anestesia.	Úlcera no palato ou em áreas anestesiadas. Lesões podem surgir rapidamente após a injeção.	Diagnóstico clínico; biópsia se não houver melhora. Possíveis investigações para excluir sífilis, tuberculose e neoplasia.	Tratamento conservador e sintomático. Biópsia para exclusão de neoplasias se não cicatrizar em duas semanas.
Pênfigo Vulgar	Distúrbio autoimune raro, anticorpos contra desmogleínas, levando a bolhas intraepiteliais.	Acomete principalmente adultos. Lesões na mucosa bucal, bolhas que se rompem rapidamente, formando áreas	Fenda intraepitelial na biópsia, infiltrado inflamatório crônico. Imunofluorescência direta necessária para confirmação.	Tratamento com corticosteroides sistêmicos e imunomoduladores. Remissão possível, mas monitoramento necessário.

		erosadas e úlceras. Sinal de Nikolsky positivo.		
--	--	---	--	--

**Fonte:** Tabela desenvolvida com base nos dados do livro "Diagnóstico Precoce do Câncer de Boca". Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

### **Importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar**

A presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar tem se mostrado cada vez mais relevante, especialmente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Esse profissional desempenha um papel essencial na prevenção e no controle de infecções bucais, que podem ter repercussões sistêmicas em pacientes internados. Estudos demonstram que condições bucais adversas, como periodontite e cáries severas, podem ser portas de entrada para patógenos que, ao atingirem a corrente sanguínea, podem provocar infecções sistêmicas, como a endocardite bacteriana e até pneumonias nosocomiais (SILVERMAN; KERR; EPSTEIN, 2010, p. 279).

Além disso, o cirurgião-dentista é fundamental para o cuidado de pacientes com dificuldades de higienização oral, como aqueles sedados ou que apresentam limitações motoras. A falta de higiene adequada pode agravar quadros infecciosos e comprometer o estado geral dos pacientes, interferindo diretamente na recuperação e aumentando o tempo de internação (KAY; GILBERT; NICHOLSON, 2017, p. 865). A presença desse profissional na equipe multidisciplinar contribui para a adoção de protocolos de higiene oral, que reduzem significativamente a proliferação de patógenos e previnem complicações sistêmicas (MCCULLOUGH; PRASAD; FARAH, 2010).

Outro aspecto importante da atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é o manejo de pacientes oncológicos, que muitas vezes apresentam complicações bucais decorrentes de tratamentos como a radioterapia e a quimioterapia. Esses tratamentos podem causar efeitos colaterais, como mucosite oral, xerostomia e osteonecrose, os quais necessitam de acompanhamento e intervenções específicas para garantir o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante o tratamento (KUJAN; SLOAN, 2013, p. 3369). Dessa forma, a integração do cirurgião-dentista à equipe de saúde hospitalar melhora não só o prognóstico, mas também a experiência dos pacientes no ambiente hospitalar.

As regulamentações e políticas de saúde têm reconhecido essa necessidade, e alguns países já estabeleceram diretrizes que incentivam ou exigem a presença do cirurgião-dentista nas UTIs, especialmente em tempos de pandemia, onde o controle de infecções é ainda mais crucial. A atuação desse profissional representa um avanço na qualidade dos serviços de saúde, promovendo uma abordagem integral ao paciente e contribuindo para a eficácia dos cuidados hospitalares (BRAY *et al.*, 2018, p. 394).

## Tratamento

A doença tende a progredir para úlceras, nódulos, dor, dificuldade na fala e na deglutição, quando lesões potencialmente malignas e o câncer de boca não são identificados nos estágios iniciais. Existem três modalidades de tratamento, como: cirurgias, radioterapia e quimioterapia, que podem ou não ser combinadas, isso depende do estágio e da localização do tumor (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

O plano de tratamento é definido por uma equipe multiprofissional, com base no estadiamento patológico e clínico. A primeira opção é a cirurgia, mas a quimioterapia e a radioterapia podem ser indicadas em tumores com os estágios mais avançados, para evitar sequelas e envolvimento na qualidade de vida do paciente. (GENDEN *et al.*, 2010; HUANG; O'SULLIVAN, 2013; LARIZADEH; SHABANI, 2012).

2834

Pelo SUS, o tratamento é feito por hospitais específicos em tratamentos oncológicos. O câncer de boca pode ser tratado no Cacon ou Unacon que sejam habilitados no tratamento de cabeça e pescoço (BRASIL, 2019). O paciente é encaminhado por meio de regulação, é indicado que os protocolos para regulação dos casos para tratamento sejam precisos e disponíveis para os reguladores, o atraso está ligado a menor sobrevida e qualidade de vida dos pacientes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

Por lei, o prazo máximo estabelecido no Brasil, é de 60 dias, para que o tratamento oncológico seja iniciado após neoplasia maligna confirmada, mas não é uma realidade do país e esse prazo não é cumprido. Informações fornecidas pelo Painel-Oncologia mostram que 50% dos casos de câncer de boca diagnosticados no Brasil em 2020 foram tratados em mais de 60 dias, variando de 37% na Região Sul a 55% na Região Norte (BRASIL, 2022).

Prevenções primárias e a detecção precoce podem reduzir a taxa de incidência e mortalidade causada pelo câncer de boca. Para isso é necessários profissionais da saúde capacitados para reconhecer os principais sinais e sintomas, cirurgiões dentista para realizar

uma inspeção minuciosa visual dos tecidos da boca e diagnóstico precoce da doença, rede de apoio a dayde organizada, promovendo a saúde bucal e consequentemente diagnósticos precoce, garantindo também tratamento oncológico. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

## CONCLUSÃO

A prevenção do câncer bucal requer conhecimento dos principais fatores de risco e que o dentista saiba como diagnosticar e orientar os pacientes. Esta revisão ressalta a importância do diagnóstico precoce, pois a detecção de lesões pré-cancerosas e cânceres em estágios iniciais aumenta as chances de cura do paciente, reduzindo a mortalidade e morbidade.

Os profissionais de saúde bucal devem realizar exames criteriosos da mucosa oral, especialmente nas áreas de prevalência. Além disso, é importante manter registros fotográficos e acompanhamento de longo prazo para ajudar pacientes com lesões da mucosa oral e encaminhar pacientes com lesões da mucosa, encaminhando-os a especialistas quando necessário.

Educar seus pacientes sobre comportamentos de alto risco, como tabagismo, etilismo e sexo desprotegido, é crucial. Dentistas devem estar cientes de que uma alta ingestão diária de álcool, o uso de enxaguatórios bucais com elevado teor alcoólico e a infecção oral por subtipos específicos de HPV estão associados ao desenvolvimento de câncer oral e orofaríngeo, devendo aconselhar seus pacientes de forma adequada.

2835

## REFERÊNCIAS

1. SILVERMAN, S.; KERR, A. R.; EPSTEIN, J. B. Controle e detecção precoce do câncer oral e faríngeo. *Journal of Cancer Education*, v. 25, p. 279-281, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933804/>. Acesso em: 30 set. 2024.
2. MCCULLOUGH, M.; PRASAD, G.; FARAH, C. Malignidade da mucosa oral e lesões potencialmente malignas: uma atualização sobre a epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Australian Dental Journal*, v. 55, n. Supl. 1, p. 61-65, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20553246>. Acesso em: 30 set. 2024.
3. KUJAN, O.; SLOAN, P. Dilemas do rastreamento do câncer bucal: uma atualização. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 14, n. 5, p. 3369-3373, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23803131>. Acesso em: 30 set. 2024.
4. BRAY, F. et al. Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. *CA: A Cancer Journal for*

- Clinicians*, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 30 set. 2024.
5. PETERSEN, P. E.; DUMMER, P. M. H. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, v. 43, n. 3, p. 238-243, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837508001760?via%3Dihub>. Acesso em: 08 out. 2024.
  6. KAY, E. J.; GILBERT, A. H.; NICHOLSON, J. K. The role of dentists in the early detection of oral cancer. *Journal of Dental Research*, v. 96, n. 8, p. 865-872, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5822535/>. Acesso em: 27 out. 2024.
  7. HASSAN, A.; DILKS, H.; MCGEE, J. Causas do câncer oral – uma avaliação das controvérsias. *Jornal Odontológico Britânico*, v. 207, n. 8, p. 359-364, 2009. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2009.1009>. Acesso em: 27 out. 2024.
  8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Controle do câncer bucal em países em desenvolvimento. *Bull Organização Mundial da Saúde*, 1984, v. 62, p. 817-830.
  9. SANTANA, J. V.; SILVA, A. P.; MENDES, R. A. Risk factors for oral cancer: A systematic review. *BMC Cancer*, v. 23, n. 1, p. 123, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10743054/>. Acesso em: 27 out. 2024.
  10. MUSTAFA, A.; TANG, K. C.; NURULAIN, S. M. Factors influencing the early detection of oral cancer: A systematic review. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, v. 3, n. 1, p. 35-41, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213538313000039>. Acesso em: 27 out. 2024.
  11. HUSSEN, K. H.; GANDHI, K.; MURRAY, S. J. Risk factors for oral cancer: A systematic review. *Oral Oncology*, v. 50, n. 7, p. 615-623, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23524417/>. Acesso em: 27 out. 2024.
  12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diagnóstico precoce do câncer de boca. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-diagnostico-precoce-cancer-boca-2022.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.
  13. NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *The British Journal of General Practice*, London, v. 69, n. 678, p. 28-29, jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 27 out. 2024.
  14. GORDIS, L. *Epidemiologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2010.
  15. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Pannel de oncologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def). Acesso em: 27 out. 2024.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 245, p. 173-177, 19 dez. 2019. Acesso em: 27 out. 2024.
17. GENDEN, E. M. et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *European Archives of Otorhinolaryngology*, Heidelberg, v. 267, n. 7, p. 1001-1017, jul. 2010. DOI: <10.1007/s00405-010-1206-2>. Acesso em: 27 out. 2024.
18. HUANG, S.-H.; O’SULLIVAN, B. Oral cancer: current role of radiotherapy and chemotherapy. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugía Bucal*, Valência, v. 18, n. 2, p. e233-e240, mar. 2013. DOI: <10.4317/medoral.18772>. Acesso em: 27 out. 2024.
19. LARIZADEH, M. H.; SHABANI, M. Survival following non-surgical treatments for oral cancer: a single institutional result. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Bangkok, v. 13, n. 8, p. 4133-4136, 2012. Acesso em: 27 out. 2024.
20. PORTO, C. C. *Semiologia médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. Acesso em: 27 out. 2024.
21. RUTKOWSKA, M. et al. Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: official organ Wroclaw Medical University*, Wroclaw, Poland, v. 29, n. 6, p. 735-743, jun. 2020. DOI: <10.17219/acem/116753>. Acesso em: 27 out. 2024.
22. SOARES, E. C.; BASTOS NETO, B. C.; SANTOS, L. P. de S. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 192-198, dez. 2019. DOI: <10.26432/1809-3019.2019.64.3192>. Acesso em: 30 out. 2024.
23. SADRI, G.; MAHJUB, H. Tobacco smoking and oral cancer: a meta-analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, [Hamadãn], v. 7, n. 1, p. 18-23, jul. 2007. Acesso em: 30 out. 2024.
24. FREITAS, R. M. de et al. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 10-16, 2018. Disponível em: <https://www.revistabrasileiradeanalisesclinicas.org>. Acesso em: 30 out. 2024.