

**Escola de Ciências
da Saúde**



**ANA CAROLINA MARQUES FRANCO DE BARROS
JULIANA FERNANDES PAGLIARE DA COSTA
LETÍCIA SOLIÑO FRANCE**

ASPECTOS ATUAIS SOBRE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

**Rio de Janeiro, Rj.
2022**

**ANA CAROLINA MARQUES FRANCO DE BARROS
JULIANA FERNANDES PAGLIARE DA COSTA
LETÍCIA SOLIÑO FRANCE**

ASPECTOS ATUAIS SOBRE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande Rio
“Professor José de Souza Herdy”, como
parte dos requisitos parciais para obtenção
do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Ednaldo José da Silva

**Rio de Janeiro – RJ.
2022**

**ANA CAROLINA MARQUES FRANCO DE BARROS
JULIANA FERNANDES PAGLIARE DA COSTA
LETÍCIA SOLIÑO FRANCE**

ASPECTOS ATUAIS SOBRE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do
Grande Rio “Professor José de Souza
Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de
bacharel em Odontologia.

Aprovado em 15 de Junho de 2022.

Banca Examinadora



Prof. Ednaldo José da Silva
Universidade do Grande Rio



Prof. Ricart Gil Macedo
Universidade do Grande Rio



Prof. Keith Bullia da Fonseca Simas
Universidade do Grande Rio

RESUMO

O Carcinoma de células escamosas (CCE) também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, tendo maior incidência o sexo masculino e faixa etária acima de 50 anos. O presente estudo tem como objetivo uma revisão de literatura buscando apresentar os aspectos mais atuais do CCE. Resultado: O carcinoma de células escamosas tem como fatores de risco o etilismo, tabagismo, exposição a radiação ultravioleta e nos indivíduos do sexo masculino jovem está associada ao HPV. O dentista é o profissional essencial para a avaliação e diagnóstico preciso, encaminhado o paciente para um tratamento adequado. Conclusão: É um câncer agressivo, no qual é importante o exame clínico bucal permitindo que seja identificado de forma precoce, permitindo investigação e diagnóstico de lesões .

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma (SCC), also known as squamous cell carcinoma, squamous cell carcinoma and squamous cell carcinoma, is a malignant neoplasm that originates in the lining epithelium, being considered a malignant neoplasm, with males over 40 years of age. The present study aims to review the literature seeking to present the most current aspects of SCC. Result: Squamous cell carcinoma has as risk factors alcoholism, smoking, exposure to ultraviolet radiation and in young males it is associated with HPV. The dentist is the essential professional for the evaluation and accurate diagnosis, referring the patient to an appropriate treatment. Conclusion: It is an aggressive cancer, in which the oral clinical examination is important, allowing it to be identified early, allowing investigation and diagnosis of lesions.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	6
2.OBJETIVO.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.1 CÂNCER.....	7
3.2 CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.....	8
3.3 TRATAMENTO.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 DISCUSSÃO.....	13
6.CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO.....	21

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas (CCE) da boca, também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerada a neoplasia maligna mais comum nesta região.¹

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020) estimou-se incidência de 15.190 novos casos por ano de câncer bucal, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres. Apresenta-se como a quinta neoplasia maligna em homens e a décima segunda em mulheres, possuindo a maior incidência de câncer bucal entre os países da América Latina. Pode ocorrer em qualquer parte da cavidade oral, certas áreas tem mais incidências do que outras, como lábio inferior, língua e soalho bucal.²

O tabaco, o álcool, o HPV (papilomavírus humano) e os raios solares são alguns fatores externos. Entre os fatores intrínsecos podemos destacar o estado sistêmico ou geral e a influência genética.³

O câncer de boca demonstra um sério problema de saúde pública no país e mundialmente, como resultado de importante nível de incidência e elevado potencial de prevenção, da mesma forma dos altos custos clínico-assistenciais.⁴

As características histopatológicas do CCE são representadas por inúmeras ilhas e cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas com citoplasma eosinofílico consideravelmente abundante, núcleos grandes e hipercromáticos, pleomorfismo nuclear e pérolas de ceratina. Estas células podem se estender e invadir tecido adiposo, muscular e esquelético.⁵

O intuito do tratamento odontológico aos pacientes com CCE é extinguir ou consolidar as condições bucais que contribuem para as infecções locais e sistêmica. Eles necessitam de uma abordagem terapêutica odontológica, antes, durante e após o término do tratamento, de forma a precaver ou conter a ocorrência de complicações, assegurando uma melhor condição de vida para os mesmos. Inicialmente, o enfoque será a análise da situação dentária, estabelecer a adequação do meio e suprir as condições infecciosas pré-existentes. A má higiene bucal, presença de raízes residuais e quadros patológicos periapicais e periodontais são condições que favorecem a manifestação de infecções.⁸

O cirurgião dentista representa um importante papel na prevenção e tratamento de doenças neoplásicas, como o carcinoma oral. Durante consultas periódicas o

profissional irá realizar anamneses que deverão conter informações sobre o estado em que se encontra a cavidade bucal do paciente através do exame intraoral, que pode revelar lesões na mucosa ou um aumento em determinadas regiões nas quais necessitam de atenção.⁹

A procura por profissionais em busca de tratamento geralmente só acontece quando a lesão já está em fase avançada, isso ocorre devido o quadro álgico não ser de ampla importância.¹⁰

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é uma revisão de literatura buscando apresentar os aspectos mais atuais do CCE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CÂNCER

A palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos.¹¹

As células cancerosas são descritas como neoplasias malignas. Elas demonstram crescimento celular desordenado que não segue a demanda fisiológica. Os crescimentos tanto benignos quanto malignos são classificados e nomeados de acordo com o tecido de origem. As células benignas e malignas diferem-se em muitas características de desenvolvimento celular, inclusive o método e a velocidade de crescimento, a capacidade de metastatizar ou disseminar, os efeitos gerais, a destruição tissular e a capacidade de provocar a morte.¹²

O câncer é o nome dado ao conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células, que se divide rapidamente, com tendência a ser agressiva e incontrolável, formando os tumores malignos. As causas do câncer podem ser externas ou internas. As externas são aquelas ligadas ao meio

ambiente e aos hábitos ou costumes da sociedade, e as internas são na maioria das vezes genéticas.¹³

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos. Os vários tipos de câncer são classificados de acordo com a localização primária do tumor. Exemplo: colo do útero, mama, pulmão.¹¹

3.2 CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

A epidemiologia do câncer da boca é assunto bem documentado na literatura, e as diferenças regionais de incidência ao redor do mundo parecem estar relacionadas aos dois principais fatores de risco: tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. A incidência mundial estimada, por ano, é de aproximadamente 275 mil casos para o câncer da boca e 130 mil de câncer de faringe, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento.¹⁴

No Brasil, o câncer da boca apresentou estimativas de, aproximadamente, 15 mil novos casos em 2020 e, dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada dentre as neoplasias malignas de maior incidência em homens.¹⁵

Muito embora existam descrições de que as malignidades da boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica aponta em sua maioria um doente acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo estrato socioeconômico e educacional.¹⁶

Dentre os aspectos histopatológicos, destaca-se classicamente o padrão de crescimento invasivo, para o tecido conjuntivo. A ceratinização individual de células epiteliais escamosas (disqueratose) com a formação variável de "pérolas" de ceratina são características frequentemente notadas entre casos de CCE da região intra oral e labial. Os tumores bem diferenciados apresentam grandes ceratinócitos que lembram o epitélio escamoso normal e produzem abundante ceratina, pouca atipia celular e escassa atividade mitótica. Os tumores moderadamente diferenciados geralmente apresentam menos ceratinização e distinto pleomorfismo nuclear com maior atividade mitótica e mitoses aberrantes e, por fim, os pobremente diferenciados

apresentam predominantemente células imaturas com numerosas mitoses aberrantes e mínima ceratinização.¹⁷

A incidência do câncer de cabeça e pescoço no Brasil é uma das mais altas do mundo, caracterizada pela maioria das neoplasias epiteliais do tipo carcinoma de células escamosas. Acomete principalmente o sexo masculino e acima de 50 anos e o principal fator para o aparecimento do referido câncer é a exposição ao tabagismo e ao etilismo. Porém, existem outros fatores que favorecem o seu aparecimento como: radiação e fator genético.¹⁷ A exposição contínua ao sol está associada ao câncer do vermelhão labial, que se desenvolve a partir de uma lesão cancerizável, denominada queilite actínica. O CCE labial inicia-se como um processo crônico e a exposição contínua à luz solar favorece o desenvolvimento da queilite actínica que se transforma em carcinoma de células escamosas.²⁸

Alguns pacientes não perfazem esse perfil; principalmente os pacientes jovens, não etilistas e não tabagistas; nesses o curso clínico da doença é mais agressivo. Estima-se que entre 15 e 20% dos pacientes acometidos por CCE são não fumantes². Neste contexto a infecção pelo papilomavírus (HPV) tem sido reconhecida como fator de risco individual para o desenvolvimento de carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço, sendo relacionada ao desenvolvimento de lesões em pacientes que não apresentam os fatores de risco clássicos, como o tabagismo e o etilismo.³⁷ Novos casos de carcinoma de células escamosas orais em pacientes jovens, que não bebem e não fumam, estão cada vez mais sendo relatados. É justamente neste contexto que a infecção HPV tem sido relatada como fator de risco individual para o desenvolvimento de carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço.³⁸

Um outro fator comumente associado à etiologia do CCE é a mutação da proteína p53. Desde a descoberta da p53, no final da década de 70, acredita-se que esta seja responsável pela modulação da resposta celular à um estresse endógeno ou exógeno, como danos ao DNA, hipóxia, ativação de oncogenes, replicação viral e depleção de ribonucleotídeos, sendo um importante gene de supressão tumoral. A p53 pode bloquear o ciclo celular na fase G1 de células com danos subletais em seu genoma até o completo reparo deste. Além disto, pode induzir apoptose, evitando o desenvolvimento de clones de células com graves danos ao DNA. A ausência da p53 nativa, seja por inativação ou destruição, e algumas mutações da proteína nativa são capazes de impossibilitar a função de guardião do genoma exercida pela p53, permitindo assim a sobrevivência de células com danos em seu DNA.²⁹

Observa-se ocorrência em qualquer área de cabeça e pescoço, sendo as áreas com maior frequência o lábio inferior, língua, assoalho bucal, palato mole, área retro molar, tonsila palatina e rebordo alveolar.¹⁸ A faringe (orofaringe, hipofaringe, nasofaringe), laringe (glote, supraglote, subglote) e tireoide também podem ser acometidas.¹⁹

O diagnóstico do carcinoma de células escamosas é feito diretamente na localização da neoplasia através de biopsias. É possível identificar mais facilmente nos estágios III e IV em que a doença já está avançada, já que nos estágios iniciais ela é assintomática, dificultando assim, o seu diagnóstico e tratamento.²⁰ Os sinais representados pelas radiografias são de suma importância no diagnóstico, tal como um excelente conhecimento da anatomia para identificar as alterações. As radiopacidades em tecidos ósseos representam alterações de desenvolvimento lento, causando poucas alterações, enquanto as radiolucências representam maiores deformidades e destruição do tecido ósseo. Os exames de radiografias devem ser feitos antes das biopsias. A destruição óssea pode ser dolorosa ou assintomática com as margens mal definidas.²¹

Os tratamentos para câncer de cabeça e pescoço remetem a cirurgias, quimioterapias e radioterapias isoladas ou associadas, que são os métodos terapêuticos mais aplicáveis. As lesões iniciais grau I são restritas em seus locais de origem. Indica-se cirurgias ou radioterapias que proporcionam bons resultados. Já em lesões grau II, III e IV, que são mais avançadas e podem apresentar metástases, o tratamento é mais difícil. Desta forma, indica-se cirurgias com associação de radioterapias ou quimioterapia, em que o prognóstico já não é mais favorável como no grau I.²²

O plano traçado para o tratamento e o prognóstico do carcinoma é embasado no sistema de classificação de tumores malignos TNM (Classification of Malignant Tumours), que significa, T para os tumores primários, N para os linfonodos e M para metástase em regiões distantes do local de origem, ou seja, o sistema indica a extensão do tumor, a presença de nódulos linfáticos e presença ou ausência de metástases. Este sistema auxilia os profissionais da saúde a observar a evolução do câncer e facilitar a troca de informações entre eles.⁷ A Classificação TNM é um padrão reconhecido mundialmente. Seus objetivos centrais são auxiliar o planejamento terapêutico, prever o prognóstico, auxiliar na avaliação dos resultados das terapias,

facilitar a troca de informações entre profissionais e contribuir para pesquisas continuas envolvendo o câncer.¹⁹

As manifestações clínicas do CCE e os efeitos do tratamento podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento cirúrgico geralmente mutila e os tratamentos quimio e/ou radioterápicos causam danos que podem ser agudos e desenvolver-se durante a terapia com um curso transitório e resolução após o tratamento, tais como a mucosite, a xerostomia, a disgeusia, a disfonia, a candidose e a radiodermite. Outras sequelas surgem após a conclusão do tratamento oncológico, como as cáries relacionadas à radiação, o trismo, a fibrose, a atrofia da mucosa, a necrose dos tecidos moles e a osteorradionecrose. Além disso, o câncer promove danos psicossociais não apenas no paciente, mas em seus familiares. Pelo fato de ter preservado a estrutura lingual, não houve comprometimento da fala e deglutição do paciente aqui descrito.¹⁸

Sob o ponto de vista histopatológico, os tumores bem diferenciados mostram ninhos, colunas e cordões de células oriundas do epitélio pavimentoso; pleomorfismo celular e nuclear; hipercromatismo nuclear; mitoses atípicas em pequeno número; formação de pérolas de ceratina e invasão subepitelial. Nos casos mais indiferenciados, a semelhança com o epitélio pavimentoso é menos acentuada, apresentando menor ceratinização e maior número de mitoses atípicas. É possível também encontrar resposta inflamatória significativa com linfócitos, plasmócitos e macrófagos.³²

3.3 TRATAMENTO

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o CCE bucal, sendo que a modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença na apresentação, variando de uma excisão local até uma remoção mais ampla. A radioterapia deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o CCE bucal, quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar. A quimioterapia adjuvante ou paliativa para lesões primárias de CCE bucal, quando estas se apresentam muito grandes ou irressecáveis, tem sido indicada sem que se tenha verificado redução na taxa de mortalidade ou melhora no prognóstico.²⁸

A interferência do cirurgião-dentista abrange variados níveis de prevenção, além deste ser encarregado também pela criação e articulação de práticas e políticas

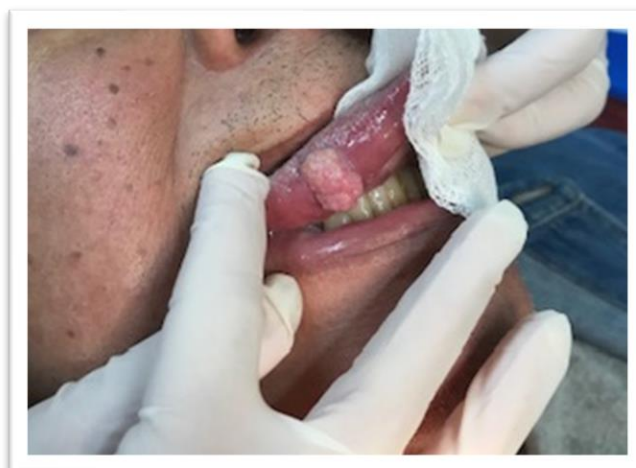
que diminuam a exposição dos pacientes aos fatores de risco e conscientizem a população o quanto são importantes a prevenção e o diagnóstico precoce. O autoexame bucal é um dos métodos mais significativos para se adquirir o diagnóstico do câncer oral em fase inicial, proporcionando significativa melhora para o prognóstico do paciente. O reconhecimento precoce das lesões malignas é importante na melhoria do prognóstico, desenvolvendo notáveis probabilidades de cura e expandindo a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença, já que essa neoplasia interfere diretamente na funcionalidade do indivíduo e reflete nos índices de sobrevida.³¹

A prevenção dessa doença se dá pela forma mais eficaz e simples de combate que é, particularmente, pela ênfase na promoção da saúde, aumento do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce. Uma vez que o câncer bucal seja detectado previamente, adquire um maior potencial de controle da doença prolongando a sobrevida de pacientes oncológicos.³²

4 METODOLOGIA

A metodologia apresentada refere-se revisão bibliográfica.

Figura 1: Lesão em borda de língua a direita



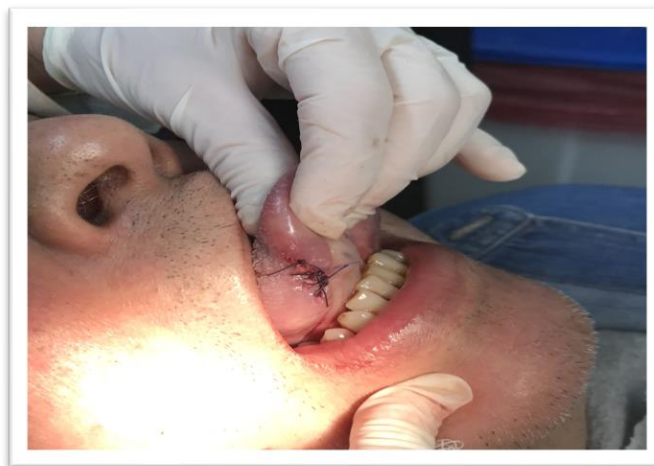
Fonte: Elaboração Própria

Figura 2: lesão em língua sangrante



Fonte: Elaboração Própria

Figura 3: lesão removida e língua suturada.



Fonte: Elaboração Própria

5 DISCUSSÃO

O Carcinoma de células escamosas é a neoplasia mais comum da cavidade bucal sendo responsável por cerca de 95% das neoplasias dessa região. Origina-se

no tecido epitelial de revestimento a partir de células da camada basal, evoluindo em direção ao tecido conjuntivo subjacente pelo rompimento da membrana basal no limite entre o epitélio e o tecido conjuntivo.²³

Segundo os autores a relação quanto a etiologia do carcinoma epidermoide oral, estando relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo, em que ambos acometem principalmente os indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos.^{16, 37} Contudo, evidências recentes mostram um aumento do número de casos em indivíduos mais jovens na faixa etária abaixo dos 40 anos.²⁴

O gênero masculino é provavelmente mais acometido devido a uma maior exposição a esses agentes cancerígenos que estão diretamente associados a esse tipo de doença. Os sítios anatômicos de maior prevalência são o lábio inferior, a borda da língua e o assoalho bucal. Numa estratificação entre os diversos sítios acometidos em boca e orofaringe com a exposição aos principais fatores de risco, o tabagismo teve maior impacto em região jugal, alveolar, amígdalas e soalho de boca. Já o etilismo teve maior significado para região jugal e soalho de boca. Curiosamente, para língua, palato e lábio, estes fatores não foram correlacionados como de risco. A má higiene oral devido à baixa frequência de escovações dentárias é também um fator de risco, que pode permitir a permanência do carcinógeno relacionado ao tabaco e álcool mais tempo em contato com a mucosa.^{24,39}

O tempo de exposição a esses agentes de risco é um fator primordial para que a doença inicie modificações à nível celular, o que ocorre com maior regularidade nos pacientes mais velhos. A exposição à radiação ultravioleta é considerada o principal fator de risco no desenvolvimento de lesões malignas nos lábios, e os raios solares são o principal agente agressor que contém este tipo de radiação.^{25,34}

Os homens tiveram quase 3 vezes mais câncer de boca que as mulheres, ou seja, os autores atribuem isso a maior exposição ao tabagismo e ao etilismo entre os homens. A radiação solar pode provocar alterações labiais em pessoas que se expõem cronicamente ao sol, sem o uso de protetores adequados (protetor solar, protetor labial, bonés e chapéus), citando em especial a Queilite Actínica e sua possível transformação maligna no Carcinoma de Células Escamosas de lábio. Outro fator além do tabaco e do álcool, o HPV tem sido associado ao desenvolvimento do Câncer de cabeça e pescoço. Clinicamente, a prevalência do HPV em carcinomas epidermóides de boca também é variável de acordo com os sítios anatômicos específicos de acometimento da lesão. A avaliação da eficácia de diferentes técnicas

para a detecção do HPV é importante, e fundamental para o estabelecimento do papel etiológico do HPV nas lesões orais^{33,38,26,39}

Autores relataram que os sítios anatômicos que possuíram maior incidência para o surgimento da doença são as regiões de língua, seguido de assoalho bucal e lábios inferiores. No entanto, existem outros artigos que relatam a incidência do câncer também no rebordo alveolar, área retromolar, mucosa jugal e palato duro.²⁵

A odontologia tem um papel importante no diagnóstico das lesões em mucosa oral, pois realiza um exame físico minucioso associado a anamnese criteriosa, entretanto, em outros casos surge a necessidade da realização de exames complementares, afim de determinar o diagnóstico. O exame clínico bucal aprimorado é importantíssimo em todas as consultas, permitindo investigação e diagnóstico de lesões não apontadas como queixa principal.^{35,31}

O diagnóstico precoce e a mudança de hábitos são essenciais para a obtenção de melhores prognósticos para os pacientes portadores de câncer de boca. Um grande problema descrito na literatura é que embora lesões pré-cancerosas possam ser percebidas e detectadas precocemente, o estadiamento no momento do diagnóstico apresenta-se geralmente avançado, devido a razões socioeconômicas e regionais, o que faz com que as possibilidades de cura se tornem bastante reduzidas..^{26,37}

O tratamento proposto para o carcinoma epidermoide oral irá depender da progressão da doença. No entanto, a realização de cirurgias e tratamentos radioterápicos e quimioterápicos, com um monitoramento periódico de uma equipe multidisciplinar, com fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, nutricionistas e outros. É de extrema importância a detecção precoce da doença, pois definirá a escolha do seu tratamento e em consequência, um melhor prognóstico, oferecendo uma melhor qualidade de vida a este paciente que foi submetido à esta neoplasia maligna.²⁷

O tratamento é realizado por meio de cirurgia removendo a lesão completa mantendo uma margem de segurança ou através da radioterapia para os tumores que se encontram em estágio iniciais. Existe também o tratamento que compõe a união de ambos, quando a cirurgia e a radioterapia são agregadas, indicada em casos de tumores que estão em fases avançadas. Dependendo de alguns fatores, como a localização do tumor, a presença de lesões localizadas em região orofaríngeas e o acometimento de metástase, há influência no tratamento, o que está relacionado ao prognóstico que o paciente se encontra, refletindo em baixas taxas de sobrevida. Os

resultados mostraram que a maioria dos portadores de CEC de boca chega com o estadiamento avançado, sendo submetidos a tratamentos mais agressivos, como cirurgia e radioterapia (57,2%), sem a devida reabilitação, comprometendo, assim, a sobrevida e qualidade de vida desses pacientes.^{28,26}

6 CONCLUSÕES

- O CEC apresenta comportamento biológico agressivo sendo uma causa importante de morbidade e mortalidade na população, principalmente quando diagnosticado tardiamente.
- Podemos concluir que é importante o exame clínico bucal permitindo que seja identificado de forma precoce, permitindo investigação e diagnóstico de lesões não apontadas como queixa principal.
- Faz se necessário sempre o exame histopatológico para correto diagnóstico da doença
- Após o diagnóstico pelo cirurgião dentista, e imperativo o encaminhamento para os serviços de oncologia de cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS

1. LIRA, A. A. B; et al. Carcinoma de células escamosas indiferenciado em paciente jovem: relato de caso. **Int J Dent**, Recife, 8(3):172-176, jul./set.,2009 <http://www.ufpe.br/ijd>
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer(INCA)**. Estimativa 2020. Incidência de câncer no Brasil. Brasil:2020.
3. FREITAS, R. M; 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. 13-8, jan. 2016. Disponível em: http://www.rbac.org.br/wpcontent/uploads/2016/05/ARTIGO-2_VOL-48_1_2016-ref-120.pdf
4. SANTOS, L. P. de S; et al. Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n.1, p. 7-14, jan./mai. 2015. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v01/pdf/03-artigo-caracteristicas-de-casos-decancer-bucal-no-estado-da-bahia-1999-2012-um-estudo-de-base-hospitalar.pdf.
5. NEVILLE B. W; et al. Patologia Oral e Maxilofacial. **Grupo editorial Nacional**, 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009., p. 410-23.
6. SOUSA, J. B; JARDIM, J. F. Avaliação do conhecimento de acadêmicos do curso de odontologia no diagnóstico de carcinoma espinocelular oral. **Mostra Científica do Curso de Odontologia**, Ceará, v. 2, n. 1, 2017.
7. SYLVIE B; et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2007; 53(1): 63-69.
8. BARBOSA, G. F; et al. Cuidados odontológicos para pacientes em tratamento oncológico. **Revista Intercâmbio**, Montes Claros, v. 14, p. 48, jan./nov. 2019.
9. SOUSA, A. C. M.; et al. Carcinoma Espinocelular oral: Uma abordagem sob o ponto de vista odontológico. **Revista de Estudos Interdisciplinares Periódico da UNDB** N. 1 – Volume 1 – janeiro/ Dezembro 2017
10. SOUSA, J. B.; JARDIM, J. F. Avaliação do conhecimento de acadêmicos do curso de odontologia no diagnóstico de carcinoma espinocelular oral. **Mostra Científica do Curso de Odontologia**, Ceará, v. 2, n. 1, 2017
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer(INCA)**. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p.

12. SILVA, L G D; et al. Lesões orais malignas e potencialmente malignas: percepção de cirurgiões-dentistas e graduandos de odontologia. **Rev. Bras. Cancerol.** 2018;64(1):35–43. doi: 10.32635/2176-9745. RBC.2018v64n1.113.
13. Brasil. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer(INCA)**. Incidência de câncer no Brasil – O que é o câncer. Rio de Janeiro, 2010.
14. CONWAY DI; et al. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer* 2008; 122:2811-9.
15. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2010. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2020/>
16. CAMARGO-CANCELA M. et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: populationbased incidence. **Head Neck**, 2010; 32:357-67
17. DEDIVITIS, R A; et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia [online]**. 2004, v. 70, n. 1
18. COARACY, V A E; et al. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia **Aldenora Bello**. 2008; 44 (1):31-35.
19. ALVARENGA, L DE M; et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia [online]**. 2008, v. 74, n. 1, pp. 68-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>>. Epub 31 Mar 2008. ISSN 0034-7299. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>.
20. PEREZ R S; et al. Epidemiologic Study of Squamous Cell Carcinoma of the Mouth and Oropharynx. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2007;11(3):271-277
21. MENDES, C H P; et al. Significado das sequelas faciais estéticas para indivíduos submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço. **Revista Unimontes Científica**. 2017; 19(1): 142-151.
22. JOGAIB, J C; et al. Carcinoma de células escamosas oral. **Cadernos UNFO**, Volta Redonda. 2006; 2 (1).
23. FREITAS, RIVELILSON MENDES. 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. 13-8, jan. 2016. Disponível em: http://www.rbac.org.br/wpcontent/uploads/2016/05/ARTIGO-2_VOL-48_1_2016-ref-120.pdf

24. SOUZA, D P. **Carcinoma espinocelular relacionado ao hábito de mascar tabaco: relato de caso clínico [monografia]**. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas – UEA; 2017.
25. GOMES, L C; et al. Revisão de Literatura: câncer de boca - diagnóstico e fatores de riscos associados. **Rev Interdisciplinar em saúde**. 2018;5(4):655-70.
26. TEIXEIRA, A K M; et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. 30º de setembro de 2009;55(3):229-36. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1612>
27. SINGHAVI, H. R; et al. Comparação da sétima e oitava edições Sistema de classificação do American Joint Committee Cancer em cânceres de células escamosas da cavidade oral. **International journal of câncer**. 2019;146(12), 3379-3384. <https://doi.org/10.1002/ijc.32720>.
28. TORRES-PEREIRA, CASSIUS C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2012, v. 28, n. suppl, pp. s30-s39. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>>. Epub 14 Jun 2012. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>.
29. BRENER, S; et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2007; 53(1): 63-69
30. VENTURI, B D R M; CABRAL, M G E L; CHAVES, S D Q. Carcinoma de células escamosas oral - contribuição de vírus oncogênicos e alguns marcadores moleculares no desenvolvimento e prognóstico da lesão: uma revisão. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** [online]. 2004, v. 70, n. 3, pp. 385-392. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000300015>>. Epub 29 Jul 2004. ISSN 0034-7299. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000300015>.
31. SILVA M J S da, et al. Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. 31º de dezembro de 2018;64(4):459-60. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/211>
32. SILVA, B S D; et al. Conhecimento Dos Cirurgiões-Dentistas Da Rede Pública Sobre Câncer Bucal: Revisão De Literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 42, p. 1018-1026, 2018 - ISSN 1981-1179
33. DANIEL, F I; et al. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online]. 2006, v. 42, n. 4, pp. 279-283. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1676-24442006000400009>>. Epub 22 Set 2006. ISSN 1678-4774. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442006000400009>.

34. OLIVEIRA T S, FILHO S A M, ARAÚJO G F. Conhecimento de mototaxistas quanto aos riscos ocupacionais. **Rev baiana saúde pública**. 2012; 36(4):899-918.
35. DUPONT L, PEREIRA D N. Sun exposure and sun protection habits in high-school students from a city south of the country. **An bras dermatol**. 2012; 87(1):90-5.
36. CINTRA J S, et al. Queilite actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracicaba-SP. **Rev assoc paul cir dent**. São Paulo, 2013.
37. SOBRAL, ANA PAULA VERAS; et al. Correlação do Papilomavírus Humano com o Carcinoma Epidermoide Bucal: Revisão Sistemática. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]**. 2014, vol.14, n.2, pp. 95-102. ISSN 1808-5210.
38. BATISTA, NATHALE CRUZ. Papiloma vírus humano e o câncer intraoral: revisão de literatura. 2017. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)-**Instituto de Saúde de Nova Friburgo** , Universidade Federal Fluminense, 2017
39. DEDIVITIS, ROGÉRIO A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 1, p. 35-40, 2004.