

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANA CLARA LELES
ROMÊNIA COSTA SANTANA**

**CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS BUCAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

**PATOS DE MINAS
2021**

**ANA CLARA LELES
ROMÊNIA COSTA SANTANA**

**CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS BUCAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientadora: Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

**PATOS DE MINAS
2021**

FACULDADE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**ANA CLARA LELES
ROMÊNIA COSTA SANTANA**

**CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS BUCAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora do Curso
de Bacharelado em Odontologia, composta em 24 de novembro de 2021

Orientadora: Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Me. Eduardo Botelho
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Esp. José Jorge Vianna Junior
Faculdade Patos de Minas

CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMAS: A LITERATURE REVIEW

Ana Clara Leles ¹:

¹ Graduanda em Odontologia, Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil e e-mail: claraleles21@gmail.com.

Romênia Costa Santana ²:

² Graduanda em Odontologia, Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil e e-mail: romenia.c.santana@hotmail.com.

³ Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

Professora titular do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil e e-mail: cizelene.guedes@faculdadepatosdeminas.edu.br

CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

O carcinoma de células escamosas bucal (CCE) é considerado uma neoplasia maligna oral de grande incidência na população brasileira. O objetivo deste estudo é conhecer sobre a epidemiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento, a fim da sua detecção e encaminhamento precoce. O estudo é caracterizado como uma revisão narrativa/conceitual e foi realizado uma revisão bibliográfica através de material acessível ao público em geral, tais como livros, e artigos científicos, publicados nos últimos 10 anos através de bases de dados disponíveis na internet. O estudo apresenta os principais fatores de risco que podem desencadear o CCE, entre eles: tabagismo, alcoolismo, dieta, imunossupressão; fatores hereditários e infecções pelo HPV. O estudo permite verificar a importância de um diagnóstico precoce pelo dentista para garantir o tratamento adequado, prognóstico favorável e melhor qualidade de vida para os pacientes.

Descritores: Neoplasias bucais. Diagnóstico precoce. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma is considered an oral malignant neoplasm of high incidence in the Brazilian population. The objective of this study is to know about the epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment of malignant tumors of the oral cavity, in order to detect and early referral. The study is characterized as a narrative/conceptual review and will be carried out through a literature review through material accessible to the general public, such as books and scientific articles, published in the last 10 years through databases available on the internet. The study presents the main risk factors that can trigger HCC, including: smoking, alcoholism, diet, immunosuppression; hereditary factors and infections. The study allows us to verify the importance of an early diagnosis to ensure the proper treatment for this neoplasm.

Keywords: Oral neoplasms. Early diagnosis. Squamous Cell Carcinoma.

INTRODUÇÃO

O Câncer da Cavidade Oral (CCO) é um tumor altamente agressivo e é classificado como a quinta causa de morte ocasionada por câncer em todo o mundo. Em locais como América Central, África, Europa Central e Oriental, Centro-Sul

Asiático e Melanésia são registradas altas taxas de incidência dessa patologia. No Brasil, está entre as dez patologias mais comuns e, até o ano de 2020, estimou-se que aproximadamente 15190 novos casos seriam diagnosticados, sendo 4010 do sexo feminino e 11180 do sexo masculino. Essa estimativa é vista com um risco previsto de 10 casos novos a cada 100.000 pessoas do sexo masculino e 4 casos a cada 100.000 do sexo feminino ¹.

Em 2014, ainda de acordo com o INCA¹, o número de novos casos aumentou de 9900 para 11280. A sobrevida em 5 anos desses pacientes é de cerca de 50%, permanecendo dessa forma pelos últimos 50 anos.

Devido a isso, o conhecimento sobre a epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento é cada vez mais importante em sua detecção e encaminhamento precoce.

Este estudo possui como base a reflexão da seguinte problemática: *Como a literatura define, no período de 2010 a 2021, a epidemiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e a terapêutica dos tumores malignos mais comuns da região de cabeça e pescoço?*

A partir dessa problemática este estudo apresenta duas hipóteses, sendo elas:

- Acredita-se que os tumores de cabeça e pescoço correspondem ao quinto tipo de câncer mais comum no mundo, apresentando também alta mortalidade e morbidade;
- Acredita-se, também, que os fatores de risco entre os diversos tipos de tumores são semelhantes, como o álcool e o tabaco estando entre os principais.

A relevância do presente estudo se dá para que o cirurgião dentista possa conhecer sobre como é feito o diagnóstico, prevenção e como é feito o tratamento dos tumores que podem surgir na cavidade oral, afim de assim, realizar um diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento o mais rápido possível para que diminua a taxa de mortalidade.

Metodologia

O estudo é caracterizado como uma revisão narrativa/conceitual e foi realizado através de uma revisão bibliográfica visando à maior compreensão dos diferentes tipos de diagnóstico e tratamento do assunto em questão, através de material acessível ao público em geral, tais como livros, e artigos científicos, publicados nos últimos 10 anos através de bases de dados disponíveis na internet.

Além disso, tem como objetivo geral conhecer sobre a epidemiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento dos tumores malignos da cavidade oral, a fim da sua detecção e encaminhamento precoce. Como objetivos específicos são: compreender as mudanças na mucosa oral diante desta patologia para que sejam mais facilmente diagnosticadas na clínica no dia-a-dia do profissional; verificar a importância da biópsia e exames de imagem como auxiliar no diagnóstico definitivo e avaliação do estágio da doença e; identificar as formas de tratamentos existentes na atualidade.

REVISÃO DE LITERATURA

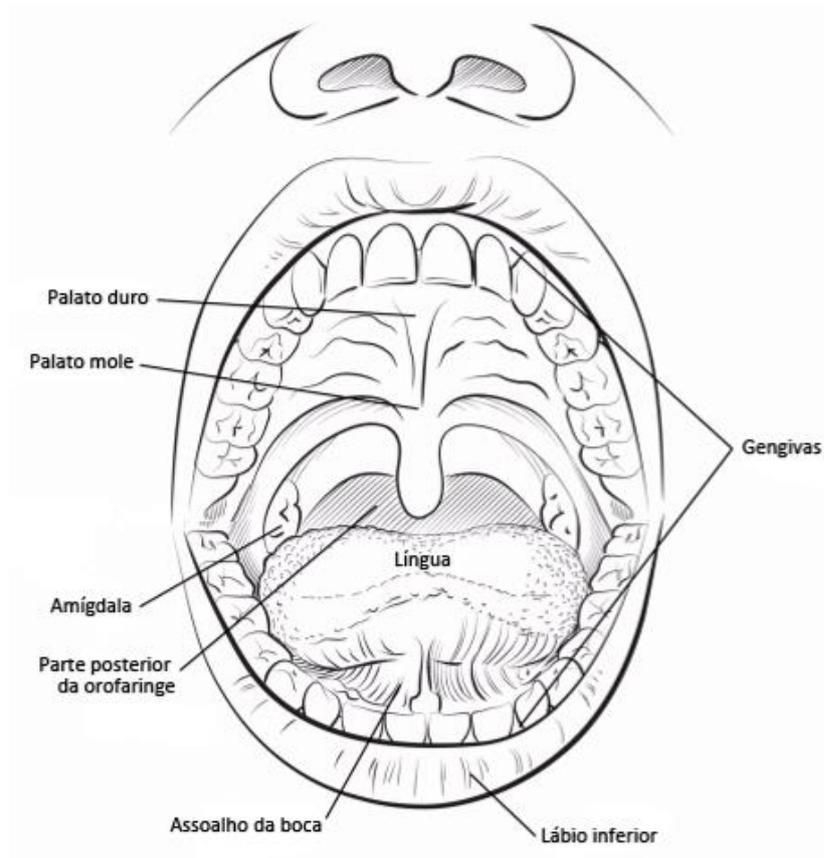
CÂNCER DA CAVIDADE ORAL

A cavidade oral é formada por gengiva inferior e superior, palato duro, assoalho da boca, parte anterior da língua, mucosa bucal, lábios e demais regiões da boca, conforme pode ser observado na figura 1. O câncer de cavidade oral representa cerca de 30% dos tumores incidentes na região da cabeça e pescoço ².

Nos países desenvolvidos, o câncer é amplamente considerado uma doença. No entanto, essa situação mudou há cerca de 40 anos com a popularização dos recursos tecnológicos, a concentração de grandes populações nos grandes centros urbanos e o impacto da globalização. Os países em desenvolvimento apresentam poucos recursos o que tem ocasionado o aumento da ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, incluindo o câncer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que a forma mais comum de neoplasias na região de cabeça pescoço é o câncer da cavidade oral, além disso, este é responsável por 10% dos tumores malignos em todo o mundo ⁴.

O câncer de boca é tido como o mais incidente da região de cabeça e pescoço, predominando no sexo masculino, em idades de 50 a 70 anos. A maior parte desses tumores são derivados de Lesões Oraís Potencialmente Malignas (LOPM) de longa data, em parte porque a população não compreende essas lesões e suas causas relacionadas ⁵.

Figura 1 – Cavidade Oral



Fonte: Oncoguia ³ (2020)

O câncer de cavidade oral é uma intitulação que engloba os cânceres de lábio e todos os que são acometidos na cavidade oral (assoalho da boca, língua, palato duro e mole, gengivas e mucosa bucal). O câncer de lábio é mais comum em pessoas brancas e o lábio inferior tem maior incidência do que o superior. A incidência de neoplasias malignas acometidas na cavidade oral é maior em homens e nas regiões sudeste e sul do Brasil ⁶.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Entre os tumores orais, 95% são carcinomas de células escamosas (CCE) e o restante são melanomas em mucosa, tumores de glândulas salivares, linfomas e sarcomas. O CCE oral (figura 2), também conhecido como carcinoma espinocelular, carcinoma de células escamosas e carcinoma epidermóide é um tumor maligno que se origina do epitélio de revestimento. Tem uma variedade de formas clínicas, incluindo eritroleucoplásicas, eritoplásicas, leucoplásicas, endofíticas e exofíticas. E três modos de crescimento: verrucoso, ulcerativo e exógeno. O CCE pode acontecer

em qualquer parte da cavidade oral, o assoalho bucal, o lábio inferior e a língua são as partes mais afetadas ⁷.

De maneira característica, o CCE oral pode se apresentar como lesão indolor em estágio inicial e adquirir características exofíticas ou endofíticas à medida que seu desenvolvimento progride. Pode vir de lesões potencialmente malignas como eritroleucoplasia, eritroplasia ou leucoplasia, porém em algumas situações em que o CCE está em seus estágios iniciais de desenvolvimento, pode não apresentar ulceração ou aumento de volume. A etiologia do CCE oral é considerada multifatorial perante a influência de fatores individuais internos e externos. Apesar da natureza multifatorial do câncer bucal, o uso de tabaco e álcool é considerado a maior causa potencial desse tipo de câncer ampliando de 10 a 30 vezes a possibilidade de seu desenvolvimento ⁸.

Figura 2 – Carcinoma de células escamosas em borda lateral de língua



Fonte: Sardella e Polignano ⁸ (2020)

O carcinoma espinocelular da boca ou carcinoma de células escamosas (CCE) é um tumor maligno que tem origem no epitélio de revestimento e é considerado o tumor maligno mais comum neste local, conforme figura 3. O carcinoma do vermelhão do lábio é geralmente visto em indivíduos com pele clara expostas a grandes quantidades de radiação solar. Lesões malignas geralmente estão associadas à queilite actínica e podem aparecer onde os fumantes colocam cigarros na boca. Cerca de 90% das lesões localizam-se no lábio inferior, aparecem como ulceração endurecida exsudativa, crostosa e indolor ⁹.

A evolução do carcinoma de células escamosas é um processo de várias etapas que engloba a inativação de genes supressores do tumor e a ativação sequencial de oncogenes. São encontradas várias alterações genéticas que levam a mudança de normalidade para hiperqueratose/hiperplasia, e acontece antes do desenvolvimento de atipias histopatológicas, formando uma restrição histológica para um diagnóstico antecipado ¹⁰.

Figura 3 – Carcinoma de células escamosas em lábio inferior



Fonte: Sardella e Polignano ⁸ (2020)

Algumas úlceras tumorais são primeiro confundidas com aftas, que pode afetar o diagnóstico e tardar o início do tratamento do câncer. As aftas são caracterizadas como lesões redondas ou ovais, cobertas por membranas brancas ou amarelas, com uma mancha vermelha ao redor. São lesões benignas que aparecem geralmente na língua, lábios ou nas bochechas, embora apareçam em outras partes da boca. Não há uma causa clara para o aparecimento de aftas, mas, além das reações aos alimentos cítricos, como limão, laranja e abacaxi, os traumas também podem ser desencadeadas por alterações hormonais ou imunológicas. Outra particularidade que diferencia as duas lesões é o tempo de cicatrização. No câncer, as úlceras não cicatrizam completamente, ao passo que as aftas podem durar de 7 a 15 dias na boca ¹¹.

FATORES DE RISCO

O reconhecimento dos fatores de risco é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas que reduzam a ocorrência de tais tumores. Os fatores que aumentam esses riscos são: **Tabagismo** - em comparação com os que nunca fumaram, os fumantes têm um risco 20 vezes maior de câncer oral; **Alcoolismo** - O álcool desempenha um papel auxiliar importante na ocorrência de uma variedade de cânceres; **Dieta** - A dieta carente de sais minerais e vitaminas está associada a um risco maior de câncer na cavidade oral; **Imunossupressão**; **Fatores Hereditários**; **Infecção** - Infecções causadas por certos tipos de vírus, como o vírus Epstein-Barr (EBV) e o Papiloma Vírus Humano (HPV) podem estar relacionadas ao desenvolvimento de câncer na cavidade oral ¹².

As lesões malignas da cavidade oral e lábios são muito comuns no Sul da Ásia (como Sri Lanka e Índia) e são a principal causa de mortes por câncer em homens nessas regiões. Mais de 250 milhões de pessoas fazem uso de tabaco no Sul da Ásia, que é considerado o fator de risco principal associado à alta incidência de câncer da cavidade oral nessas áreas. É o mais comum entre os indivíduos do sexo masculino na Índia e prevalece como o terceiro lugar entre o sexo feminino. A maior incidência de câncer bucal nas mulheres indianas está associada a estilos de vida como o tabagismo. Devido ao uso de álcool, fumo e tabaco de mascar, a incidência de câncer oral varia muito em todo o mundo ⁵.

Acredita-se que o álcool e os cigarros sejam as principais causas do câncer bucal, agem sinergicamente e têm um efeito dependente. No entanto, parte da população sofre de câncer bucal sem estar exposta a esses fatores de risco, o que sugere outros motivos como dietas, predisposição genética e agente virais, como o vírus do HPV por exemplo. O consumo de álcool e o tabagismo são os principais fatores de risco para o câncer de orofaringe e o câncer da cavidade oral. Contudo, com o aumento de campanhas contra o álcool e o fumo e, conseqüentemente, a conscientização das pessoas, o HPV com relação aos carcinomas da cavidade oral e orofaringe tem se tornado cada vez mais importante nos últimos anos. Mais e mais estudos apoiam a hipótese de que o HPV está associado a carcinomas de cavidade oral e orofaríngeos ¹³.

DIAGNÓSTICO

Os carcinomas são os cânceres que tem origem nos tecidos superficiais ou nos revestimentos da cavidade oral (tecido epitelial) e os sarcomas se originam em tecidos mais profundos (tecido conjuntivo). Os cânceres vistos na cavidade oral raramente são causados pela disseminação do câncer de outras partes do corpo, quando ocorrem, geralmente vêm das mamas, pulmões e próstata. A etiologia do carcinoma de células escamosas (CCE) possui vários fatores. A genética não parece ser um fator decisivo. Não se pode afirmar sobre uma causa isolada, mas um somatório de fatores externos (álcool, sífilis, luz solar, tabagismo) e fatores internos (estado geral do paciente: desnutrição, anemia), a ligação desses tipos de cânceres com lesões denominadas potencialmente malignas, como as chamadas leucoplasias⁴.

O diagnóstico final do carcinoma invasivo é feito por biópsia cirúrgica, que é o método de diagnóstico mais confiável porque fornece ao patologista todas as estruturas de tecido que são fundamentais no exame histopatológico. Após o diagnóstico de carcinoma, uma avaliação abrangente é necessária para determinar a extensão do tumor. Uma forma de aprofundar a pesquisa é por meio da fluorescência, que pode contribuir para detectar alterações pré-malignas e determinar a extensão patológica da mucosa. Com a conclusão do diagnóstico final, o exame de imagem é essencial para a avaliação da metástase e estadiamento do tumor. A prevalência de neoplasias na cavidade oral é muito alta e a morbidade e mortalidade também são elevadas. Dessa forma, o diagnóstico precoce torna-se um fator importante para o tratamento e controle eficazes da patologia ².

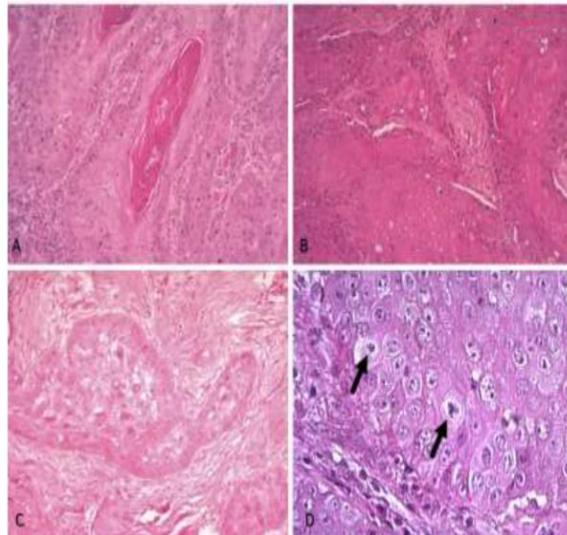
Na maioria das vezes o diagnóstico do câncer de cavidade oral é tardio pois os principais sintomas, disfagia e dor, não aparecem até que o tumor seja grande o bastante para causar dor e sintomas obstrutivos ou para ser confundido com outras doenças. Os pacientes se adaptam às suas maiores dificuldades, dificuldade para engolir, e mudam gradualmente sua ingestão de alimentos sólidos para líquidos. À medida que a obstrução se desenvolve, geralmente há dor, odor e salivação em excesso, além de perda de peso, vômitos e sangramentos ¹⁴.

O diagnóstico preventivo e tratamento das lesões possui como limitação a baixa incidência de cirurgiões-dentistas que utilizam a biópsia como exame complementar. Esta tem grande relevância clínica e consiste na retirada de um pedaço de tecido para que o patologista possa fazer análise histopatológica¹⁵.

De acordo com o grau de diferenciação das células tumorais, o diagnóstico definitivo é feito através do exame histopatológico, como mostra a figura

4. Histologicamente, o CCE é caracterizado pela proliferação de células epiteliais tumorais, dispostas em ninhos, trabéculas, cordões e ilhas associados ou não com a epiderme. A classificação histopatológica é um elemento significativo para a determinação do prognóstico, pois permite estimar a sobrevida e selecionar os tratamentos mais adequados para os tipos histológicos do tumor. Histologicamente, uma única célula tumoral apresenta núcleo único, grande, evidente e central, vesiculares, ovóides, citoplasma volumoso e considerável, variando entre intensamente eosinofílico a pálido e bordas diferentes entre si ¹⁶.

Figura 4 – caracterização histológica de Carcinomas de Células Escamosas. (A) pérola de queratina; (B) disqueratose e queratinização rudimentar; (C) invasão para tecidos adjacentes em padrão de ninhos; (D) número de mitoses (setas) por campo.



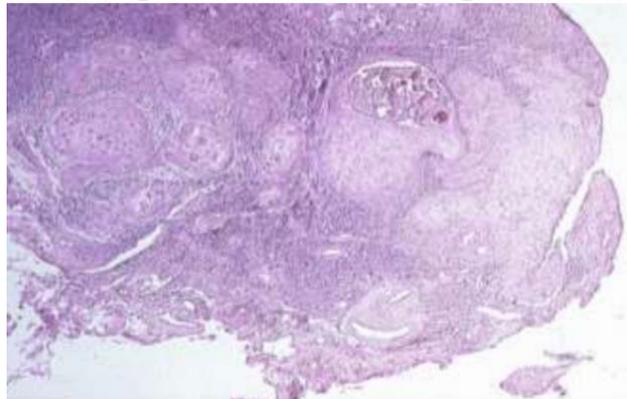
Fonte: Corrêa, Silva, *et al.* ¹⁶ (2021)

Segundo Lima ¹⁷ (2012), através da biópsia é possível confirmar o diagnóstico do CCE. Ao microscópio, pode-se observar que as células epiteliais tumorais apresentam em pequenos grupos de células epiteliais neoplásicas, cordões, ninhos ou lençóis, que invadem a lâmina própria, apresentando alterações morfológicas, como: alto número de mitoses e mitoses atípicas, multinucleação, disqueratose, pleomorfismo celular, hiperchromatismo nuclear e nucléolos proeminentes. É possível encontrar pérolas de ceratina quando estas células tumorais invasivas ainda apresentam uma diferenciação razoável, além de rica vascularização, estroma desmoplásico e infiltrado inflamatório.

As figuras 5, 6 e 7 apresentam o exame histológico de um estudo de um caso clínico em um paciente de 64 anos e do sexo masculino. A figura 5 apresenta os cortes

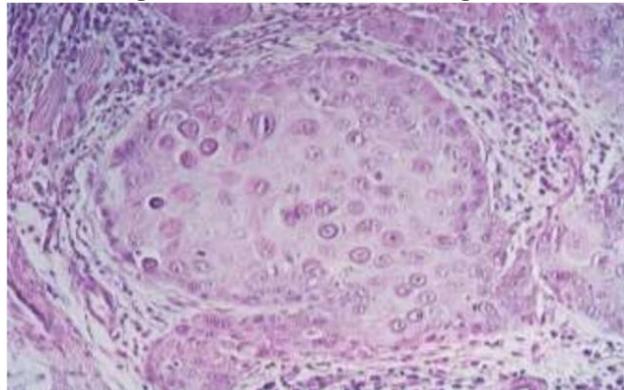
histológicos e revelam fragmentos de mucosa oral, identificando neoplasias malignas de células epiteliais. Apresenta um tecido conjuntivo denso, com lâmina própria com numerosas ilhas e cordões de células epiteliais malignas. A figura 6 exhibe intenso infiltrado inflamatório mononuclear, vasos sanguíneos, ilhas e cordões de células epiteliais malignas. A figura 7 mostra células epiteliais malignas com intenso pleomorfismo nuclear e celular, binucleação, nucléolos proeminentes e hiper cromatismo nuclear.

Figura 5 – Cortes histológicos



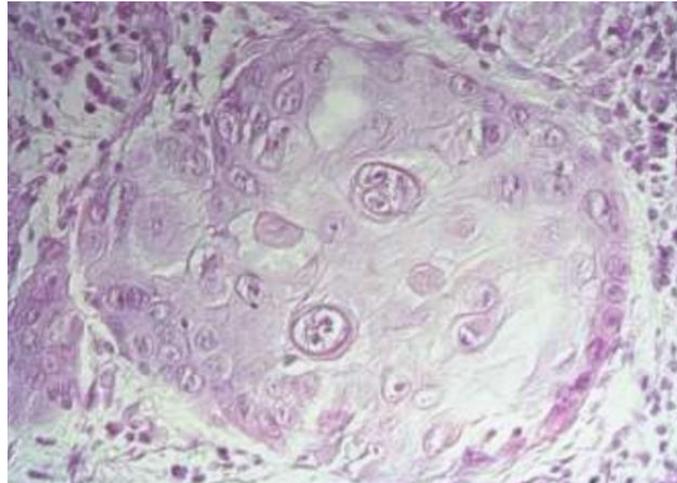
Fonte: Oliveira e Colatino ⁹(2019)

Figura 6 – Cortes histológicos



Fonte: Oliveira e Colatino ⁹(2019)

Figura 7 – Cortes histológicos



Fonte: Oliveira e Colatino ⁹ (2019)

PROGNÓSTICO

O prognóstico vai depender de qual é a área da cavidade oral que foi acometida e qual o estadiamento do sistema TNM, que é a classificação de Tumores Malignos. Em comparação com lesões avançadas, as lesões anteriores e as lesões iniciais têm um melhor prognóstico ⁴.

Atualmente há vários fatores prognósticos que podem determinar a sobrevida dos pacientes e influenciar nas decisões de tratamento. Os fatores mais básicos utilizados no prognóstico são as características do sistema TNM, entre as quais T é a extensão do tumor, N corresponde à invasão dos linfonodos locais e M equivale à metástase a distância ².

A descoberta antecipada do câncer é um fator decisivo para o prognóstico do Câncer da Cavidade Oral (CCO). Portanto, ressalta-se enfaticamente que os serviços de saúde na atenção básica têm que potencializar as intervenções da equipe multidisciplinar de saúde e recursos do setor de saúde para detectar e organizar as necessidades para os demais níveis de atenção à saúde o mais precocemente possível. A falta de detecção precoce por indivíduos ou profissionais de saúde por meio de um simples exame visual na cavidade oral pode levar à morte precoce do paciente. Se diagnosticado o mais cedo possível, este tipo de câncer tem um bom prognóstico ¹⁴.

O prognóstico do câncer oral e orofaríngeo é incerto e difícil de prever. É de grande importância clínica identificar os fatores que auxiliam na escolha do tratamento mais adequado, na forma com o que o câncer irá evoluir e a sobrevida do paciente. Ao que tudo indica, o carcinoma da cavidade oral e orofaringe que é positivo para HPV

detém de um prognóstico promissor quando o tumor é tratado com radioterapia adjuvante e cirurgia, ou com o tratamento de radioterapia, associada ou não com quimioterapia. Algumas pesquisas apontam um melhor prognóstico para carcinomas da cavidade oral e orofaringe que são positivos para o HPV, mesmo quando o tumor é altamente diferenciado, o risco de metástases linfonodais e à distância também é menor ¹³.

De acordo com Parizi, Parizi, *et al.* ⁶ (2010), em comparação com os tumores malignos de pele, os tumores malignos da cavidade oral têm pior prognóstico e maior morbimortalidade. Isso ocorre porque um grande número de vasos sanguíneos é formado na área, o que promove a disseminação do tumor, e o método de tratamento pode levar à mutilação.

TRATAMENTO

Quando se suspeita da existência de um tumor maligno em cavidade oral, é necessário que o profissional elabore o melhor plano de tratamento para avaliar o tipo, tamanho, extensão e modo de disseminação desse tumor ¹⁸. Assim sendo, compreender os fatores de risco, a epidemiologia, o tratamento e diagnóstico torna-se de grande importância para sua descoberta precoce e encaminhamento para o tratamento adequado ².

O tratamento precoce por radioterapia ou cirurgia tem o mesmo índice de cura, portanto, a escolha do tratamento dependerá da predileção do paciente, resultados do controle da doença, estética, conveniência, custo e qualidade de vida. A cirurgia ainda é a primeira escolha para o tratamento do câncer da cavidade oral, pois tem boa acessibilidade e reduz a morbidade. Embora a radioterapia seja tão eficaz quanto a cirurgia, ainda apresenta algumas desvantagens, como ocasionar efeitos adversos ao tratamento oncológico como xerostomia e disfagia e o tratamento é mais longo, durando cerca de 6 a 7 semanas. Portanto, a radioterapia é geralmente usada para pacientes que não podem se submeter à cirurgia ².

Antes de iniciar a radioterapia, é preciso realizar um planejamento para marcar a posição do paciente e a área a ser tratada ao longo do processo de tratamento, além disso, a máscara é feita para manter a cabeça do paciente na mesma posição ao longo dos dias seguintes. Além da xerostomia e da Mucosite Oral, o tratamento oral interventivo/preventivo, deve ser realizado para diminuir complicações

posteriores, como osteorradionecrose e cárie de radiação. Portanto, os tratamentos direcionados à saúde bucal devem ser realizados antes da radioterapia. No decorrer do tratamento, os pacientes devem manter cuidados odontológicos rigorosos, juntamente com a aplicação de flúor ¹⁹.

Petito, Carneiro, *et al.* ¹³ (2017) defendem que, normalmente, o tratamento do câncer da cavidade oral e orofaringe são realizados por meio de cirurgia ou radioterapia (isolada ou combinada), podendo também associar ao uso de quimioterapia como alternativa para aumentar a chance de cura. Estudos têm mostrado que para (CCO) e orofaríngeo HPV-positivo, o tratamento com intervenção cirúrgica e radioterapia é tão eficaz quanto o tratamento com radioterapia definitiva, com ou sem o uso da quimioterapia.

No estágio tardio, a terapia multimodal é considerada a melhor escolha. A combinação usada geralmente é: intervenção cirúrgica, com ou sem reconstrução, agregado a radioterapia antes ou depois da cirurgia. Como esses tumores causam grandes prejuízos, a reconstrução utilizando próteses pode ser feita, mas seu uso ainda é controverso. O uso de radioterapia antes da cirurgia está associado a uma maior incidência de complicações no pós-operatório do paciente. Portanto, a maior parte dos centros especializados usam a intervenção cirúrgica como tratamento principal e em seguida usam a radioterapia. O objetivo da extração através da cirurgia é a remoção completa com margens livres. Caso a margem ainda seja positiva, se a margem original puder ser determinada e se a operação não causar disfunção grave, uma nova operação pode ser recomendada ².

Para Fernandes e Fraga ²⁰ (2019), no cuidado ao paciente oncológico, o dentista desempenha papel fundamental em uma equipe multiprofissional, sendo indispensável compreender todos os efeitos colaterais que podem eventualmente ocorrer na cavidade oral do paciente. O controle dessas reações adversas pode proporcionar aos pacientes uma qualidade de vida melhor, e o acompanhamento dos pacientes no decorrer do tratamento pode minimizar o risco de complicações orais.

O tratamento do câncer da cavidade oral através de intervenção cirúrgica tem por objetivo a cura e o tratamento paliativo. O tratamento com objetivo de cura é indicado no caso do tumor inicial, incluindo a retirada do tumor primário com margem de segurança. Os cuidados paliativos têm como objetivo reduzir o número de células tumorais ou conter sintomas prejudiciais ou potencialmente fatais. Na grande maioria dos diagnósticos, as lesões diagnosticadas precocemente podem ser tratadas com

cirurgia, com excelentes resultados. Nos casos mais graves, pode ser tratada com radioterapia e, em alguns casos, pode unir a quimioterapia ²¹.

Geralmente, a quimioterapia para o câncer oral é adequada para tumores avançados cuja ressecabilidade é questionada ou apresentam patologia recidivada ou disseminada. O método para prevenir o crescimento de micro metástases é a quimioterapia. Os quimioterápicos são medicamentos criados para serem seletivamente tóxicos para as células tumorais. E são geralmente de natureza citostática ou citotóxica para evitar que as células malignas se dividam rapidamente e / ou destruam-nas no processo. Apesar de não ser um tratamento isolado para tumores de cabeça e pescoço, pode ser usado antes da cirurgia (indução) e junto com a radioterapia no pós-cirurgia (radiação e quimioterapia), ou ambas ¹⁹.

De acordo com Galbiatti, Padovani-Junior, *et al.* ²² (2013) existem também novas terapias direcionadas a componentes específicos de instrumentos genéticos moleculares que podem suportar o avanço e crescimento de tumores.

PREVENÇÃO

A prevenção primária do câncer da cavidade oral no Brasil, não deve se limitar apenas às medidas e programas de conscientização ao consumo de álcool e tabaco, a exposição aos raios ultravioletas, medidas de acompanhamento para adaptação de próteses e orientações para o sexo seguro. É necessário também se atentar ao diagnóstico precoce de lesões sintomáticas e tumores, para que seja possível melhorar o prognóstico ⁴.

Segundo Monteiro ¹⁹ (2017), na maioria dos casos, o câncer da cavidade oral poderia ter sido prevenido. A estratégia principal baseia-se na prevenção primária, isto é, eliminar ou reduzir a exposição aos fatores de risco da doença. Para o principal tipo de tumor maligno oral (carcinoma de células escamosas), a prevenção primária se resume na interrupção ou redução da ingestão de tabaco e álcool. Com relação as lesões labiais, as principais medidas preventivas dependem da restrição a exposição a luz solar, seja ocupacional ou não, e cuidados ao se exporem ao sol, como por exemplo uso de protetor labial. Com relação a prevenção secundária, o objetivo é identificar precocemente as lesões que podem ser malignas, portanto, o cirurgião-dentista tem uma contribuição muito importante ao aplicar seu conhecimento e tecnologias disponíveis durante o exame intraoral.

Desde o início, com a primeira campanha nacional de prevenção de câncer de cavidade oral, não governamental, é possível inferir que o Brasil não apresenta tendência para realizar uma campanha nacional de educação contra o câncer de cavidade oral, voltada para as causas, formas de prevenção e diagnóstico. Ademais, faltam estudos populacionais relacionados ao câncer da cavidade oral e seus fatores de risco no Brasil. Ao estimular as pessoas a mudarem seus comportamentos para reduzir os fatores de risco para esse tipo de câncer, o Brasil tem uma clara necessidade de programas de prevenção ao câncer da cavidade oral, que estão aumentando tanto no país quanto no mundo, principalmente com o aumento da exposição ao vírus HPV ⁴.

O Ministério da Saúde ²³ (2014), apontou possíveis soluções para redução de mortes prematuras que devem ter como foco principal a prevenção, são elas:

1. Elaboração de Planos Nacionais de Controle do Câncer com ações de prevenção e detecção precoce do câncer;
2. Programas de sensibilização contra os fatores de risco, nas Unidades de Saúde, Escolas e ambientes de trabalho, urbano e rural;
3. Introdução de programas de vacinação contra o HPV;
4. Consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre Câncer, baseando-se no indicador operacional da cobertura populacional dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP);
5. Intercâmbio técnico-científico nacional e internacional, na adoção dos padrões internacionalmente definidos para os registros de câncer, na exigência dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) para fins de cadastramento e avaliação das unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS, na publicação e divulgação dos dados dos RCBP e RHC de suas análises estatísticas e epidemiologia, das estimativas da incidência e da mortalidade por câncer, em termos regionais e nacionais;
6. A criação de uma rede multicêntrica, formada por centros de genética-médica em pontos estratégicos em todas as macrorregiões do país, composta por serviços especializados capacitados para o diagnóstico e aconselhamento genético e com laboratórios de suporte para a detecção de mutações nas diferentes síndromes de câncer hereditário;
7. Estimular programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área oncológica, baseando-se em dados epidemiológicos e em registros de câncer, na prática referente a cuidados mais abrangentes à saúde coletiva e dos indivíduos, com vista à prevenção e diagnóstico precoce do câncer, formação de profissionais para diagnóstico precoce, reabilitação, cuidados paliativos, integração de atividades, serviços, controle, avaliação de procedimentos para terapêutica antitumoral, utilização de pesquisa como fonte geradora de conhecimento e validação de novas práticas oncológicas.

O autor Monteiro ¹⁹ (2017), defende que o autoexame garante que o indivíduo aprimore as habilidades pessoais, permitindo que desempenhem um papel ativo na avaliação da cavidade oral normal e anormal. O autoexame oral tem se mostrado um aliado na detecção precoce do câncer na cavidade oral. Os hábitos básicos de higiene oral (como escovar os dentes, usar fio dental e enxágue bucal) ajudam a diminuir a flora microbiana da cavidade oral e na prevenção de possíveis complicações. Ademais, a intercessão de um dentista precoce e completa pode diminuir a periodicidade de problemas e riscos de complicações orais. Os dentistas têm uma posição privilegiada para contribuir com o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer bucal por meio do contato regular com os pacientes. Da mesma forma, a redução das lesões intraorais que podem se transformar em tumores malignos pode levar a um mau prognóstico juntamente com um diagnóstico tardio.

De acordo com Galbiatti, Padovani-Junior, *et al.* ²² (2013), parar de fumar, reduzir a ingestão de álcool, evitar mascar tabaco, evitar a proximidade de pessoas enquanto fumam, se tornando um passivo e a exposição a agente cancerígenos, fazer exames relacionados a HPV, manter boa alimentação e uma saúde oral de qualidade, além de contribuir para a diminuição do estresse, também podem ser boas medidas iniciais para a prevenção ou retardo do CEC na região de cabeça e pescoço.

DISCUSSÃO

Da prevenção ao diagnóstico de doenças bucais, ao acompanhamento do tratamento do câncer (quimioterapia e radioterapia) durante e após, a atuação do dentista em uma equipe multidisciplinar de saúde é fundamental. A odontologia tem presença generalizada na oncologia, especialmente relacionado ao tratamento de pacientes com tumores malignos de cabeça e pescoço pois, em virtude do tratamento oncológico necessário, muitas vezes ocorrem alterações na cavidade oral e causam efeitos colaterais de interesse do dentista ¹⁹ (MONTEIRO, 2017).

Os pacientes que apresentam com câncer bucal a maioria são do sexo masculino assim, como demonstrado no estudo realizado por Fernandes e Fraga ²⁰ (2019), onde dos 20 pacientes que passaram por um tratamento oncológico de cabeça e pescoço, no Hospital Heliópolis, localizado no estado de São Paulo, constatou-se que o sexo predominante entre os pacientes era o masculino (80%) e os tipos mais recorrentes de neoplasias foram: 70% dos casos eram de câncer na cavidade oral (14 casos), 15% dos casos correspondiam a câncer de faringe (3 casos), 5% a câncer de

laringe (1 caso) e 5% a câncer de glândulas salivares (1 caso). Nenhum participante do estudo foi diagnosticado com câncer de seios paranasais. Com relação ao tratamento realizado nos pacientes que participaram da pesquisa 70% receberam quimioterapia e radioterapia, enquanto 30% receberam apenas radioterapia. Sobre os procedimentos odontológicos que foram realizados nesses pacientes foram: laserterapia (80% dos pacientes), bochechos com nistatina (80% dos pacientes), uso de substituto salivares e reforço de higiene oral (75% dos pacientes). Além disso, outros procedimentos odontológicos também foram usados como bochecho com chá de camomila, bochecho com bicarbonato de sódio, irrigação com clorexidina 0,12% e uso de pomadas anestésicas, bochecho com solução fluoretada e medicação sistêmica antifúngica. Todos os pacientes necessitaram de intervenções de um cirurgião dentista. O que reforça a importância do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar no atendimento do paciente oncológico.

Com relação ao sexo, o mesmo fato foi visto na pesquisa realizada por Tavares, Rodrigues, *et al.*²⁴ (2015), em que 80% dos pacientes estudados eram do sexo masculino. Dos 111 pacientes abordados, 20 pacientes apresentaram câncer de cavidade oral, foi o terceiro local mais acometido, sendo equivalente a 18% dos casos totais.

Em uma pesquisa realizada por Volkweis, Blois, *et al.*¹² (2014), em que foram analisados os prontuários de 73 pacientes referentes a especialidade de estomatologia, com diagnóstico histopatológico de câncer bucal. De acordo com os dados obtidos na pesquisa, verificou-se que 78,08% dos pacientes eram do sexo masculino. Com relação aos pacientes tabagistas, observou-se que 61,64% afirmaram ser fumantes, 32,87% disseram ser ex-fumantes. Os autores identificaram uma relação significativa entre o tabagismo e o câncer bucal.

Os autores Nogueira, Pereira, *et al.*²⁵ (2012) averiguaram em seu estudo, em que foram analisados 23 pacientes com neoplasias malignas orais, a presença de carcinomas espinocelulares (87% dos casos), carcinoma mucoepidermoide (4,37%), adenocarcinoma (4,37%) e condrossarcoma (4,37%). Observou que 60,9% dos pacientes eram do sexo masculino e 39,1% do sexo feminino. Com relação ao tabagismo, 47,8% dos pacientes eram fumantes e 43,5% se consideravam ex-fumantes. Sobre o consumo de álcool, 26,1% revelaram este costume, ao passo que 17,4% se consideravam ex-alcoólatras e 13% não faziam o consumo de álcool.

Em uma pesquisa feita em 2015 por Ribeiro, Medeiros, *et al.* ²⁶, em que foram analisados 23.153 casos de câncer de cabeça e pescoço em todo o Brasil confirmou-se que os homens (73,2%) foram os mais afetados. O problema dos lábios e da cavidade oral é que eles são mais afetados por lesões malignas com relação a todas as áreas da cabeça e pescoço, além das piores condições clínicas, as taxas de morbimortalidade também são mais elevadas, relacionadas aos casos confirmados de carcinoma espinocelular (90%). Em comparação com as mulheres, o sexo masculino em si é um fator associado a uma maior incidência de tumores de lábio e cavidade oral em comparação com outras áreas da cabeça e pescoço. Por outro lado, o consumo de álcool tem sido considerado um fator potencial relacionado ao surgimento de lesões malignas na cavidade oral, principalmente quando associadas ao tabagismo. Essa associação leva a um aumento do risco de câncer bucal em até 20 vezes.

Apesar do estudo de Fernandes e Fraga ²⁰ (2019) apresentarem o número maior de pacientes do sexo masculino, tal fato não foi defendido por Novaes, Soares, *et al.* ²¹ (2019) em que afirmam que com o passar dos anos, o número de casos de CEC do sexo feminino aumentou, geralmente na quinta, sexta e sétima década de vida. Do ponto de vista clínico, se manifesta como lesões indolores ou proliferativas e úlceras na mucosa, de formato irregular e endurecido.

Controlar os fatores de risco é imprescindível para reduzir a incidência de tumores de cabeça e pescoço. Embora não seja tão difícil diagnosticar tumores tardios, para diminuir os danos, o tratamento principal deve ser realizado o mais rápido possível, pois se o diagnóstico for tardio, a maioria desses tumores tem um prognóstico ruim. Ainda que a maioria dos tumores de cabeça e pescoço sejam recorrentes, a maioria deles são tipos histológicos comuns, mas como cada área anatômica possui sua particularidade, é necessário individualizar os métodos de diagnóstico e tratamento ¹⁹.

CONCLUSÃO

Os tumores de cabeça e pescoço correspondem ao quinto tumor mais comum nos homens e causam maior morbimortalidade. Pode-se observar que o tipo

histológico mais prevalente são os carcinomas de células escamosas e afeta mais indivíduos do sexo masculino a maioria na 5ª e 6ª décadas de vida.

O tabaco e o álcool são os principais fatores de risco e que as lesões podem surgir a partir de lesões potencialmente malignas.

É importante enfatizar que a prevenção, a detecção precoce pelo dentista além do encaminhamento para tratamento correto poderá mudar a curva da doença no país.

Assim, o cirurgião dentista tem um importante papel para a melhora da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes com câncer da cavidade oral e no diagnóstico, prevenção e tratamento dos efeitos adversos decorrente do tratamento antineoplásico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [homepage na Internet]. Falando sobre câncer de boca. Brasília; 2014 [acesso em 27 abr 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>
2. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Rev Odontol Araçatuba [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 27 abr 2021];4(1):20-26. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/133244/ISSN1677-6704-2013-34-01-20-31.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Oncoguia [homepage na Internet]. Câncer de boca e orofaringe. A boca e a orofaringe [acesso em 20 jun 2021]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/a-boca-e-a-orofaringe/760/175/>.
4. Santos MCMd. Perfil epidemiológico dos portadores de neoplasias malignas na cavidade oral e a atuação do enfermeiro [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; 2014. [acesso em 21 abr 2021]. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2014/dissertacao-maria-cristina-santos>.
5. Araújo JR. Identificação de alterações genômicas em tumores da cavidade oral. [Dissertação] [internet]. Ananindeua: Instituto Evandro Chagas, Programa de Pós-Graduação em Virologia; 2020 [acesso em 20 abr. 2021]. Disponível em: <https://patua.iec.gov.br/handle/iec/4158>
6. Parizi ACG, Parizi JLS, Barbosa RL, Nai GA. Comparação entre a concentração de mastócitos em carcinomas espinocelulares da pele e da cavidade oral. Anais Brasileiro de Dermatologia. 2010 [acesso em 20 abr

- 2021];85(6):811-818. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/abd/a/BLyztzbg4R5n9xk3Fckmnz3k/?format=pdf&lang=pt>
7. Deusdedit MB, Telles PJ, Cruz AF, Lacerda JCTd, Resende RG. Análise da prevalência de carcinoma de células escamosas da cavidade bucal no Serviço de Estomatologia do Hospital Metropolitano Odilon Behrens em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Arq Odontol.* [periódico na internet] 2016 [acesso em: 20 set 2021];52(4):182-87. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivoemodontologia/article/view/3714>
 8. Sardella AS, Polignano GAC. Incidência do carcinoma de células escamosas da cavidade oral em jovens. *Cad Odont do Unifeso.* [periódico na internet] 2020 [acesso em: 20 set 2021];1(2):4-15. Disponível em:
<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/1984>
 9. Oliveira GMD, Colatino JCF. Carcinoma de células escamosas: relato de caso. [Monografia] [internet]. Uberaba - MG: Universidade de Uberaba, Departamento de odontologia; 2019 [acesso em: 20 set 2021]. Disponível em:
<https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/841/1/CARCINOMA%20DE%20C%20C%20LULAS%20ESCAMOSAS%20-%20RELATO%20DE%20CASO.pdf>
 10. Martins RC. Cancerização em campo: conceito e implicações clínicas no carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço [dissertação] [Internet]. Portugal: Instituição Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2017 [acesso em: 20 set 2021]. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/19787>
 11. Quintana PG [homepage na Internet]. Cabeça e Pescoço SP [acesso em 29 jun 2021]. Disponível em: <https://cabecaepescocosp.com.br/aftas-cancer/>.
 12. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. *Rev Cir Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* [periódico na internet] 2014 [acesso em 21 set 2021];14(2):63-70. Disponível em:
http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000200011
 13. Petitto G, Carneiro MAdS, Santos SHdR, Silva AMTC, Alencar RdC, Contijo AP, et al. Papilomavírus humano (HPV) em carcinomas de cavidade oral e orofaringe na região central do Brasil. *Assoc Bras Otorrin Cir Cérvico-Facial.* 2017 [acesso em 21 set 2021]; 83(1): p. 38-44. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bjorl/a/YQLRWZfPbwgXszNM4Lqr3Vf/abstract/?lang=pt>
 14. Raimundo DD, Guedes MTdS, Luzial NdS, Peixoto MGdS, Santos MCMd, Silva CCd. Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do Rio de

- Janeiro. Rev Pesqui. 2014 [acesso em 22 set 2021]; out./dez.; 6(4): p. 1496-1504. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770016.pdf>
15. Prado BN, Passarelli DHC. Uma visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2009 [acesso em 22 set 2021]; jan./abr.; 21(1): p. 79-85. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/440>
 16. Corrêa LG, Silva LMCd, Castro CCd, Rossato ADP, Berselli M, Grecco FB, et al. Fatores prognósticos e seu papel na classificação histológica dos carcinoma de células escamosas cutâneos. Res Soc Dev. 2021 [acesso em 22 set 2021]; 10(6). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15837>
 17. Lima FJ. Avaliação da progressão tumoral em carcinoma de células escamosas de lábio inferior [dissertação] [Internet] Campina Grande - PB: Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia; 2012. [acesso em 22 set 2021]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/1799>
 18. Choi IGG, Park M, Laurino FAR, Cortes ARG, Arita ES. Ressonância magnética para avaliação de tumores malignos da cavidade oral: uma revisão da literatura. Clin Lab Res Dent. 2018 [acesso em 23 set 2021]. p. 1-7. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/clrd/article/view/142535>
 19. Monteiro JYM. Oncologia Oral: Prevenção e Tratamento da Mucosite [dissertação] [Internet] Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2017 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5981>
 20. Fernandes IS, Fraga CPT. A importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço. Rev Cien UMC. 2019 [acesso em 23 set 2021] fevereiro; 4(1): p. 1-16. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/290>
 21. Novaes TSG, Soares RP, Stefanini AR, Simonato LE. Lesão maligna em lábio: do diagnóstico ao tratamento. Arch Health Invest. 2019 [acesso em 23 set 2021] 8(9): p. 506-509. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3234>
 22. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. Braz J Otorhinolaryngol. 2013 [acesso em 23 set 2021] mar./abr.; 79(2): p. 239-347. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/7vctssymnG7ZjL6xc8XxgSb/?lang=pt>
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Sobre o Instituto. Rio de Janeiro; 1996-2012. [Acesso em 09 mar 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>.

Assoc Bras Otorrin Cir Cérvico-Facial

24. Tavares S, Rodrigues H, André C, Proença V, Brito Mendes J, Antunes L. Tumores malignos da cabeça e pescoço - Experiência institucional com 2 anos de seguimento. *Rev Port Otorrin Cir Cérvico-Facial*. 2015 [Acesso em 09 mar 2021] Setembro; 53(3): p. 155-160. Disponível em: <https://journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/593>
25. Nogueira AS, Pereira KMA, Turatti E, Pouchain EC, Costa FWG, Taboza ZA, et al. Perfil Epidemiológico de 23 casos de neoplasias malignas da cavidade oral atendidos em uma instituição odontológica de nível secundário. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2012 [Acesso em 09 mar 2021]. out/nov/dez; 41(4): p. 181-185. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eveline-Turatti/publication/263422340_Perfil_Epidemiologico_de_23_casos_de_neoplasias_malignas_da_cavidade_oral_atendidos_em_uma_instituicao_odontologica_de_nivel_secundario/links/56ccc10e08ae85c8233bc14f/Perfil-Epidemiologico-de-23-casos-de-neoplasias-malignas-da-cavidade-oral-atendidos-em-uma-instituicao-odontologica-de-nivel-secundario.pdf
26. Ribeiro ILA, Medeiros JJd, Rodrigues LV, Valença AMG, Neto EdAL. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. *Rev Bras Epidedmiol*. 2015 [Acesso em 09 mar 2021] jul./set.; 18(3): p. 618-629. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CcyvLSGfYJ97zvzNm3YSXq/abstract/?lang=pt>

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 25 de novembro de 2021

·

Romênia Costa Santana

Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 25 de novembro de 2021

Ana Clara Leles

Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

