



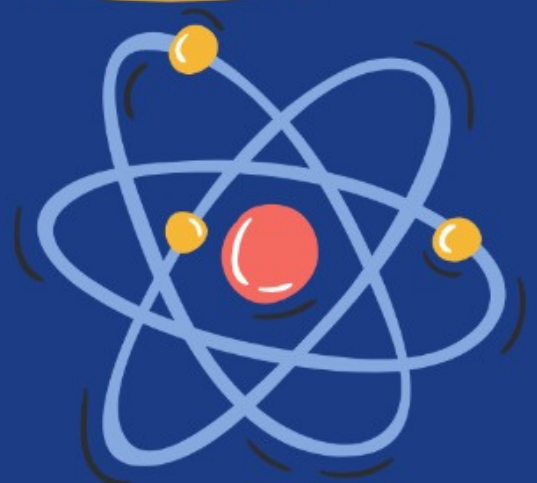
EDITORA
OMNIS SCIENTIA



**PESQUISAS E RELATOS
SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NO BRASIL**

Organizador:
Daniel Luís Viana Cruz

VOLUME 2





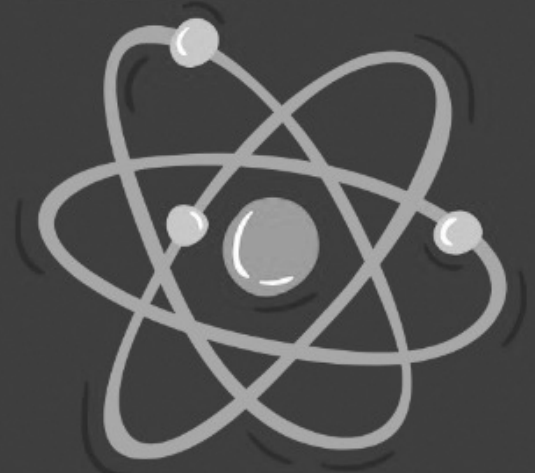
EDITORA
OMNIS SCIENTIA



**PESQUISAS E RELATOS
SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NO BRASIL**

Organizador:
Daniel Luís Viana Cruz

VOLUME 2



Editora Omnis Scientia

PESQUISAS E RELATOS SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

Volume 2

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Daniel Luís Viana Cruz

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e
confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P474 Pesquisas e relatos sobre ciências da saúde no Brasil :
volume 2 [recurso eletrônico] / organizador Daniel Luís
Viana Cruz. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5854-712-9

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9

1. Educação em saúde - Aspectos sociais - Brasil.
 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Saúde pública - Brasil.
 4. Serviços de saúde - Brasil. 5. Hábitos de saúde.
- I. Cruz, Daniel Luís Viana. II. Título.

CDD23: 613

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Esse livro aborda uma gama de temas sobre a saúde, desde revisão de literatura e pesquisas até relatos de casos. Dentre os assuntos estão a promoção da educação em saúde bucal nas escolas; a prevenção e diagnóstico do câncer de boca; os métodos contraceptivos orais hormonais; método de prescrição e controle de exercício físico durante a pandemia; a prevenção do risco de quedas em idosos por meio do pilates; os transtornos alimentares na adolescência influenciadas pela mídia; o acompanhamento nutricional de um paciente com angina instável; a avaliação do uso da *Punica granatum*; casos de doença diarreica aguda; os fatores de virulência presentes e a produção de β -lactamases de espectro estendido em isolados de *Escherichia coli*; os fatores de resistência em isolados multirresistentes de *E. Coli*; as vantagens do contato pele a pele em recém-nascidos; a detecção de alterações do desenvolvimento neurobiológico na puericultura; o isolamento absoluto durante e pós-pandemia; constelação sistêmica; o uso da TCFC no diagnóstico da displasia cemento-óssea florida; a assistência do enfermeiro no processo de amamentação em primíparas; contribuição dos registros de enfermagem no processo de auditoria hospitalar; as infecções relacionadas a cateter vascular e longevidade clínica de restaurações dentárias.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 12, intitulado “FATORES DE VIRULÊNCIA E PRODUÇÃO DE B-LACTAMASES EM ISOLADOS DE *Escherichia coli* OBTIDOS DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR”. Por fim, desejo que tenha uma excelente leitura.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 115

A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TOCANTE À SAÚDE BUCAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Gerson Pedroso de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/15-23

CAPÍTULO 224

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA

Gerson Pedroso de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/24-39

CAPÍTULO 340

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ORAIS HORMONAIS: SEU USO, EFEITOS COLATERAIS E INCIDÊNCIA DE FALHAS

Jocilene da Silva Paiva

Vitória Santos de Almeida

Melyssa Pinheiro da Silva

Edmara Chaves Costa

Terezinha Almeida Queiroz

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira

Tainara Chagas de Sousa

Samara dos Reis Nepomuceno

Julia Teixeira de Alcântara

Ermeson Moura Coelho

Maria Iasmin Terceiro Aguiar

Phamella Karyda Alves Cavalcante

Ana Clecia Silva Monteiro

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/40-51

CAPÍTULO 4	52
APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO FÍSICO EM GRUPOS ESPECIAIS COM CONTROLE DA INTENSIDADE DE FORMA REMOTA, NO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19	
Joanna Beatriz de Oliveira Silva	
João Victor Alves Souto	
Luciano Machado Ferreira Tenório de Oliveira	
Wilson Viana de Castro Melo	
Marcelus Brito de Almeida	
Edil de Albuquerque Rodrigues Filho	
Brivaldo Markman Filho	
Ary Gomes Filho	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/52-65	
CAPÍTULO 5	66
PILATES COMO PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Larissa Cristina Heis	
Ariely Sartori	
Gabriela Schneider	
Vítor Augusto Fronza	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/66-77	
CAPÍTULO 6	78
INFLUÊNCIA DA MÍDIA NO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Xênia Maia Xenofonte Martins	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/78-87	

CAPÍTULO 7	88
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE UM PACIENTE COM ANGINA INSTÁVEL EM UM HOSPITAL PARTICULAR DE FORTALEZA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Indira Sanders Oliveira	
Xênia Maia Xenofonte Martins	
Elayne Mourão Catunda Farias Andrade	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/88-97	
CAPÍTULO 8	98
AVALIAÇÃO DO USO DA <i>Punica granatum</i>	
Silvia Lopes de Aquino Monteiro	
Fabiana Aparecida Vilaça	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/98-109	
CAPÍTULO 9	110
LEVANTAMENTO DOS CASOS DE DOENÇA DIARREICA AGUDA NO MUNICÍPIO DE MIRANDIBA, PE NO PERÍODO DE 2010 A 2020	
Silvia Helena Bezerra Santos	
Adriana Gradela	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/110-117	
CAPÍTULO 10	118
REAÇÃO HANSÊNICA TIPO 1 NA APS: UM RELATO DE CASO	
Isabella Melchior de Medeiros	
Daliany Santos	
DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/118-122	
CAPÍTULO 11	123
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR TUBERCULOSE NO BRASIL	
Bárbara Luíza de Arruda Araújo	
Luíza Teixeira Silva	

Milena Baião dos Santos Lucino

Bruno dos Santos Farnetano

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/123-135

CAPÍTULO 12136

FATORES DE VIRULÊNCIA E PRODUÇÃO DE β -LACTAMASES EM ISOLADOS DE *Escherichia coli* OBTIDOS DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR

Alexsandro Araújo Oliveira

Renata de Faria Silva Souza

Mateus Matiuzzi da Costa

Carine Rosa Naue

Daniel Tenório da Silva

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/136-146

CAPÍTULO 13147

FATORES DE RESISTÊNCIA EM ISOLADOS MULTIRRESISTENTES DE *Escherichia Coli* ORIUNDOS DE PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVASF

Alexsandro Araújo Oliveira

Renata de Faria Silva Souza

Mateus Matiuzzi da Costa

Carine Rosa Naue

Daniel Tenório da Silva

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/147-155

CAPÍTULO 14156

REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS DO CONTATO PELE A PELE DURANTE O DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO

Marcela Rosa Da Silva

Rafaela Abrão

Vanine Arieta Krebs

Paula Cristina Barth Bellotto

Quelen da Costa Andrade

Flávia Michele Vilela Gomes

Amanda Fiorenzano Bravo

Paola Melo Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/156-166

CAPÍTULO 15167

**A DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO NEUROBIOLÓGICO NA
PUERICULTURA: UMA VISÃO COMPREENSIVA**

Darlíane Soares Silva

Juliana Andrade Pereira

Mauro Sergio Vieira Machado

Fabiana Teixeira Machado

Priscila Antunes de Oliveira

Daniele Dayane Santos Almeida

Valéria Gonzaga Botelho de Oliveira

Yure Gonçalves Gusmão

Carla Dayana Durães Abreu

Aline Lopes Nascimento

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/167-179

CAPÍTULO 16180

**ISOLAMENTO ABSOLUTO DURANTE E PÓS-PANDEMIA: QUAL A IMPORTÂNCIA DA
SUA APLICAÇÃO CLÍNICA**

Jardel dos Santos Silva

Lara Pepita de Souza Oliveira

Ana Csasznik

Bruna Queiroz Serrão

Paola Bitarães de Almeida

Clara Melissa Natário Martins
Maria de Lourdes Cabral de Sales Bisneta
Carla Gabriela Damasceno Barbosa
Ana Beatriz de Souza Pires
Jefter Haad Ruiz da Silva
Esaú Tavares

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/180-187

CAPÍTULO 17189

CONSTELAÇÃO SISTÊMICA EM UMA COMUNIDADE CARENTE NO RIO DE JANEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Daniele Lopes da Silva
Fátima Helena do Espírito Santo

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/189-197

CAPÍTULO 18198

O USO DA TCFC NO DIAGNÓSTICO DA DISPLASIA CEMENTO-ÓSSEA FLORIDA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Luís Victor Silva Ribeiro
Carla Oliveira Machado
Clara Letícia Moreira Costa
Ivigna Ferraz Neves Oliveira
Joelson Ferreira Santana
Leila Teixeira Curcino de Eça
Maislla Mayara Silva Ramos
Rita de Cássia Dias Viana Andrade
Maria da Conceição Andrade de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/198-205

CAPÍTULO 19206

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DA AMAMENTAÇÃO DE PRIMÍPARAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Thaisa Evelin dos Santos

Bruna Izilda Martovic Martins

Paula Maria Nunes Moutinho

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/206-217

CAPÍTULO 20218

O CONTRIBUTO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM PARA A AUDITORIA HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

Lilian Brena Costa de Souza

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira

Clara Beatriz Costa da Silva

Mailson Queiroz da Silva

Maria Vitória Sousa Silva

Nara Jamilly Oliveira Nobre

Lídia Rocha de Oliveira

Lília da Silva Xavier de Souza

Francisco Walyson da Silva Batista

Larissa Katlyn Alves Andrade

Lícia Mara Moreira da Silva

Matheus Mesquita de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/218-227

CAPÍTULO 21228

INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETER VASCULAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Kaio Dmitri dos Santos Aguiar

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Viviane Monteiro da Silva

Renata Bernadete Araújo Rocha

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/228-237

CAPÍTULO 22238

**UM PANORAMA SOBRE A LONGEVIDADE CLÍNICA DE RESTAURAÇÕES DENTÁRIAS
NO BRASIL**

Lara Pepita de Souza Oliveira

Jardel dos Santos Silva

Barbara Feliciano Costa

Jefer Haad Ruiz da Silva

Esaú Lucas Nascimento Tavares

Ivete Castro de Souza

Guilherme Barbosa de Freitas

Fernanda Cristina Cunha da Silva

Cristiane Maria Brasil Leal

Mylla Cristie Campelo Monteiro

DOI: 10.47094/978-65-5854-712-9/238-244

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA

Gerson Pedroso de Oliveira¹

Pós-Graduando em Ortodontia, pelo Centro de Pós-Graduação e Aperfeiçoamento LTDA – DOC.

<http://lattes.cnpq.br/7556655196781771>

<https://orcid.org/0000-0002-3532-887X>

RESUMO: O objetivo do trabalho é analisar através de revisão bibliográfica a prevenção e diagnóstico do câncer de boca. O câncer oral é uma doença predominantemente loco-regional que tende a se infiltrar nos tecidos ósseos e moles adjacentes que se espalha para os linfonodos regionais no pescoço. A metástase à distância é incomum no momento do diagnóstico. Abordamos ainda que uma inspeção completa e palpação da cavidade oral e exame do pescoço são obrigatórios e necessários para prevenção. Quando a prevenção primária falha, a detecção precoce por meio de triagem e tratamento relativamente barato pode evitar a maioria das mortes por consequência deste tipo de câncer. No entanto, o câncer oral continua a ser um câncer importante, ou seja, com altos índices de mortalidade, na Índia, Leste Asiático, Europa Oriental e partes da América do Sul, onde faltam esforços organizados de prevenção e detecção precoce. O tipo do estudo é uma revisão bibliográfica, através de pesquisas, conceituais, metodológicas, tendo como objetivo primordial à exposição dos atributos de determinado fenômeno ou afirmação entre suas variáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de boca. Prevenção. Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O câncer oral é uma doença predominantemente loco-regional que tende a se infiltrar nos tecidos ósseos e moles adjacentes e se espalhar para os linfonodos regionais no pescoço. A metástase à distância é incomum no momento do diagnóstico. Uma inspeção completa e palpação da cavidade oral e exame do pescoço são obrigatórios.

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são amplamente utilizadas para avaliar a extensão do envolvimento de estruturas adjacentes, como ossos e tecidos moles. Cirurgia e radioterapia são as principais modalidades de tratamento. Dadas as habilidades, experiência e infraestrutura necessárias para o estadiamento e o tratamento com o mínimo de morbidade física, funcional e cosmética, o tratamento do câncer oral é geralmente fornecido em hospitais especializados em câncer, como centros de câncer abrangentes ou em hospitais nos mais altos níveis de serviços de saúde, centros de terceiro

nível (ALVES, et al, 2012).

O câncer oral é o 11º câncer mais comum no mundo, sendo responsável por cerca de 300.000 novos casos e 145.000 mortes em 2012 e 702.000 casos prevalentes em um período de cinco anos. Para este capítulo, os cânceres orais incluem cânceres da mucosa do lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato e boca, correspondendo à Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, respectivamente (DINGUELESKI, et al, 2016).

Dois terços da incidência global de câncer bucal ocorrem em países de baixa e média renda (LMICs); metade desses casos está no sul da Ásia. A Índia sozinha responde por um quinto de todos os casos de câncer oral e um quarto de todas as mortes por câncer oral.

O uso de tabaco, sob qualquer forma, e o uso excessivo de álcool são os principais fatores de risco para o câncer bucal. Com deficiências alimentares, esses fatores causam mais de 90 por cento dos cânceres orais. A prevenção do uso de tabaco e álcool e o aumento do consumo de frutas e vegetais podem potencialmente prevenir a grande maioria dos cânceres orais (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Quando a prevenção primária falha, a detecção precoce por meio de triagem e tratamento relativamente barato pode evitar a maioria das mortes. No entanto, o câncer oral continua a ser um câncer importante na Índia, Leste Asiático, Europa Oriental e partes da América do Sul, onde faltam esforços organizados de prevenção e detecção precoce (ALVES, et al, 2012).

DESENVOLVIMENTO

O objetivo do trabalho é analisar através de revisão bibliográfica a prevenção e os principais diagnósticos do câncer de boca, quais os procedimentos devem ser iniciados logo no começo do tratamento, para que a resolutividade e a taxa de mortalidade desse tipo de câncer sejam diminuídos, de acordo com o tratamento adequado, para cada caso concreto.

O trabalho se estende diante dos seguintes pontos: Metodológicos através de estudos bibliográficos; o câncer de boca, suas atribuições; suas incidências; suas causas e fatores de risco; o rastreamento do câncer de boca, as formas de diagnóstico do câncer; o tratamento do câncer oral em estágio inicial (estágios I e II); abordaremos ainda sobre tratamento de tumores localmente avançados da cavidade oral (estágios III e IV); por fim falaremos sobre as formas de prevenção do câncer de boca, os cuidados orais/pessoais que devem ser tomados para prevenir a obtenção da doença.

O referido trabalho trata-se de uma revisão de literatura, baseando-se na busca de artigos publicados entre 2012 a 2020. As bases de dados utilizadas serão: BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados para a

busca foram: Câncer de boca; Prevenção; Diagnóstico. Os critérios de inclusão utilizados serão: artigos que respondessem à questão de metodologia de projeto, e os critérios de exclusão foram: editoriais, artigos de revisão da literatura e artigos que não respondessem à questão de outras metodologias proposto por este estudo.

O estudioso Andrade (2013), nos mostra que a pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos. Segundo Ferrão (2013) quanto aos objetivos, à pesquisa divide-se em exploratória, descritiva e explicativa. Analisando os objetivos da pesquisa serão utilizadas as pesquisas exploratórias e descritivas. A pesquisa pode ser classificada sob três aspectos: quanto aos objetivos, quanto à abordagem do problema e quanto aos procedimentos. No tocante aos seus objetivos, a pesquisa que gerou este texto caracterizou-se como sendo de natureza exploratória e descritiva. As pesquisas exploratórias têm por fim “[...] mostrar mais contexto com o problema, tornando o assim mais explícito ou construindo hipóteses, sendo assim estas pesquisas têm como o grande objetivo aprimorar as ideias.” (GIL, 2018 p. 45).

O tipo do nosso estudo é uma revisão bibliográfica, pesquisas do tipo tendo o objetivo primordial a exposição dos atributos de determinado fenômeno ou afirmação entre suas variáveis (GIL, 2018). Assim, recomenda-se que a pesquisa apresente características do tipo: analisar a atmosfera como fonte direta dos dados e o pesquisador como um instrumento interruptor; não agenciar o uso de artifícios e métodos estatísticos, tendo como apreensão maior a interpretação de fenômenos e a imputação de resultados, o método deve ser o foco principal para a abordagem e não o resultado ou o fruto, a apreciação dos dados deve ser atingida de forma intuitiva e indutivamente através do pesquisador (GIL, 2018).

Quanto a abordagem do estudo, tendo em consideração os objetivos definidos, considerou-se mais adequada a adoção de uma metodologia qualitativa. Conforme mostra Richardson (2019), que vários estudos os quais empregam assim uma metodologia qualitativa “[...] podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais.” Segundo Ferrão (2013) são considerados documentos: os livros, revistas, jornais, Internet, anuários, estatísticos, monografias, mapas, documentos audiovisuais, entre outras fontes, que contém informações fundamentais sobre a proposta do trabalho. As possibilidades de tratamento e análise dos dados depois de coletados, os dados serão analisados e interpretados.

CÂNCER DE BOCA

O câncer oral tem uma longa fase pré-clínica que consiste em lesões pré-cancerosas bem documentadas. As lesões pré-cancerosas incluem leucoplasia homogênea, leucoplasia não homogênea, leucoplasia verrucosa, eritroplasia, OSMF, Líquen plano e úlceras traumáticas crônicas. A frequência anual estimada de transformação maligna de lesões

orais pré-cancerosas varia de 0,13 por cento a 2,2 por cento (ALVES, et al, 2012).

Cânceres invasivos pré-clínicos muito precoces (cânceres em estágio inicial sem sintomas) se apresentam como pequenas úlceras indolores, lesões nodulares ou crescimentos. Essas alterações podem ser facilmente observadas e clinicamente detectáveis por meio de cuidadosa inspeção visual e palpação da mucosa oral.

Cânceres orais localizados precocemente, são os considerados com menos de quatro centímetros, que não se espalharam para os gânglios linfáticos regionais podem ser efetivamente tratados e curados apenas com cirurgia ou radioterapia, sem defeitos funcionais ou cosméticos, resultando em taxas de sobrevivência de cinco anos superiores a 80 por cento (DINGUELESKI, et al, 2016).

A leucoplasia é uma placa branca que pode ser classificada clinicamente como homogênea ou não homogênea. Lesões homogêneas são finas, planas, uniformes, lisas e brancas. Lesões não homogêneas podem ter uma aparência branca e vermelha ou nódulos pequenos, brancos, do tamanho de uma cabeça de alfinete em um fundo avermelhado ou uma aparência proliferativa e verrucosa. A eritroplasia se apresenta como uma mancha vermelha com superfície lisa ou granular que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença definível. A eritroplasia tem uma probabilidade maior do que a leucoplasia de abrigar câncer invasivo oculto e sofrer transformação maligna (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

O líquen plano oral pode se apresentar como linhas brancas entrelaçadas (conhecidas como estrias de Wickham) com uma borda avermelhada ou como uma mistura de áreas avermelhadas e ulceradas. OSMF, principalmente restrito a pessoas de origem no subcontinente indiano e em certas ilhas do Pacífico, como as Ilhas Marianas, apresenta uma sensação de queimação, empalidecimento da mucosa oral e intolerância a alimentos picantes (LUCIO, et al, 2012).

O enrijecimento e a atrofia da mucosa oral e faríngea ocorrem à medida em que a doença progride, levando a redução da abertura da boca e dificuldade de engolir e falar. Lesões palatinas são vistas em populações que fumam com a ponta iluminada do produto do tabaco dentro da boca, conhecido como fumo reverso, resultando em lesões brancas ou branco-avermelhadas mistas do palato (NEVILLE, et al, 2016).

Na identificação do câncer de boca, um risco maior de transformação maligna pode estar associado aos seguintes fatores: sexo feminino, lesões de longa duração, grandes lesões pré-cancerosas, lesões pré-cancerosas em não usuários de tabaco, lesões na língua e no assoalho da boca, lesões não homogêneas e lesões que mostram displasia epitelial e aneuploidia.

No entanto, é impossível prever com certeza qual lesão pré-cancerosa se tornará maligna durante o acompanhamento dos pacientes. A transformação maligna de lesões pré-cancerosas pode ser evitada por intervenções, como evitar a exposição ao uso de

tabaco e consumo de álcool e, em casos selecionados, por excisão das lesões (ALVES, et al, 2012).

INCIDÊNCIAS

A incidência e a mortalidade por câncer oral são altas na Índia; Papua Nova Guiné; e Taiwan, China, onde é comum mascar libras de betel com tabaco ou sem tabaco ou mascar noz de areca, bem como na Europa Oriental, França e partes da América do Sul (Brasil e Uruguai), onde o tabagismo e o consumo de álcool são altos. As taxas de incidência padronizadas por idade para os homens são, em média, duas vezes mais altas do que para as mulheres (DINGUELESKI, et al, 2016).

As taxas de incidência não seguem um padrão particular de países de baixa ou alta renda (HICs), quando os países são agrupados em estratos de riqueza. Em países selecionados onde existem alguns registros confiáveis de câncer, a Índia é a mais alta e a Bielo-Rússia, a mais baixa, com taxas de incidência variando em mais de cinco vezes em homens e mulheres. As taxas estimadas de incidência padronizada por idade de câncer bucal também variam entre os países em diferentes regiões (LEMONS JUNIOR, et al, 2013).

A mucosa bucal (bochecha) é o local mais comum de câncer bucal no sul e sudeste da Ásia; em todas as outras regiões, a língua é o local mais comum. As variações regionais na incidência e no local de ocorrência estão relacionadas às principais causas, que são álcool e tabagismo nos países ocidentais e libras de betel e mascar tabaco no Sul e Sudeste Asiático (NEVILLE, et al, 2016).

As taxas de mortalidade por câncer oral variam entre 1 e 15 por 100.000 pessoas em diferentes regiões; as taxas de mortalidade excedem 10 por 100.000 em países da Europa Oriental, como a República Tcheca, Hungria e República Eslovaca. As taxas de mortalidade por câncer oral são influenciadas pela incidência de câncer oral, acesso ao tratamento e variações na distribuição do local (OLIVEIRA, et al, 2013).

As tendências observadas na incidência e mortalidade entre homens e mulheres estão intimamente relacionadas com os padrões e tendências no uso de tabaco e álcool. Uma tendência de aumento na incidência foi relatada em Karachi, Paquistão e em Taiwan, China, causada por aumentos no consumo de tabaco e de noz de areca e consumo de álcool (ALVES, et al, 2012).

As taxas de incidência e mortalidade de câncer oral têm diminuído continuamente nas últimas duas décadas devido ao declínio da prevalência do tabagismo e do consumo de álcool nos Estados Unidos. No entanto, um aumento recente de cânceres na base da língua, possivelmente causado pelo papilomavírus humano (HPV), foi observado em homens brancos nos Estados Unidos (DINGUELESKI, et al, 2016).

A incidência de câncer oral e as taxas de mortalidade têm diminuído continuamente na maioria dos países europeus nas últimas duas décadas; até recentemente, as taxas vinham aumentando em alguns países da Europa Central, incluindo Hungria e República Eslovaca, refletindo mudanças no consumo de álcool e tabaco (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

A mortalidade por câncer oral diminuiu continuamente na França desde que atingiu um pico no início da década de 1990, e o declínio se correlaciona com a redução no consumo de álcool per capita. A incidência e a mortalidade têm se mantido estáveis nos países nórdicos, na Federação Russa e no Reino Unido. As taxas de mortalidade têm diminuído constantemente na Austrália e em Hong Kong SAR, China, mas aumentando no Japão e na República da Coreia (NEVILLE, et al, 2016).

CAUSAS E FATORES DE RISCO

As principais causas de câncer bucal em todo o mundo continuam sendo o uso do tabaco em suas diversas formas (ativa ou passivamente); o consumo excessivo de álcool e, cada vez mais, a infecção por certos tipos de HPV (Papilomavírus Humano). Embora a contribuição relativa dos fatores de risco varie de população para população, o câncer bucal é predominantemente uma doença de pessoas pobres (OLIVEIRA, et al, 2013).

A prevenção desta doença devastadora pode vir de mudanças fundamentais no status socioeconômico, bem como de ações para reduzir a demanda, produção, marketing e uso de produtos de tabaco e álcool. Uma alimentação saudável, uma boa higiene oral e sexual e a consciência dos sinais e sintomas da doença são importantes. O sucesso depende da vontade política, da ação intersetorial e de mensagens de saúde pública culturalmente sensíveis, disseminadas por meio de campanhas educacionais e iniciativas de mídia de massa (NEVILLE, et al, 2016).

Vários podem ser os fatores que geram o câncer de boca, dentre os citados acima, como a alimentação, a higienização da boca, e a implementação de políticas públicas, existem também as substâncias consideradas lícitas, como por exemplo o tabaco, na modalidade sem fumaça.

O tabaco sem fumaça é uma das qualificadoras que podem ocasionar o câncer de boca, na forma de libra de betel, rapé oral e substitutos de libra de betel, onde aumenta o risco de lesões pré-cancerosas orais e câncer oral entre 2 e 15. Na maioria das áreas, a libra de bétel consiste em tabaco, noz de areca, lima apagada, catechu e vários condimentos, embrulhados em uma folha de bétel (ALVES, et al, 2012).

O tabaco vem sendo encorpado em substâncias e embalagens diferenciadas, de maneira a manobrar o risco do uso do mesmo, sendo tentado o conceito de que estão mais seguros, tornaram-se cada vez mais usados pelos jovens, especialmente na Índia. Esses produtos têm sido fortemente implicados na fibrose submucosa oral (OSMF), que coloca os

indivíduos em alto risco de malignidade (DINGUELESKI, et al, 2016).

Nos últimos anos, essa nova abordagem do produto, vem sendo expressa diante da sociedade, em saquinhos pequenos, atraentes e baratos de substitutos do betel quid contendo uma mistura seca aromatizada e adoçada de noz de areca, catechu e lima apagada com tabaco (gutkha) ou sem tabaco (pan masala), o que não deixa de caracterizar uma majorante nos altos índices de cânceres bocais (DINGUELESKI, et al, 2016).

Mais de 50% dos cânceres orais na Índia, Sudão e República do Sudão do Sul, e cerca de 4% dos cânceres orais nos Estados Unidos, são atribuíveis a produtos de tabaco sem fumaça. O uso de tabaco sem fumaça entre os jovens está aumentando no Sul da Ásia, com a comercialização de produtos convenientemente embalados feitos de noz de areca e tabaco; como consequência, as condições pré-cancerosas orais em adultos jovens aumentaram significativamente (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Evidências consistentes de muitos estudos indicam que o tabagismo em qualquer forma aumenta o risco de câncer oral em duas a dez vezes em homens e mulheres. O risco aumenta substancialmente com a duração e frequência do uso do tabaco; o risco entre ex-fumantes é consistentemente menor do que entre os fumantes atuais, e há uma tendência de diminuição do risco com o aumento do número de anos desde que parou de fumar (OLIVEIRA, et al, 2013).

O uso de tabaco sem fumaça e álcool em combinação com o fumo aumenta muito o risco de câncer bucal. A plausibilidade biológica é fornecida pela identificação de vários carcinógenos no tabaco, sendo os mais abundantes e fortes N-nitrosaminas específicas do tabaco, como N-nitrososnicotina e 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanona. São formados pela N-nitrosação da nicotina, o principal alcalóide responsável pela dependência do tabaco (SALES, 2016).

O fato de que mais de 80 por cento dos cânceres bucais podem ser atribuídos ao consumo de tabaco e / ou álcool justifica exames orais regulares voltados para usuários de tabaco e álcool, bem como esforços de prevenção com foco no controle do tabaco e do álcool. A Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco, um tratado internacional baseado em evidências, visa reduzir a demanda global por tabaco por meio de medidas de preços, impostos e não-preço (ALVES, et al, 2012).

A noz de areca ou noz de bétele, por ser frequentemente envolvida em folha de bétele, é agora considerada um carcinógeno tipo 1. É mastigado cru, seco ou torrado, ou como parte do betel, por milhões de pessoas na Ásia; seu uso está se espalhando por todo o Pacífico, bem como nas comunidades de emigrantes asiáticos em todo o mundo. Produtos baratos e pré-embalados com noz de areca, como pan masala, são uma preocupação recente, especialmente entre os jovens. A inclusão de tabaco na libra de betel aumenta consideravelmente a carcinogenicidade (DINGUELESKI, et al, 2016).

Estudos epidemiológicos indicam que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta o risco de câncer oral de duas a seis vezes e é um fator de risco independente, com risco aumentando com a quantidade consumida. O risco varia de acordo com a população e indivíduo e subsite dentro da cavidade oral. O uso combinado de álcool e tabaco tem um efeito multiplicativo no risco de câncer oral (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

As várias vias pelas quais o álcool pode exercer influência carcinogênica incluem exposição tópica levando a um efeito direto nas membranas celulares, permeabilidade celular alterada, variação nas enzimas que metabolizam o álcool e / ou efeitos sistêmicos, como deficiência nutricional, deficiência imunológica e distúrbios hepáticos função. Uma revisão recente não conseguiu identificar uma associação entre o uso de enxaguatório bucal contendo álcool e o risco de câncer oral, ou qualquer tendência significativa de risco com o aumento do uso diário de enxaguatório bucal (NEVILLE, et al, 2016).

O alto consumo de frutas e vegetais está associado a uma redução de 40-50 por cento no risco de câncer oral. Em HICs, aspectos selecionados da dieta - como falta de vegetais e frutas - podem ser responsáveis por 15-20 por cento dos cânceres orais; essa proporção provavelmente será maior nos LMICs. Os estudos de quimio prevenção não estabeleceram um efeito preventivo dos suplementos dietéticos retinóides e carotenóides (OLIVEIRA, et al, 2013).

A maioria dos carcinógenos é metabolizada pelo sistema do citocromo p450 no fígado. Se esse sistema for defeituoso em virtude de herdar uma forma particular do gene (um polimorfismo), o risco de muitos cânceres aumenta. Esse risco é particularmente importante com câncer oral e outros cânceres de cabeça e pescoço, embora os riscos relativos sejam modestos a 1,5 ou menos (ou seja, menos do que a duplicação do risco) (ALVES, et al, 2012).

Polimorfismos nas enzimas que metabolizam o álcool também contribuem para o risco. Indivíduos com a versão de metabolização rápida (alelo) do álcool desidrogenase (ADH3 [1-1]) têm um risco maior de desenvolver câncer oral na presença de consumo de bebida alcoólica do que aqueles com formas de metabolização lenta; este risco mais alto reforça o papel do acetaldeído como o carcinógeno envolvido (DINGUELESKI, et al, 2016).

Mate, uma infusão de folhas que é comumente bebida muitas vezes ao dia em partes da América do Sul, geralmente muito quente, parece aumentar o risco de câncer oral em uma pequena quantidade (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Evidências recentes sugerem que a infecção por HPV pode ser um fator de risco independente para câncer na base da língua, amígdalas e em outras partes da orofaringe. O HPV pode modular o processo de carcinogênese em alguns cânceres orais e orofaríngeos induzidos por tabaco e álcool, e pode atuar como o principal agente oncogênico para induzir a carcinogênese entre não fumantes. Evidências crescentes sugerem que tais infecções orofaríngeas podem ser sexualmente transmissíveis (NEVILLE, et al, 2016).

Agora parece claro que o trauma crônico, de dentes afiados, restaurações ou dentaduras, contribui para o risco de câncer oral, embora esse risco mais elevado geralmente ocorra apenas na presença de outros fatores de risco locais (OLIVEIRA, et al, 2013).

RASTREIO DO CÂNCER DE BOCA

Embora um teste de rastreamento de câncer oral acessível, aceitável, fácil de usar, preciso e eficaz esteja disponível em países de alto risco, a decisão de introduzir o rastreamento de base populacional deve levar em consideração o nível de desenvolvimento dos serviços de saúde e os recursos disponíveis para atender o aumento da demanda de tratamento que o rastreamento gera. A população-alvo para o rastreamento do câncer bucal consiste em pessoas com 30 anos ou mais que usam tabaco e / ou álcool (OLIVEIRA, et al, 2013).

A triagem visual da cavidade oral foi amplamente avaliada quanto à sua viabilidade, segurança, aceitabilidade, precisão para detectar lesões orais pré-cancerosas e câncer, e eficácia e custo-efetividade na redução da mortalidade por câncer oral. A triagem visual envolve o exame visual e físico sistemático da mucosa intraoral sob luz forte para sinais de distúrbios orais potencialmente malignos (OPMDs), bem como câncer oral precoce, seguido por inspeção cuidadosa e palpação digital do pescoço para quaisquer gânglios linfáticos aumentados (SOARES, et al, 2014).

É um teste subjetivo dependente do provedor; conseqüentemente, seu desempenho na detecção de lesões varia entre os provedores. O conhecimento abrangente da anatomia oral, a história natural da carcinogênese oral e as características clínico-patológicas dos OPMDs e cânceres pré-clínicos são pré-requisitos importantes para provedores eficientes de triagem visual oral (DINGUELESKI, et al, 2016).

Os danos potenciais da triagem visual oral podem incluir investigações diagnósticas adicionais, como biópsia incisional ou excisional; ansiedade associada a testes de triagem falso-positivos; detecção e tratamento de condições biologicamente insignificantes que podem não ter impacto na incidência de câncer oral; e falsa garantia de testes falso-negativos (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Uma variedade de profissionais de saúde - incluindo dentistas, clínicos gerais, oncologistas, cirurgiões, enfermeiras e trabalhadores auxiliares de saúde, podem fornecer exames visuais orais após o treinamento. A sensibilidade varia de 40 por cento a 93 por cento, e a especificidade varia de 50 por cento a 99 por cento para a detecção de lesões pré-cancerosas e cânceres orais assintomáticos iniciais (NEVILLE, et al, 2016).

Uma redução significativa de 34 por cento na mortalidade por câncer oral entre um grupo de alto risco de usuários de tabaco ou álcool após três rodadas de triagem visual oral foi demonstrada em um ensaio clínico controlado randomizado por grupo na Índia. Um acompanhamento de 15 anos encontrou redução sustentada na mortalidade por câncer oral,

com maiores reduções naqueles que aderiram a rodadas de rastreamento repetidas; houve uma redução de 38 por cento na incidência de câncer oral e uma redução de 81 por cento na mortalidade por câncer oral (IC de 95 por cento 69-89 por cento) em usuários de tabaco e / ou álcool que foram rastreados quatro vezes (OLIVEIRA, et al, 2013).

Os estudos de Alves, et al (2012), foram a base para as conclusões da revisão do painel de especialistas da American Dental Association (ADA) em rastreamento populacional de câncer oral. A revisão da ADA recomendou que os médicos procurassem por sinais de lesões pré-cancerosas ou cânceres em estágio inicial durante a realização de triagem visual e tátil de rotina em todos os indivíduos, particularmente naqueles que usam tabaco ou álcool ou ambos; o painel também concluiu que os benefícios de salvar vidas para indivíduos com lesões tratáveis eram mais importantes do que os danos potenciais incorridos por aqueles com lesões benignas ou não progressivas.

A revisão de Sobral, et al (2014) concluiu que as evidências sugerem que um exame visual como parte de um programa de rastreamento populacional reduz a taxa de mortalidade de câncer oral em indivíduos de alto risco; além disso, pode resultar em diagnósticos de câncer bucal em um estágio inicial da doença e melhora nas taxas de sobrevivência em toda a população.

A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA divulgou um esboço de Declaração de Recomendação, que afirmava que, para adultos com 18 anos ou mais atendidos em ambientes de cuidados primários, a evidência atual é insuficiente para avaliar o equilíbrio entre os benefícios e os danos do rastreamento do câncer oral em adultos assintomáticos. No entanto, esta declaração ignora os benefícios da detecção precoce de câncer oral entre usuários de tabaco ou álcool ou ambos, bem como outras condições benignas cuja detecção precoce pode melhorar a saúde bucal. Desencorajar o exame visual oral na atenção primária claramente não é do interesse do controle do câncer oral e da melhoria da saúde bucal (DINGUELESKI, et al, 2016).

Embora o autoexame da boca usando um espelho tenha sido avaliado como um teste de rastreamento em alguns estudos, não se sabe se poderia levar a reduções na mortalidade por câncer oral. Não há evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro de outros testes de triagem oral, como coloração com azul de toluidina, quimioluminescência, imagem de fluorescência de tecido, espectroscopia de fluorescência de tecido e análise salivar e citologia para triagem primária de câncer oral (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Apesar do alto risco de câncer bucal no subcontinente indiano, nenhum programa de rastreamento nacional ou regional existe na região. Os únicos programas nacionais de rastreamento do câncer oral em larga escala em andamento estão em Cuba e Taiwan, na China (NEVILLE, et al, 2016).

O programa cubano existe desde 1984. Uma avaliação conduzida em 1994 indicou que 12-26% da população-alvo foi rastreada anualmente, mas menos de 30% dos indivíduos com teste positivo obedeceram aos encaminhamentos. O programa foi reorganizado

em 1996, com a meta de idade aumentada de 15 para 35 anos, os intervalos de triagem aumentaram de um para três anos e o sistema de encaminhamento reformulado. Nenhuma avaliação formal adicional foi realizada, mas não houve redução na incidência de câncer oral ou nas taxas de mortalidade em Cuba nas últimas três décadas. Os resultados do programa cubano enfatizam que programas de triagem sem organização e recursos eficientes não são um uso eficaz de recursos limitados (ALVES, et al, 2012).

O rastreamento do câncer oral foi iniciado em Taiwan, China, em 2004, visando aqueles com 18 anos ou mais que eram fumantes ou mascadores de noz de bétule; a população-alvo para rastreamento do câncer bucal foi revisada em 2010 para cobrir fumantes ou mastigadores com 30 anos ou mais. O programa de rastreamento levou a quase metade dos cânceres orais diagnosticados nos estágios I e II, com uma tendência de declínio nas taxas de mortalidade por câncer oral (DINGUELSKI, et al, 2016).

DIAGNÓSTICO

Os médicos de clínica geral e odontológica de atenção primária devem desempenhar um papel importante no encaminhamento de pacientes para instalações de tratamento de câncer para diagnóstico e tratamento precoces. Melhorar as habilidades desses médicos de atenção primária é essencial para melhorar as perspectivas de diagnóstico precoce, especialmente entre pacientes que usam tabaco ou álcool de qualquer forma (LEMONS JUNIOR, et al, 2013).

A biópsia de rotina em pacientes que se apresentam clinicamente com características de lesões pré-cancerosas pode levar ao diagnóstico precoce de câncer oral invasivo subjacente. Além da história, exame físico e biópsia, uma avaliação simultânea do trato aerodigestivo superior é necessária porque os pacientes com câncer oral têm um alto risco de desenvolver câncer em outros locais da cabeça e pescoço e nos pulmões (NEVILLE, et al, 2016).

Assim que o diagnóstico de câncer bucal é confirmado, a avaliação do estadiamento é concluída e o tratamento é planejado. O sistema de estadiamento da Union for International Cancer Control Tumor, Nodes, Metastasis (TNM) é amplamente utilizado para o estadiamento do câncer oral: T indica o tamanho e a extensão da disseminação do tumor primário tumor, N indica a extensão da disseminação para os linfonodos regionais no pescoço e M indica a disseminação para órgãos distantes. A categorização TNM é agrupada nos estágios de 0 a IV, que denotam o aumento da gravidade da doença e a diminuição da sobrevida (SOUZA, et al, 2016).

O estadiamento do câncer oral envolve a avaliação da extensão clínica da doença por meio de exame físico, biópsias e exames de imagem, incluindo radiografias da mandíbula, seios maxilares e tórax; varreduras de tomografia computadorizada (TC); imagem por ressonância magnética (MRI); e imagens de tomografia por emissão de pósitrons (PET),

dependendo dos recursos disponíveis. Técnicas de imagem avançadas, como TC, ressonância magnética e PET podem ser úteis na avaliação mais precisa da disseminação local, como invasão de músculos, osso e cartilagem e metástases de linfonodos, bem como no planejamento do tratamento, mas essas investigações raramente são viáveis em LMICs (ALVES, et al, 2012).

TRATAMENTO DO CÂNCER ORAL EM ESTÁGIO INICIAL (ESTÁGIOS I E II)

A cirurgia e a radioterapia são amplamente utilizadas para o tratamento do câncer oral precoce, seja como modalidades únicas ou em combinação. A escolha da modalidade depende da localização do tumor, resultados cosméticos e funcionais, idade do paciente, doenças associadas, preferência do paciente e a disponibilidade de experiência (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

A maioria dos cânceres orais em estágio inicial pode ser extirpada localmente ou tratada com radioterapia, com nenhuma ou mínima morbidade funcional e física. O esvaziamento cervical eletivo para remover os gânglios linfáticos pode ser considerado em casos selecionados, como pacientes com câncer de língua em estágio I e cânceres em estágio II em outros locais orais, que podem estar em alto risco de envolvimento microscópico, mas não clinicamente evidente dos nódulos cervicais (NEVILLE, et al, 2016).

A radioterapia por feixe externo e a braquiterapia - usando fontes radioativas implantadas no tumor, sozinhas ou em combinação, são uma alternativa à cirurgia para câncer oral em estágio inicial. Resultados excelentes foram demonstrados após braquiterapia isolada ou em combinação com radioterapia de feixe externo para pequenos tumores (OLIVEIRA, et al, 2013).

Os cânceres infiltrativos profundos têm alta propensão a se espalhar para os linfonodos regionais; portanto, a braquiterapia isolada, que não trata os nódulos regionais de forma adequada, não é recomendada. As técnicas mais recentes, como a radioterapia conformada tridimensional e a radioterapia modulada por intensidade, podem minimizar os efeitos colaterais da radioterapia, fornecendo a dose de radiação ao tumor com mais precisão e precisão, evitando tecidos saudáveis circundantes. No entanto, esses tratamentos requerem equipamentos avançados e são mais caros do que a radioterapia convencional (ALVES, et al, 2012).

TRATAMENTO DE TUMORES LOCALMENTE AVANÇADOS DA CAVIDADE ORAL (ESTÁGIOS III E IV)

Os tumores localmente avançados são agressivos e as taxas de falha do tratamento loco-regional são altas. Uma abordagem de modalidade combinada integrando cirurgia, radioterapia com ou sem quimioterapia, e planejada e executada por uma equipe multidisciplinar é sempre preferida. A importância apropriada deve ser dada a fatores

como resultados funcionais e cosméticos e a experiência disponível. A cirurgia seguida de radioterapia pós-operatória é a modalidade preferida para pacientes com tumores infiltrativos profundos e aqueles com infiltração óssea (DINGUELESKI, et al, 2016).

Verificou-se que a quimio-radiação pós-operatória simultânea é superior à radioterapia sozinha em pacientes com margens cirúrgicas mostrando alterações cancerosas indicando excisão incompleta do tumor. O uso de quimioterapia antes da cirurgia pode eliminar a necessidade de remover a mandíbula - um grande benefício, embora não confira um benefício de sobrevivência (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

A radioterapia primária, com ou sem quimioterapia, é uma opção razoável para tumores localmente avançados sem envolvimento ósseo, especialmente para pacientes que têm doença inoperável, que são clinicamente impróprios para cirurgia ou que provavelmente apresentam resultados funcionais e cosméticos inaceitáveis com a cirurgia. Incorporar quimioterapia com cirurgia ou radioterapia é útil em pacientes mais jovens que estão em boas condições gerais, aumentando a sobrevida em cerca de 5 pontos percentuais em cinco anos (NEVILLE, et al, 2016).

PREVENÇÃO

As intervenções direcionadas à redução ou eliminação do uso de tabaco e álcool devem ser consideradas para implementação quando se mostrarem eficazes em função do custo. Todas as intervenções apresentadas são custo-efetivas, mesmo para os LMICs. No caso da cessação do tabagismo, aumentar o preço dos produtos do tabaco é a abordagem mais econômica, com relações de custo-efetividade incrementais variando de US \$ 4 a US \$ 34 por ano de vida ajustado por deficiência (DINGUELESKI, et al, 2016).

As intervenções de controle do álcool tendem a ter relações de custo-efetividade mais altas; proibições de publicidade e acesso reduzido variam de US \$ 367 a US \$ 1.307; as estratégias de combinação (incluindo aumentos de preços, acesso reduzido e proibições de propaganda) variam de US \$ 601 a US \$ 1.704 (ALVES, et al, 2012).

Entre os quatro estudos de custo-efetividade do rastreamento do câncer oral, três, todos definidos em HICs, usaram modelagem analítica de decisão; o outro, o único em um ambiente com recursos limitados, usou dados de um ensaio clínico randomizado na Índia. Apenas o estudo indiano reflete diretamente os custos e a eficácia que provavelmente ocorrerão nos LMICs (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Em geral, a triagem foi feita aos 35 ou 40 anos ou mais; três dos quatro estudos incluíram indivíduos de alto e médio risco. Todos os estudos apresentaram custo-efetividade incremental, em comparação com o cenário de nenhuma triagem. Uma variedade de intervenções foi avaliada, usando convite e triagem oportunista; a inspeção visual foi realizada por especialistas (cirurgiões de câncer bucal), dentistas ou profissionais de saúde treinados (OLIVEIRA, et al, 2013).

Os resultados indicam que o rastreamento é custo-efetivo, mesmo em LMICs. O estudo da Índia fornece evidências de que o rastreamento do câncer oral por inspeção visual custa menos de US \$ 6 por pessoa em um programa de rastreamento; isso tem uma relação custo-efetividade incremental de US \$ 835 por ano de vida salvo (TORRES, et al, 2016).

A opção mais econômica e acessível em um ambiente de recursos limitados é oferecer rastreamento de câncer oral para indivíduos de alto risco, por exemplo, usuários de tabaco e álcool. A relação custo-efetividade incremental para triagem de indivíduos de alto risco no sul da Índia é de US \$ 156 por ano de vida salvo. Há uma grande variação no custo-efetividade incremental relatado nos estudos, provavelmente por causa de fatores como a prevalência subjacente da doença e o custo local do tratamento do câncer (VIDAL, et al, 2012).

O custo do atendimento relacionado à triagem, diagnóstico, e o tratamento pode diferir substancialmente, mesmo entre os países classificados como LMICs. Conseqüentemente, é essencial avaliar sistematicamente os custos no país ou mesmo no nível local para analisar a relação custo-eficácia e os recursos necessários para implementar o rastreamento do câncer oral (ALVES, et al, 2012).

A prevenção primária, especialmente a cessação do tabagismo, e a prevenção secundária, com foco em indivíduos de alto risco, são provavelmente econômicas e acessíveis em países de baixa renda. Estudos adicionais são necessários para avaliar a relação custo-benefício e as implicações orçamentárias da triagem visual para câncer oral em LMICs. Esses estudos devem se concentrar na estrutura de entrega de rastreamento para identificar a abordagem mais econômica para fornecer rastreamento de câncer oral para indivíduos de alto risco (DINGUELESKI, et al, 2016).

Quando as políticas de rastreamento do câncer forem implementadas, o sucesso do programa dependerá da participação da população-alvo. Mesmo quando a triagem e os cuidados de acompanhamento são gratuitos, os pacientes podem não perder o salário de um dia para comparecer a clínicas de triagem ou viajar para centros de saúde para receber testes de diagnóstico de acompanhamento ou tratamentos (LEMOS JUNIOR, et al, 2013).

Os custos indiretos suportados pelos pacientes podem ser particularmente desafiadores entre aqueles nos estratos socioeconômicos mais baixos. Esses são os próprios indivíduos com maior probabilidade de desenvolver câncer oral; é, portanto, vital que a identificação de abordagens para encorajar e sustentar a participação entre essa população potencialmente difícil de alcançar e de alto risco tenha alta prioridade (VOLKWEIS, et al, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma abordagem multifacetada que integre educação em saúde, controle do tabaco e do álcool, detecção precoce e tratamento precoce é necessária para reduzir a carga desse câncer eminentemente evitável. Como fazer isso é conhecido; surpreendentemente, não foi aplicado na maioria dos países, e de forma alguma nos países de alta carga.

Melhorar a conscientização entre o público em geral e os profissionais de atenção primária, investir em serviços de saúde para fornecer serviços de rastreamento e diagnóstico precoce para usuários de tabaco e álcool, e fornecer tratamento adequado para aqueles diagnosticados com câncer invasivo são medidas de controle do câncer oral extremamente importantes. Infraestrutura e serviços de imagem, Histopatologia, cirurgia de câncer e radioterapia, profissionais treinados e a disponibilidade de agentes quimioterápicos são inadequados em muitos LMICs, comprometendo seriamente a detecção precoce e o tratamento ideal. No entanto, como este capítulo demonstrou, essas intervenções são acessíveis e econômicas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autor deste artigo, declaro que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Adriana Terezinha Neves Novellino et al. **Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista**. BBO, [s.i.], v. 4, n. 59, p.259-260, ju. /ago. 2012.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 6 Ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- ANDRADE, Silmara Nunes et al. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde**. Rev. Bras. Odontol, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p.42-47, jan./jun. 2014.
- DINGUELESKI, Amanda Helena et al. **A importância do diagnóstico precoce e das campanhas de prevenção no combate ao câncer bucal**. Revista Gestão & Saúde, Brasília, v. 14, n. 1, p.37-43, 2016.
- FERRÃO, R. G. **Metodologia científica para iniciantes em pesquisas**. Linhares, ES: Unilinhares/ Incaper, 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- LEMOS JUNIOR, Celso Augusto et al. **Câncer de boca baseado em evidências científicas**.

Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 3, n. 67, p.178-186, 2013.

LUCIO, Priscilla Suassuna Carneiro et al. **Câncer oral: caracterização da produção científica em odontologia do Brasil nos últimos cinco anos.** RFO, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 280-284, set./dez. 2012.

NEVILLE, Brad W. Patologia Epitelial. In: NEVILLE, Brad W., DAMM, Douglas D., ALLEN, Chi **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, Jamile Marinho Bezerra de et al. **Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico.** Revista Brasileira de Cancerologia. [s.i.]. v. 59, n. 2, p. 211-218, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

SALES, Hilcias Rangel de Araújo et al. **Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal.** Mudi, [s.i.], v. 20, n. 3, p.25-43, 2016.

SOARES, Tânderson Rittieri Camêlo et al. **Oral cancer knowledge and awareness among dental students.** Braz J Oral Sci. [s.i.], v. 13, n. 1, p. 28-33, jan./mar., 2014.

SOBRAL, Ana Paula Veras et al. **Correlação do Papilomavírus Humano com o Carcinoma Epidermoide Bucal: Revisão Sistemática.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v. 14, n. 2, p. 95 -102, abr./jun. 2014.

SOUSA, Bárbara Libardi de et al. **Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral.** Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 186-92, jul./set. 2016.

TORRES, Stella Vidal de Souza et al. **A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos.** Rev Soc Bras Clin Med, v. 14, n. 1, [s.i.], p. 57-62, jan./mar., 2016.

VIDAL, Aurora Karla de L et al. **Verificação do Conhecimento da População Pernambucana acerca do Câncer de Boca e dos Fatores de Risco – Brasil.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, [s.i.], v. 12, n. 3, p. 383-87, set., 2012.

VOLKWEIS, Maurício Roth et al. Perfil **Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v.14, n.2, p. 63-70, abr./jun., 2014.

Índice Remissivo

Símbolos

B-lactamase 139, 142, 144, 154

A

Abandono neonatal 157

Acompanhamento nutricional 6, 88, 91, 93

Aleitamento materno 157, 158, 159, 161, 163, 164, 165, 166, 169, 173, 206, 208, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 217

Alterações neurológicas 168, 171, 172

Amamentação 6, 160, 161, 164, 173, 175, 176, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217

Amamentação 164, 165, 206, 209

Anemia 88, 89, 92, 95

Angina instável 88

Anti-inflamatória 98, 100, 102, 107

Antioxidantes 98, 99, 100, 103, 104

Antropometria 88, 95

Aptidão física relacionados a saúde 53

Assistência à saúde 138, 172, 228, 230

Assistência odontológica 239, 243

Atenção primária 168, 169, 170, 171

Atenção primária a saúde (aps) 168

Atendimento neonatal 157

Auditoria em saúde 220, 222

B

Bacilo gram-negativo 147

Binômio mãe-filho 157, 161, 206, 214

Bioaerossóis 181, 183, 184

Biofilme 148

Biossegurança 181

Bombas de efluxo 148

C

Câncer de boca 6, 24, 25, 27, 29

Câncer oral 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Cardiopatas 53

Cárie dentária 15, 16, 242

Cateteres 229

Cateterismo 229

Células cancerígenas 98, 99, 100, 101, 107

Células mutadas 98

Cepas de e. Coli 136, 138, 139, 141, 143, 151
Comportamento sedentário 53
Condicionamento físico 55, 61, 62, 66
Condicionamento físico para grupos especiais 53, 54, 61
Constelação familiar sistêmica 189
Contraceptivos hormonais orais 41, 43
Cuidados de enfermagem 157, 225

D

Depressão pós-parto 157
Desenvolvimento neurobiológico 6, 168, 170, 171, 177
Desordens alimentares 78
Diabéticos 53, 103
Diagnóstico 24, 26, 38, 39, 199
Diarreia 111
Dieta 31, 88, 92, 94, 95, 96
Displasia cemento-óssea florida (dcof) 199, 200, 204
Doença diarreica aguda (dda) 110, 112, 113
Doença infecciosa 118, 119, 125
Doenças cardiovasculares 88
Doenças crônicas 48, 53, 82, 88, 89
Doenças crônicas não transmissíveis 53
Doenças maxilomandibulares 199
Drogas 136, 139

E

Educação em saúde 6, 15, 16, 22, 38, 96, 170, 176
Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos 42
Efeitos da punica granatum 98
Efeitos da romã 98
Elementos genéticos 147
Enfermagem 39, 42, 50, 144, 145, 155, 157, 159, 164, 165, 166, 177, 178, 179, 206, 209, 210, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 236, 237
Enfermagem em puericultura 168, 170, 171, 174, 176, 177, 178
Enfermagem para auditoria 219
Enfermeiro-comunidade 168
Envelhecimento 66, 67, 68, 75, 91, 104
Equipe de saúde 15, 19, 20, 21, 160, 235
Equipe educacional 15, 19, 20
Equipe odontológica 181, 186
Equipes nas escolas 15, 20
Escola 15, 20, 22, 23, 242
Esgotamento sanitário 110
Espectro estendido (esbl) 136, 139, 142
Exercícios físicos domiciliar 53

F

Falhas dos métodos contraceptivos 41, 43, 44, 48
Fatores de virulência 6, 136, 138, 139, 141, 146
Força e flexibilidade 66
Formação de biofilme 147, 153
Fruto punica granatum – romã 98

G

Ganho de peso do bebê 157
Gelatinase 137, 138
Gordura corporal 82, 88, 92

H

Hanseníase 118, 119, 120, 122
Hemólise 137
Hipertensos 53
Humanização da assistência 157, 159

I

Idosos 6, 39, 53, 55, 59, 64, 66, 68, 70, 71, 73, 75, 89, 90, 237
Idosos 67, 70
Imagem corporal 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87
Infecções hospitalares 136, 138, 139, 143, 149, 153, 208
Infecções relacionadas a assistência em saúde (iras) 136, 138, 149
Infecções relacionadas a cateter 6, 228, 229, 234
Infecções resistentes 148
Infecções virais 53
Influência da mídia 78, 80
Instituições de saúde 53, 54, 164
Intervenção nutricional 88, 96
Isolamento social 53, 54, 56, 61, 62

M

Massa muscular 88, 92
Meios de comunicação 78, 81, 82, 84, 85
Metástase 24, 99, 105
Método contraceptivo 41, 45
Microbiota intestinal 147
Mídia 6, 29, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 117
Movimentos corporais 66, 75
Mudanças biológicas 66, 67
Mycobacterium leprae 118, 119

N

Neonato 157, 158, 160, 163

O

Óbitos por dda em crianças 110
Óbitos por tb 123, 125, 128, 132, 133, 134
Odontologia 15, 39, 181, 182, 183, 184, 186
Organizações hospitalares 219

P

Pacientes idosos 66
Padrões de beleza e estéticos 78, 85
Pandemia da covid-19 53, 54, 56, 61, 62, 181, 182
Patogenicidade 137, 148
Patologias 15, 16, 90, 125, 201, 203
Pilates 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77
Pílula anticoncepcional oral 41
População idosa 66, 68, 75
Prática de exercício físico 53, 54
Prevenção 24, 26, 46, 50, 64, 237
Processo de amamentação 206, 209
Processo de auditoria hospitalar 6, 219, 222, 226
Promoção e proteção à saúde 168
Protocolos de biossegurança 181
Psicologia 189
Puericultura 168, 170, 178

Q

Qualidade de vida e saúde 41
Questões de imagem corporal 78

R

Reação hansênica tipo i 118, 120, 121
Reações hansênicas 118, 119
Recém-nascido (rn) 157, 159, 207
Resinas compostas 239
Resistência antimicrobiana 137, 150
Resistência aos antibióticos 140, 147
Restauração dentária permanente 239
Restaurações dentárias 6, 239, 240, 241, 243
Restaurações dentárias diretas 239, 240, 243
Risco de quedas em idosos 66
Risco nutricional 88, 92

S

Sala de parto 157, 161, 162, 163, 165, 166, 211, 216
Saneamento 91, 110, 112, 116
Saúde bucal 6, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 33, 182, 241, 242, 243

Saúde bucal nas escolas 6, 15, 20
Saúde da família 19, 49, 96, 168, 170, 171, 178, 241
Saúde da mulher 41, 43, 48, 115, 210
Saúde infantil 168, 172
Saúde pública 29, 42, 88, 89, 99, 110, 112, 118, 121, 122, 123, 125, 136, 138, 149, 151, 230, 242
Seca 111
Segurança do paciente 219, 220, 230
Serviço de auditoria 219, 221
Sistema de informação de agravos de notificação (sinan) 123
Sistema de informação de mortalidade (sim) 123
Sistema imunológico 53
Sistema único de saúde 16, 49, 126, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 169, 177, 191, 196, 215, 239, 241
Sofrimento emocional 189
Sofrimento mental 189
Suporte terapêutico 189
Surto 111

T

Terapia nutricional 88
Terapias tradicionais 189
Tipo de câncer 24, 25
Tipos de contraceptivos 41
Tomografia computadorizada de feixe cônico 199
Transtornos alimentares em adolescentes 78
Tratamento da hanseníase 118
Tratamento do câncer 24, 25, 35, 37, 98
Tuberculose (tb) 123, 189

U

Unidade de terapia intensiva 138, 228, 229, 230, 237
Uso de cateter venoso 223, 228

V

Valor calórico da dieta 88, 94



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 