

## **Câncer De Boca E Saúde Pública**

**Samara De Freitas Guimarães**

*Especializanda Em Endodontia*  
*Instituto De Odontologia Das Américas Ioa/Iop*  
Rua José Lins Do Rêgo, 920 - Palmeira, Campina Grande - Pb, 58401-145

**Adan Vieira Rômulo**

*Especialista Em Saúde Coletiva (Pós Graduação)*  
*Faculdade De Sete Lagoas - Facsete*  
R. Itália Pontelo, 50/86 - Chácara Do Paiva, Sete Lagoas - Mg, 35700-170

**Francisco Roldineli Varela Marques**

*Mestre Em Administração*  
*Universidade Federal Rural Do Semi-Árido - Ufersa*  
Av. Francisco Mota, 572 - Bairro Costa E Silva, Mossoró Rn | Cep: 59.625-900

**Flávia Juliana Dourado Paixão**

*Mestrado Em Psicologia*  
*Universidade De Fortaleza - Unifor*  
Av. Washington Soares, 1321 - Edson Queiroz, Fortaleza - Ce, 60811-905.

**Josué Moura Telles**

*Pós-Graduado Em Saúde Pública*  
*Universidade Federal Do Norte Do Tocantins (Ufnt)*  
Av. Dionísio Farias, Nº 838 – Loteamento Bairro De Fátima 77814-350, Araguaína - To, 65907-230.

**Carla Michelle Da Silva**

*Doutora Em Fitotecnica*  
*Universidade Estadual Do Piauí - Uespi*  
Br-316, Km 299, Bairro Altamira S/N, Picos - Pi, Cep: 64602-000

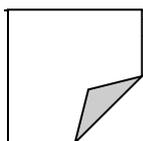
**Antônio Veimar Da Silva**

*Doutor Em Agronomia*  
*Universidade Federal Da Paraíba*  
Rodovia Pb 079, Km 12, Areia, Paraíba-Pb, Cep: 58397-000

---

### **Resumo**

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública não só mundial, mas também nacional, considerando as altas taxas de tabagismo e consumo de álcool do mundo, principais fatores relacionados a esta doença. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a importância de diagnóstico precoce e da atenção integral ao indivíduo com câncer de boca na saúde pública. A pesquisa voltada para novas perspectivas de diagnóstico precoce e análise da incidência de câncer de boca pode reduzir custos para a instituição, uma vez que pode diminuir o tempo de internação assim como o número de materiais e outros recursos usados pela instituição para a manutenção hospitalar desse paciente, bem como o custo dos profissionais de saúde necessários para se dedicar ao paciente. O presente estudo foi conduzido como uma revisão narrativa da literatura sobre o tema proposto. Foram utilizadas como fontes de pesquisa as seguintes bases de dados online: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Library of Medicine), Google Acadêmico. O câncer bucal é um problema de saúde pública que requer uma resposta dos serviços odontológicos. É uma das patologias com grande impacto na qualidade de vida das pessoas, uma vez que é afetada pelo tipo de tratamento que recebem. No combate às doenças oncológicas da cavidade oral, destaca-se a atuação dos estomatologistas e médicos de família no cumprimento das ações das



*Estratégias de Saúde da Família. Da mesma forma, deve-se aumentar a conscientização preventiva da população.*

**Palavras-Chave:** Saúde Pública. Oncologia. Câncer de Boca. Equipe Multidisciplinar.

Date of Submission: 02-04-2024

Date of Acceptance: 12-04-2024

## I. Introdução

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública não só mundial, mas também nacional, considerando as altas taxas de tabagismo e consumo de álcool do mundo, principais fatores relacionados a esta doença. Estima-se que 263.000 novos casos sejam diagnosticados a cada ano. Sua mortalidade é maior do que para outros tipos de câncer mais comumente conhecidos pela população, como por exemplo, cervical, pele e tireoide. Na região das Américas, a incidência de câncer bucal (incluindo lábio) é superior à incidência mundial (taxa de 5,9 x 100.000 habitantes), sendo maior em homens com mais de 45 anos (OPAS, 2020).

Embora tenha origem multifatorial, o tabaco é o principal fator de risco para o câncer bucal; especialistas consideram que o segundo fator de risco é o álcool. Além disso, a presença de lesões potencialmente malignas, principalmente leucoplasia; trauma crônico (dentaduras mal ajustadas, bordas dentárias afiadas, obturações defeituosas, introdução de objetos na boca, mordedura de lábio, bochecha e língua); infecções causadas pelo papilomavírus humano (HPV) sexualmente transmissível e HIV, candidíase, sepsse oral, dieta pobre em frutas e vegetais, estados de deficiência e imunossupressão, hereditariedade, radiação ultravioleta, riscos ocupacionais, estresse, entre outros (PEREA *et al.*, 2022).

Estudos de biologia molecular revelam que a soma das alterações genômicas produzidas nas células como resultado da ação de fatores intrínsecos e extrínsecos são capazes de causar malignidade. Essas alterações estão concentradas em aberrações cromossômicas, ativação de oncogenes e inibição de genes supressores de tumor. O estágio inicial do câncer oral carece de sintomas definidores em alguns pacientes. Em outros, o aparecimento de dor, desconforto, queimação, sangramento, caroços, endurecimento, manchas e ulcerações podem ser motivos de consulta (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2017).

O exame oral convencional é o melhor método de triagem e a qualidade com que é realizado é fundamental, principalmente em locais de difícil acesso. Qualquer lesão suspeita de malignidade, potencialmente maligna ou aparentemente inflamatória, que não melhore ou desapareça em duas semanas, após remoção de irritantes locais, deve ser biopsiada. As mucosas do trato aerodigestivo superior, igualmente submetidas à ação de agentes carcinogênicos, relacionados ao câncer bucal, apresentam maior risco de desenvolver novos carcinomas, daí a possibilidade de tumores primários, secundários locais e distantes sincrônicos no trato aerodigestivo. O tratamento deve ser multidisciplinar pautado na protocolização do estudo diagnóstico e plano de tratamento.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a importância de diagnóstico precoce e da atenção integral ao indivíduo com câncer de boca na saúde pública.

Os objetivos específicos são:

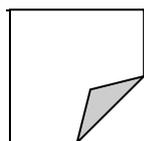
- Analisar a epidemiologia e os fatores de risco para o câncer, diagnóstico e tratamento.
- Descrever a importância da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento do câncer.
- Discutir a atuação das equipes na atenção integral ao paciente com câncer de boca.

A pesquisa voltada para novas perspectivas de diagnóstico precoce e análise da incidência de câncer de boca pode reduzir custos para a instituição, uma vez que pode diminuir o tempo de internação assim como o número de materiais e outros recursos usados pela instituição para a manutenção hospitalar desse paciente, bem como o custo dos profissionais de saúde necessários para se dedicar ao paciente. O tempo para o paciente em tratamento oncológico é fundamental na construção de resultados. Tratamentos mais rápidos são aqueles mais eficientes.

O presente estudo foi conduzido como uma revisão narrativa da literatura sobre o tema proposto. Foram utilizadas como fontes de pesquisa as seguintes bases de dados online: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (*National Library of Medicine*), Google Acadêmico, além de livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Os descritores para a busca, tanto em português quanto em inglês, foram utilizados os seguintes termos: câncer de boca, saúde pública, oncologia, equipe multidisciplinar. Além disso, nesta busca foi utilizado um filtro em relação ao período de publicação, sendo avaliados apenas os artigos dos últimos 10 anos.

## II. Desenvolvimento

O câncer é uma doença que pode surgir em diferentes regiões do corpo humano e se caracteriza pela formação de tumores malignos capazes de se multiplicar para outras regiões e levar o indivíduo à morte. Existem



dois tipos de tratamentos principais para neoplasias, eles podem ser usados como possibilidade de cura ou de forma paliativa. A quimioterapia é cada vez mais usada pela sua especificidade cada vez maior. Nos últimos anos o avanço da quimioterapia se deve por tratar neoplasias específicas, com sofisticação dos tipos de receptores corporais (MINEO *et al.*, 2013).

É possível possuir respostas metabólicas, ou locais. Contudo, os efeitos citotóxicos ainda precisam ser eliminados de tais fármacos que hoje em dia são apenas controlados com antieméticos, por exemplo. Além da quimioterapia, temos como opção de tratamento a radioterapia que, através da emissão de radiação ionizante, na região do tumor trata-o (BANDEIRA *et al.*, 2018). Esse fato, torna-a uma vantagem sobre a quimioterapia que tem seus efeitos adversos sistêmicos, o que pode gerar inúmeros sintomas desagradáveis como fadiga. Já a radioterapia tem uma potência ampla e canalizada para o local que precisa ser tratado.

A radioterapia um método invasivo, caracterizado pelo uso de radiações ionizantes nas regiões afetadas, que objetivam eliminar ou reduzir a velocidade de crescimento das células tumorais, que acabam não conseguindo se expandir para outras áreas e podem ter morte celular (CRUZ *et al.*, 2016). A radiação emitida sobre o tumor é absorvida pelo corpo passando pelo processo normal de outros fármacos, como a passagem por biotransformação, onde esses íons são metabolizados e excretados pelo fígado e rins. Nesse processo os elétrons irradiados sobre o tumor interagem com as células cancerígenas, com o objetivo de eliminá-las, induzindo apoptose, ou frear sua divisão (BANDEIRA *et al.*, 2018).

### Epidemiologia Do Câncer

O câncer é uma doença que pode acometer múltiplos órgãos do corpo humano, sendo caracterizado por modificações do DNA e exacerbada multiplicação celular podendo formar tumores malignos capazes de se multiplicar para outras regiões e levar o indivíduo à morte. Em todo o mundo, aproximadamente 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, a maioria delas em países em desenvolvimento. No ano de 2015, o câncer junto com diabetes, doenças cardiovasculares e doenças crônicas do pulmão matou cerca de 40 milhões de pessoas, aproximadamente 70% das 56 milhões de mortes (OMS, 2017).

Cerca de um em cada oito homens será diagnosticado com câncer de próstata em sua vida. O câncer de próstata é mais provável de se desenvolver em homens mais velhos e em homens negros. Cerca de 6 em cada 10 casos são diagnosticados em homens com 65 anos ou mais, e raramente ocorre em homens com menos de 40 anos, apesar do diagnóstico de câncer nessa faixa etária ter aumentado nos últimos anos. A idade média ao diagnóstico é de aproximadamente 66 anos.

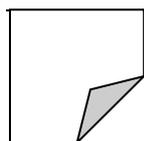
Estima-se que hoje no Brasil tenha cerca de 295 mil e 300 mil casos de câncer entre homens e mulheres, por estado; sendo os casos mais recorrentes de neoplasias o câncer de próstata que chega em 28,6% dos casos entre homens e mama feminina, que entre as mulheres atingidas por alguma neoplasia, esta chega a 28,1%. O aumento da expectativa de vida da população também estimula o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como os cânceres (INCA, 2016; OMS, 2017; LUIZAGA, OLIVEIRA & PASTORELO, 2013).

Na região sul surgem, anualmente, 74.130 novos casos de câncer em mulheres e 57.750 novos casos em homens. A região é a que possui a maior incidência de câncer do país. O Rio Grande do Sul lidera os casos de cânceres de esôfago, pele e intestino do país. A média de incidência de câncer é de 643 casos para cada 100 mil habitantes. Em 2016 a expectativa para o câncer em Porto Alegre era de 2870 novos casos. O Nordeste deverá registrar, no próximo ano, 107.180 mil novos casos de câncer. Entre os homens, são esperados 52.680 novos casos, e entre as mulheres, 54.500 (INCA, 2017). Na região Norte, estima-se 29,41 a 100 mil casos de câncer de próstata no biênio 2018/2019, o câncer de mama é o segundo tumor mais incidente com estimativa de 19,21 a 100 mil no biênio 2018/2019 (INCA, 2017).

Entre as modalidades de tratamento curativo e ou paliativo está a quimioterapia. A quimioterapia é cada vez mais usada pela sua especificidade cada vez maior. Nos últimos anos o avanço da quimioterapia se deve por tratar neoplasias específicas, com sofisticação dos tipos de receptores corporais. É possível possuir respostas metabólicas, ou locais. Contudo, os efeitos citotóxicos ainda precisam ser eliminados de tais fármacos que hoje em dia são apenas controlados com antieméticos, por exemplo (BECKER; NARDIN, 2011).

### Equipe Multidisciplinar Em Oncologia

O tratamento do câncer é um tratamento multidisciplinar. O cuidado oncológico é fundamentalmente um trabalho em equipe, no qual devem intervir diferentes unidades envolvidas no diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos (cirurgia, radioterapia, patologia, laboratórios, radiodiagnóstico, medicina preventiva e serviços especializados, farmácia hospitalar e assistência Social). Sempre que se quiser vencer um desafio, é preciso entender que o caminho não é plano e isso vai criar uma série de dificuldades ou obstáculos que terão que ser superados: o mesmo acontece com a colaboração interdisciplinar. Uma revisão identificou os seguintes elementos como aqueles que podem impedir um trabalho multidisciplinar eficaz: documentação separada; Relações de trabalho fracas - falta de consciência e apreciação das responsabilidades dos outros - tempo e recursos limitados - sobreposição de funções e duplicação de serviços; Má comunicação; falta de troca de informações;



falta de colaboração; falta de confiança nas capacidades de outras agências; aumento da carga de trabalho; falta de pessoal treinado; reorganização constante (MORAES et al., 2018).

O reconhecimento do papel específico de cada membro da equipe em ajudar e apoiar pacientes com câncer afeta fortemente a colaboração interdisciplinar; a colaboração se torna bastante difícil quando o valor dos esforços de certos membros da equipe é subestimado. Alguns autores concordam com a falta de tempo como elemento que dificulta o trabalho interdisciplinar com pacientes com câncer, visto que, por meio de entrevistas com os profissionais, detectaram queixas sobre a duração dos encontros interdisciplinares e muitos afirmaram não ter tempo para completar todas as suas atividades (inclusive mais ainda se eles estivessem trabalhando em mais de uma equipe). Os profissionais, declaram que não têm tempo dedicado em seus planos de trabalho para a preparação e comparecimento às reuniões da equipe multiprofissional, e afirmam que, protegido o tempo, os resultados serão melhores. É considerada, portanto, como falta de apoio da organização, situação que dificulta o funcionamento ideal das equipes multiprofissionais. Atitudes negativas em relação à importância da comunicação também podem ser consideradas uma barreira (XIMENES et al., 2020).

Os profissionais apreciam ter uma responsabilidade comum dentro da equipe e precisam trabalhar juntos para atender às necessidades dos pacientes ou da equipe. Muitos pensam que o enfermeiro oncológico é o núcleo da equipe e a pessoa de referência, que se encarrega do elo entre o paciente, o médico e os demais profissionais de saúde. Os resultados obtidos por Barba et al. (2017) também refletem uma atitude muito positiva dos profissionais em relação às equipes multidisciplinares. Os profissionais consideram que as equipes multiprofissionais oferecem muitos benefícios aos pacientes, principalmente no que se refere à escolha de curas e procedimentos diagnósticos, menor variabilidade clínica e maior satisfação por parte dos pacientes, além de melhorar o prognóstico ou sobrevida do paciente.

Um médico especialista, membro da equipe nuclear, deve ser nomeado chefe / coordenador da unidade multiprofissional. O responsável deve ser um profissional com experiência, capacidade organizacional e promotor de consenso clínico baseado em evidências. A unidade deve fornecer os nomes dos membros da equipe nuclear, indicando suas funções dentro da unidade. A unidade multiprofissional deve enviar um membro da equipe como representante em pelo menos dois terços das reuniões das comissões de tumores dos centros que integram a rede de atenção à saúde. Havendo reunião de equipe dedicada exclusivamente à análise de encaminhamentos, antes de discutir o tratamento do paciente oncológico, deverão ser indicados os integrantes dessa reunião diferenciada (MARQUES, 2016).

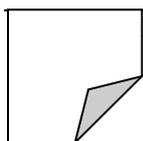
A equipe deve realizar suas reuniões periodicamente, a presença dos membros da equipe principal deve ser registrada e ter um procedimento escrito que estabeleça como lidar com referências que requerem uma decisão de planejamento de tratamento antes da próxima reunião (por exemplo, e-mail ou telefonemas entre alguns membros e discussão retrospectiva na próxima reunião agendada). A concordância da equipe deve ser registrada na história clínica do paciente e, especificamente, no estadiamento e no plano terapêutico acordado. Os membros da equipe nuclear ou seus substitutos devem comparecer a pelo menos dois terços das reuniões. Devem ser nomeados substitutos para membros da equipe nuclear (XIMENES et al., 2020).

Além de reuniões regulares para discutir pacientes individuais, a equipe deve se reunir pelo menos uma vez por ano para discutir, revisar, concordar e registrar pelo menos algumas políticas operacionais. Deve haver uma política operacional para a equipe que garanta que todos os novos pacientes com câncer sejam analisados por uma equipe multidisciplinar para discussão do plano de tratamento inicial. A unidade multiprofissional deve ter uma política que garanta que o médico responsável pelo paciente seja informado do diagnóstico antes do final do próximo dia útil (MARQUES, 2016).

Deve haver uma política operacional que garanta que um único profissional de saúde chave seja identificado dentro da equipe multiprofissional para cada paciente. A enfermeira da equipe é responsável por identificá-lo, registrando seus dados de identificação (nome e número de localização do seu telefone) na documentação do paciente. Às vezes, o profissional-chave pode ser comum à equipe multiprofissional e à equipe de cuidados paliativos (BASTOS et al., 2018).

O trabalho interdisciplinar é um desafio, pois exige um verdadeiro exercício de diálogo, consenso e aprendizagem por parte de todas as pessoas que trabalham em conjunto. Não é fácil porque uma equipe é formada por seres únicos e irrepetíveis e com uma carreira profissional diversa e heterogênea. No caso dos cuidados paliativos, a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos deve ser composta pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares, agentes da pastoral da saúde etc. Além disso, o voluntariado com treinamento é uma boa forma de criar um vínculo entre as equipes e a comunidade (MORAES et al., 2018).

A equipe de cuidados paliativos centra o seu trabalho no cuidado de pacientes com um conjunto de características assistenciais muito complexas, pelo que é necessário um nível de formação, pessoal e meios específicos devidamente preparados para responder às necessidades que irão surgir tanto nos pacientes assim como seus parentes. A fórmula básica para a organização de equipes de cuidados paliativos são equipes de apoio,



tanto em nível domiciliar quanto hospitalar, e em unidades de cuidados paliativos (unidades de internação específicas para pacientes em fase terminal e seus familiares) (MARQUES, 2016).

A unidade multiprofissional deve ter pelo menos um enfermeiro com formação avançada na atenção ao câncer. As responsabilidades de cada enfermeiro na unidade multiprofissional devem ser claramente definidas, incluindo sua contribuição para a avaliação e decisão do planejamento da assistência ao paciente nas reuniões periódicas da equipe; aconselhamento e apoio a outros membros profissionais da equipe; liderança nos aspectos relacionados ao atendimento e gerenciamento de casos; e participação nas informações do paciente. A unidade de enfermagem da unidade multiprofissional deve participar com responsabilidade na gestão do serviço e no desenvolvimento de pesquisas na área de competências de enfermagem. Pelo menos os membros da equipe que têm contato clínico direto com os pacientes seriam desejáveis se tivessem recebido treinamento avançado em habilidades de comunicação. São requisitos básicos para a unidade de assistência ao paciente oncológico (XIMENES et al., 2020; BASTOS et al., 2018):

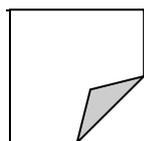
- A unidade / equipe deve proporcionar ao paciente a oportunidade de um registro permanente ou um resumo da consulta entre o paciente e o médico, que deve constar no prontuário do paciente, quando forem discutidos os seguintes aspectos: o diagnóstico; opções e plano de tratamento; e acordos relevantes durante o acompanhamento (por exemplo, alta).
- A unidade deve ter um registro permanente das consultas realizadas ao longo do processo do paciente.
- A unidade / equipe deve coletar a opinião dos pacientes atendidos (pesquisa, grupo focal, etc.). Os resultados desta opinião devem ser discutidos dentro da equipe.
- A unidade / equipe deve oferecer aos pacientes e cuidadores informações escritas que incluam portfólio de serviços para tratamento de câncer, grupos de participação de pacientes e grupos de autoajuda, serviços que oferece de caráter psicológico, social e espiritual ou cultural, se disponíveis, informações específicas sobre o tipo de câncer e suas opções de tratamento (incluindo nomes e funções / papéis da equipe), uma proposta de estratégia de acompanhamento e uma proposta de prevenção em familiares em risco.
- A unidade / equipe deve, em suas reuniões regulares, acordar com a equipe o plano de tratamento e manter um registro individual dos planos para cada paciente. O registro deve incluir a identidade dos pacientes discutidos na reunião e as decisões do plano de tratamento (modalidade (s) de tratamento: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, tratamento de suporte ou combinações deles, que são submetidos à consideração).
- A unidade / equipe deve ter um guia de prática clínica de referência para a equipe multiprofissional.
- A unidade / equipe deve ter critérios de encaminhamento de pacientes para outra equipe.
- A unidade / equipe deve concordar com o mesmo conjunto mínimo de dados com equipes multidisciplinares do mesmo local de câncer. O conjunto mínimo de dados deve incluir os dados necessários para controlar os tempos de espera, o registro do câncer (ver manual de procedimentos da rede nacional de registros tumorais hospitalares) e avaliar os resultados clínicos.
- Para cada ensaio ou estudo de investigação multidisciplinar, a equipe deve decidir aderir ou, caso contrário, justificar a sua não participação.

A configuração da área oncológica que, numa perspectiva de rede de cuidados e regionalização dos serviços, desenvolve atividades que geram sinergias, tanto multidisciplinares como específicas (oncologia médica, oncologia radiológica), pode agregar valor à rede, promovendo a unificação de protocolos e outros instrumentos de gestão clínica baseados em evidências; favorecer a educação continuada e a formação em câncer para todas as categorias profissionais; agregar experiência e informações (registros); introdução de processos de melhoria contínua da qualidade; e gerar massa crítica para o desenvolvimento e colaboração em projetos de investigação (ensaios clínicos e outros estudos devidamente concebidos) (MARQUES, 2016).

Há uma variação notável nas taxas de morbidade e mortalidade no atendimento ao paciente com câncer, quando são feitas comparações entre centros. Parte dessa variabilidade é explicada por diferenças epidemiológicas, demográficas, sociais e pela gravidade diversa dos pacientes tratados, enquanto outra parte pode ser devido a variações inaceitáveis na qualidade e segurança na prática clínica, associadas a vários fatores como o volume de atividade (cirurgião e centro), aplicação inadequada das diretrizes, adequação da técnica utilizada ou problemas logísticos ou estruturais (BASTOS et al., 2018).

A passagem de um cuidado centrado em episódios para um que garanta a continuidade do cuidado implica na superação, pelos serviços clínicos, dos limites estritos do hospital, para ingressar em uma rede articulada em torno de um processo de cuidado que garante a continuidade do cuidado e inclui o autocuidado, a casa do paciente, recursos sociais e socio-sanitários, cuidados primários e outros hospitalares (agudos ou convalescentes) e centros de saúde de complexidade variável (XIMENES et al., 2020).

Uma rede de saúde deve ter um quadro geográfico e populacional definido para cada bloco de processos; conhecer a relação e as características dos recursos que nela integram (unidades de cuidado); possuir instrumentos que garantam a continuidade do cuidado (protocolos, percursos, processos assistenciais integrados, etc.), conhecidos e utilizados pelos profissionais da rede assistencial de serviço social; integrar equipes / profissionais



de saúde em aspectos funcionais (especialmente sistemas de informação) e clínicos (gerenciamento de processos, gerenciamento de doenças) (MARQUES, 2016).

A rede de saúde deve integrar diferentes recursos (domicílio, posto de saúde, hospital local, serviços de referência, unidades de convalescença, etc.) prestando assistência ao serviço mais adequado (apoio ao domicílio, consulta, internamento diurno, internamento convencional, unidades de enfermagem, etc.) média ou longa permanência, internação domiciliar, etc.), de forma a garantir a qualidade, continuidade e integralidade do atendimento da forma mais eficiente (XIMENES et al., 2020).

O processo de diagnóstico e a combinação das diferentes terapêuticas no câncer requer a intervenção de vários serviços e mesmo de vários hospitais; O enfermeiro gestor do caso oferece, desde o atendimento multidisciplinar em oncologia, zelar pelo cumprimento do plano diagnóstico e terapêutico, bem como atender às necessidades específicas dos pacientes que ocorrem nessas fases. A relação entre a rede de atenção à saúde e o processo de atenção à saúde é especialmente aplicável às unidades multiprofissionais na área do câncer, por isso a criação dessas redes é um dos objetivos da OMS. As unidades multiprofissionais devem ser organizadas por processos e sua seleção por incidência ou por seus resultados estando sujeitos ao volume de novos casos de câncer (MARQUES, 2016).

### Câncer De Boca

O câncer bucal é um problema sério que vem aumentando em praticamente todo o mundo. É mais comum em pacientes com 50 anos ou mais e em muitos países é mais comum em homens do que em mulheres, devido a hábitos de risco ou exposição ao sol em algumas profissões. É uma doença multifatorial, na qual o tabaco e o álcool desempenham um papel muito importante, mas pode ser prevenida evitando os fatores de risco relevantes, bem como fazendo check-ups anuais ao dentista (AQUINO et al., 2018).

Cerca de 90% dos tumores malignos primários são carcinomas espinocelulares orais, sendo mais frequentes na borda lateral da língua e seu tratamento dependerá do estágio da lesão. Cessação de hábitos como tabaco e álcool, ou qualquer fator de risco que possa aumentar o risco de câncer bucal, bem como o diagnóstico precoce de lesões orais pré-cancerosas e câncer de células escamosas em estágio inicial podem facilitar o tratamento e ajudar a melhorar o prognóstico, reduzindo a mortalidade (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2017).

O termo pré-câncer refere-se às apresentações clínicas que podem ter potencial maligno para se tornar câncer. O pré-câncer oral apresenta vários aspectos clínicos que estão incluídos nas chamadas desordens potencialmente malignas, anteriormente conhecidas como lesões pré-cancerosas ou condições pré-cancerosas, que podem aumentar o risco de câncer bucal (AMORIM; DA SILVA SOUZA; ALVES, 2019).

Dentro destes, aqueles que normalmente precedem o câncer oral são a eritroplasia e a leucoplasia. Segundo a OMS, a leucoplasia é "uma mancha ou placa branca que não pode ser caracterizada como outra entidade clínica ou patológica". Surge a partir dos 40 anos e está relacionada ao tabaco, álcool ou HPV, embora também possa ser idiopática. Sua localização varia de acordo com a localização geográfica ou hábito de fumar (GOMES et al., 2018).

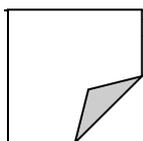
Nos países desenvolvidos, 90% das lesões aparecem na mucosa vestibular, cantos, língua ou assoalho da boca, enquanto em países como a Índia, onde o fumo é diferente ou onde se usa noz de areca, 70% das lesões aparecem no palato ou mucosa labial inferior. Os valores de transformação maligna variam de 0,13% a 17,5%.

A eritroplasia é observada com mais frequência em homens mais velhos. Clinicamente, apresenta-se como mácula vermelha ou placa aveludada. Histologicamente, observam-se características de carcinoma in situ e displasias até 85% mais graves do que na leucoplasia, embora esta última seja mais frequente, pode tornar-se maligna em 3-33% em dez anos (ANDRADE et al., 2014).

Geneticamente, não há nenhum marcador confiável para detectar o câncer oral neste momento. Foi observado que durante uma ressecção cervical os marcadores CK13, CK19 e SCCA mRNA foram positivos para câncer. De todos eles, verificou-se que a CK19 não é um marcador confiável, enquanto o mRNA do SCC parece ser um marcador muito confiável para o diagnóstico de metástases. Parece que um mecanismo promissor para detecção precoce de câncer oral e pré-câncer é o chamado mecanismo de senescência, mas mais estudos são necessários para determinar quais desses marcadores podem ser úteis na carcinogênese oral (MOURA et al., 2014).

Clinicamente, nos estágios primários, as lesões podem ser assintomáticas e muitas vezes passam despercebidas se o exame da cavidade oral for inadequado. Mas em outras ocasiões, ou em estágios mais avançados, podemos encontrar sintomas como sangramento oral, perda de dentes, dificuldade ou dor ao engolir, dificuldade em usar dentaduras, caroços no pescoço, úlceras que não cicatrizam, aparecimento de placas ou lesões de branco (leucoplasia) ou vermelho (eritroplasia), ou uma mistura de lesão branca e vermelha (eritroleucoplasia) (AMORIM; DA SILVA SOUZA; ALVES, 2019).

Com o tempo, essas lesões ulceram em sua superfície e seu crescimento muda, evoluindo para uma massa exofítica ou uma lesão endofítica. Por sua vez, os sinais que podemos observar são úlcera indolor,



endurecimento, parestesia de língua ou lábio, crescimento papilar e dificuldade de abrir a boca devido à diminuição da mobilidade dos tecidos. Suspeitemos que uma lesão pode ser câncer se persistir na boca por mais de 3 semanas (GOMES *et al.*, 2018).

O câncer oral pode afetar qualquer parte da cavidade oral, mas sua localização mais frequente é geralmente na borda lateral da língua e no assoalho da boca, embora também possa afetar outras estruturas, como orofaringe, palato mole, mucosa bucal ou lábio inferior. Observou-se que quando o paciente é fumante ou ingere álcool, as lesões são vistas principalmente na região frontal da língua, assoalho da boca, mucosa oral e alvéolos. Já as lesões do HPV aparecem mais nas regiões posteriores da cavidade oral, como base da língua, orofaringe, pilares tonsilares e amígdalas (ANDRADE *et al.*, 2014).

O primeiro passo para o diagnóstico é analisar a história clínica do paciente, para encontrar possíveis fatores de risco que possam fazer com que essa lesão se desenvolva em nível oral, por exemplo; se o paciente for fumante (o risco aumenta cinco a nove vezes mais em fumantes do que em não fumantes) ou apenas bebe (30 vezes mais chances de desenvolver câncer oral ou faríngeo) ou ambos (efeito sinérgico aumentando o risco cem vezes mais do que o normal), acompanhado de um exaustivo e bom exame clínico, tanto extra como intraoral, que requer iluminação adequada, gaze 2x2, luvas de proteção e espelhos, graças aos quais exploraremos todas as áreas da cavidade oral. Nela, toda a mucosa oral deve ser minuciosamente examinada, além de incluir a palpação dos linfonodos cervicais. Prestar atenção especial às áreas da boca que são mais propícias ao carcinoma; como lábio, assoalho da boca, bordas laterais da língua e mucosa bucal (MOURA *et al.*, 2014).

O diagnóstico precoce depende da astúcia clínica ou mesmo do próprio paciente quando ele consegue identificar uma lesão suspeita ainda em estágio inicial. Os estágios primários podem ser assintomáticos ou causar pequenas alterações, por isso é recomendado que os profissionais de saúde tenham alto índice de suspeição e saibam identificar lesões bucais pré-cancerosas. Pacientes que não visitam o dentista com frequência têm maior risco de serem diagnosticados com lesões em estágios muito avançados (AQUINO *et al.*, 2018).

De acordo com Andrade *et al.* (2014), três em cada quatro cânceres orais podem ser evitados eliminando o consumo de tabaco e álcool, reduzindo o risco de tumores secundários. A redução do hábito de betel na Ásia também ajuda na prevenção. Foi observado que o consumo de frutas e vegetais reduz o risco de sofrer de câncer bucal, o que sugere que uma dieta deficiente em antioxidantes é um fator que predispõe ao desenvolvimento de câncer e ao estado pré-câncer.

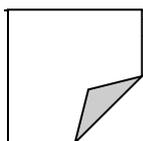
Os exames anuais pelos dentistas devem ser focados, especialmente naqueles pacientes com mais de 60 anos de idade com fatores de risco como lesões orais pré-malignas ou que consomem álcool ou tabaco. Mas isso não significa que o restante da população não deva ser exaustivamente explorado pelo seu dentista todos os anos. Embora as lesões pré-cancerosas orais sejam relativamente raras, sua importância relativa de transformação maligna pode nos ajudar a encontrar estratégias de prevenção em populações de alto risco. A educação pública também é algo necessário como prevenção (GOMES *et al.*, 2018).

As opções de tratamento para os carcinomas orais são variáveis e dependem de vários fatores como o tamanho e localização do tumor primário, o estado dos gânglios linfáticos, a presença ou ausência de metástases à distância, ou ainda a vontade do próprio paciente e a sua capacidade de tolerar tratamento. Quando um paciente apresenta carcinoma oral, a sobrevida nos estágios iniciais é de 80%, enquanto nos estágios avançados é de 35%. Para o tratamento desse tipo de câncer, deve-se tentar preservar ao máximo a estrutura saudável possível. Tanto a cirurgia quanto a radioterapia continuam sendo o padrão ouro para o tratamento dos tumores de lábio e cavidade oral, tanto isoladamente quanto em combinação com a quimioterapia em estágios avançados (AMORIM; DA SILVA SOUZA; ALVES, 2019).

Na Europa, as taxas de mortalidade por câncer de lábio e cavidade oral vêm diminuindo desde 1970. Em contrapartida, países da América Latina, como o Chile, apresentam taxas crescentes desde 1980. O Brasil seguiu essa tendência até 2002 e, depois, até 2015, apresentou estabilidade ou redução em suas taxas. Isso coincide com a implementação das políticas públicas de saúde bucal em nosso país: inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no final de 2000; regulamentação das ações das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (2001); conclusão do inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal (2003); e lançamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, 2004) (AQUINO *et al.*, 2018).

No Brasil, foram registrados 15.290 casos novos dessa doença em 2014 e 15.490 em 2015. Portanto, o Brasil foi o país com maior número de casos contribuintes na América Latina (33.925 mortes atribuídas ao câncer de boca e faringe em 2015); assim, os ganhos futuros de longevidade dependerão da adoção de políticas de saúde voltadas para o manejo das condições crônicas, o que requer estudos e análises dessas condições; no entanto, nenhum estudo investigou o perfil epidemiológico do câncer bucal na região brasileira em 2017 (PEREA; ANTUNES; PERES, 2021).

Um dos grandes desafios para os formuladores de políticas é planejar e avaliar políticas públicas de saúde que busquem a redução das iniquidades e a promoção da saúde para todos. Desde 2004, o governo brasileiro implementa a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada “Brasil Sorridente”, que afirma em suas diretrizes a necessidade de planejar e executar ações em saúde bucal, priorizando regiões e populações com maior



vulnerabilidade social, incluindo ações de prevenção e diagnosticar precocemente o câncer bucal. Houve sucesso nas medidas pró-equidade que buscavam corrigir injustiças e iniquidades em saúde bucal no Brasil com maior concentração de equipes de saúde bucal em regiões de maior vulnerabilidade social (MOURA *et al.*, 2014).

Apesar da conhecida ação do tabagismo e do álcool na etiologia dessa doença, estudos epidemiológicos têm mostrado que, mesmo após o ajuste para esses fatores de risco, ainda existe um efeito residual das condições sociais sobre o risco de câncer bucal. Assim, os achados deste estudo investigam se as condições socioeconômicas interferem no prognóstico da doença. Este estudo teve como objetivo descrever e discutir os indicadores epidemiológicos do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil, no ano de 2017, segundo dados do *Global Burden of Disease* (GBD) (PEREA; ANTUNES; PERES, 2021).

Os profissionais de saúde oral desempenham um papel fundamental na prevenção, detecção e tratamento precoce do cancro oral. Os dentistas devem realizar um exame bucal minucioso e rotineiro em todos os seus pacientes, pois é um método eficaz de detectar e diagnosticar o câncer bucal, especialmente em indivíduos de alto risco. A triagem oportunista precoce para o câncer bucal e a correspondente manutenção de registros são, portanto, parte integrante da prática odontológica e médica. A citologia com escova pode servir como adjuvante na avaliação de um estágio inicial do câncer oral. Atualmente, a biópsia cirúrgica continua sendo o melhor método diagnóstico para o câncer bucal.

### III. Considerações Finais

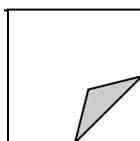
O câncer bucal é um problema de saúde pública que requer uma resposta dos serviços odontológicos. É uma das patologias com grande impacto na qualidade de vida das pessoas, uma vez que é afetada pelo tipo de tratamento que recebem. Boa parte dos pacientes sofre mutilações e perda da fisionomia facial; além disso, produz dor intensa, compromete funções como alimentação por não conseguir mastigar e engolir adequadamente, assim como falar, somado à propensão a apresentar infecções que levam a odores insuportáveis, o que atinge fortemente a autoestima dos pacientes, situação que pode ser diferencial em relação a outros tipos de câncer.

A saúde bucal é necessária para desfrutar de boa saúde e qualidade de vida. É muito importante encontrar associações de doença periodontal com diabetes, doença cardíaca, arteriosclerose, doença cerebrovascular, parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, Alzheimer, entre outras anomalias.

A organização da assistência odontológica, bem como o despertar pela causalidade e produção social da saúde bucal, com base na determinação social da saúde, a colocam no campo da saúde coletiva. Inclui ações político-sanitárias, necessárias para uma prática interprofissional que contribua para o alcance da saúde universal, com especial ênfase nos territórios locais. No combate às doenças oncológicas da cavidade oral, destaca-se a atuação dos estomatologistas e médicos de família no cumprimento das ações das Estratégias de Saúde da Família. Da mesma forma, deve-se aumentar a conscientização preventiva da população.

### Referências

- [1] Amorim, Naila Gabriela Carvalho; Da Silva Souza, Alex; Alves, Shirley Marli. Prevenção E Diagnóstico Precoce Do Câncer Bucal: Uma Revisão De Literatura. Revista Uningá, V. 56, N. 2, P. 70-84, 2019. Disponível Em: <https://Revista.Uninga.Br/Uninga/Article/Download/2197/1966>. Acesso Em: 25 De Jan. De 2024.
- [2] Andrade, Silmara Nunes Et Al. Câncer De Boca: Avaliação Do Conhecimento E Conduta Dos Dentistas Na Atenção Primária À Saúde. Revista Brasileira De Odontologia, V. 71, N. 1, P. 42, 2014. Disponível Em: <http://Revista.Aboj.Org.Br/Index.Php/Rbo/Article/Viewfile/489/402>. Acesso Em: 25 De Jan. De 2024.
- [3] Aquino, Rodrigo Cesar Abreu De Et Al. Acesso E Itinerário Terapêutico Aos Serviços De Saúde Nos Casos De Óbitos Por Câncer De Boca. Revista Cefac, V. 20, P. 595-603, 2018. Disponível Em: <https://Www.Scielo.Br/J/Rcefac/A/6tpqwbrfshlfbkzqhjybw/?Lang=Pt&Format=Html>. Acesso Em: 28 De Jan. De 2024.
- [4] Bandeira, Railan Raésyo Teixeira Et Al. A Radiologia No Tratamento Do Câncer De Pulmão De Pequenas Células: Uma Revisão Integrativa Da Literatura. Trabalho De Conclusão De Curso Apresentado Ao Instituto Federal De Educação, Ciência E Tecnologia Do Piauí. Piauí. 2018. Disponível Em: [https://Arquivos.Cruzeirosdueducacional.Edu.Br/Principal/Old/Revista\\_Odontologia/Pdf/Janeiro\\_Abril\\_2014/Odonto\\_26\\_2014.Pdf#Page=46](https://Arquivos.Cruzeirosdueducacional.Edu.Br/Principal/Old/Revista_Odontologia/Pdf/Janeiro_Abril_2014/Odonto_26_2014.Pdf#Page=46) Acesso Em: 25 De Jan. De 2024.
- [5] Barba, Patrícia Dalla Et Al. Demandas De Cuidados De Pacientes Oncológicos Estomizados Assistidos Na Atenção Primária À Saúde. Rev. Enferm. Ufpe On Line, P. 3122-3129, 2017. Disponível Em: <https://Pesquisa.Bvsalud.Org/Portal/Resource/Pt/Bde-32536> Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [6] Bastos, Bárbara Rafaela Et Al. Perfil Sociodemográfico Dos Pacientes Em Cuidados Paliativos Em Um Hospital De Referência Em Oncologia Do Estado Do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica De Saúde, V. 9, N. 2, P. 31-36, 2018. Disponível Em: [http://Scielo.Iec.Gov.Br/Scielo.Php?Pid=S2176-62232018000200031&Script=Sci\\_Arttext](http://Scielo.Iec.Gov.Br/Scielo.Php?Pid=S2176-62232018000200031&Script=Sci_Arttext) Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [7] Becker, J.; Nardin, J. M. Utilização De Antieméticos No Tratamento Antineoplásico De Pacientes Oncológicos. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo V.2 N.3 18-22 Set./Dez. 2011. Disponível Em: <http://Www.Sbrafh.Org.Br/Rbfhss/Public/Artigos/Rbfhssv2n3%20artigo03.Pdf>. Acesso Em: 25 De Jan. De 2024.
- [8] Brasil. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer. Estimativa 2018: Incidência De Câncer No Brasil. Rio De Janeiro, Rj, 2018. Disponível Em: <http://Www.Inca.Gov.Br/Estimativa/2018/Estimativa-2018.Pdf>. Acesso Em: 25 De Jan. De 2024.
- [9] Brasil. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer. Mortalidade Proporcional Não Ajustada Por Câncer, Brasil Ou Região, Homens, Mulheres Ou Homens E Mulheres, Grupocid E Por Ano Ou Período Selecionado. Rio De Janeiro, Rj, 2015. Disponível Em: <https://Mortalidade.Inca.Gov.Br/Mortalidadeweb/Pages/Modelo01/Consultar.Xhtml> . Acesso Em: 14 Fev. 2022.



- [10] Brasil. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer. Programa Nacional De Controle Do Câncer Da Próstata: Documento De Consenso. Rio De Janeiro, Rj, 2002. Disponível Em: <[Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Cancer\\_Da\\_Prostata.Pdf](http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Cancer_Da_Prostata.Pdf)>. Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [11] Cruz, Flávia Oliveira De Almeida Marques Et Al. Validação De Manual Educativo Para Pacientes Com Câncer De Cabeça E Pescoço Submetidos À Radioterapia. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, V. 24, 2016. Disponível Em: [Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Pid=S0104-11692016000100337&Script=Sci\\_Arttext&Tlng=Pt](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Pid=S0104-11692016000100337&Script=Sci_Arttext&Tlng=Pt) Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [12] Domingos, Patricia Aleixo Dos Santos; Passalacqua, Maria Livia Da Costa; Oliveira, Ana Luísa Botta Martins De. Câncer Bucal: Um Problema De Saúde Pública. *Revista De Odontologia Da Universidade Cidade De São Paulo*, V. 26, N. 1, P. 46-52, 2017. Disponível Em: [Https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2018.V52/10/Pt/](https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2018.V52/10/Pt/) Acesso Em: 08 De Dez. De 2022.
- [13] Gil, A. C. Como Elaborar Projetos De Pesquisa. 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- [14] Gomes, Luciana Carneiro Et Al. Revisão De Literatura: Câncer De Boca-Diagnóstico E Fatores De Riscos Associados. *Rev Interdisciplinar Em Saúde*, V. 5, N. 4, P. 655-70, 2018. Disponível Em: [Http://Www.Interdisciplinaresaude.Com.Br/Volume\\_20/Trabalho\\_03.Pdf](http://Www.Interdisciplinaresaude.Com.Br/Volume_20/Trabalho_03.Pdf). Acesso Em: 08 De Abr. De 2023.
- [15] Marques, P. A. C. Pacientes Com Câncer Em Tratamento Ambulatorial Em Um Hospital Privado: Atitudes Frente À Terapia Com Antineoplásicos Oraís E Lócus De Controle De Saúde. Dissertação De Mestrado, Escola De Enfermagem Da Universidade De São Paulo. São Paulo. 2006.
- [16] Morais, Gabriella Bento Et Al. A Valia Do Vínculo Na Relação Equipe Multidisciplinar-Paciente Oncológico Para A Continuidade Do Cuidado: Uma Revisão Integrativa. *Revista Saúde & Ciência Online*, V. 7, N. 2, P. 114-124, 2018. Disponível Em: [Https://Rsc.Revistas.Ufcg.Edu.Br/Index.Php/Rsc/Article/Download/100/96](https://Rsc.Revistas.Ufcg.Edu.Br/Index.Php/Rsc/Article/Download/100/96) Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [17] Moura, Luana Kelle Batista Et Al. Integrative Review On Oral Cancer. *Revista De Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, V. 6, N. 5, P. 164-175, 2014. Disponível Em: [Http://Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/Download/4516/Pdf\\_1511](http://Seer.Unirio.Br/Index.Php/Cuidadofundamental/Article/Download/4516/Pdf_1511) Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [18] Nascimento, L. K. A. S. Et Al. Sistematização Da Assistência De Enfermagem A Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, V. 33, N. 1, P. 177-185, 2012. Disponível Em: [Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rgenf/V33n1/A23v33n1.Pdf](http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rgenf/V33n1/A23v33n1.Pdf). Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.
- [19] Perea, Lillia Magali Estrada Et Al. Tendência De Mortalidade Por Câncer De Boca E Faringe No Brasil No Período 2002-2013. *Revista De Saúde Pública*, V. 52, P. 10, 2018. Disponível Em: [Https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2018.V52/10/Pt/](https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2018.V52/10/Pt/) Acesso Em: 08 De Dez. De 2022.
- [20] Perea, Lillia Magali Estrada; Antunes, José Leopoldo Ferreira; Peres, Marco Aurelio. Mortalidade Por Câncer De Boca E Orofaringe: Efeito Idade-Período-Coorte, Brasil, 1983–2017. *Revista De Saúde Pública*, V. 55, P. 72, 2021. Disponível Em: [Https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2021.V55/72/Pt/](https://Www.Scielosp.Org/Article/Rsp/2021.V55/72/Pt/). Acesso Em 08 De Abr. De 2023.
- [21] Pereira, E. F.; Texeira, C. S.; Santos, A. Qualidade De Vida: Abordagens, Conceitos E Avaliação. *Revista Brasileira Educação Física Esporte*, São Paulo, V. 26, N. 2, P. 241-250, 2012. Disponível Em: <[Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rbefe/V26n2/07.Pdf](http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rbefe/V26n2/07.Pdf)> . Acesso Em: 05 Jan. De 2024.
- [22] Quijada, P. D. S. Et Al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer De Próstata. *Revista Cuidarte*, São Paulo, V. 8, N. 3, P. 1826-1838, 2017. Disponível Em: [Http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Cuid/V8n3/2216-0973-Cuid-08-03-1826.Pdf](http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Cuid/V8n3/2216-0973-Cuid-08-03-1826.Pdf). Acesso Em: 08 Jan. De 2024.
- [23] Santos, H. Et Al. Atribuições Do Farmacêutico Em Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Oncologia. *Rev. Infarma – Ciências Farmacêuticas*; V. 25 (1), 2013. Disponível Em: [Http://Revistas.Cff.Org.Br/?Journal=Infarma&Page=Article&Op=View&Path%5b%5d=438](http://Revistas.Cff.Org.Br/?Journal=Infarma&Page=Article&Op=View&Path%5b%5d=438). Acesso Em: Jan. De 2024.
- [24] Ximenes, Vitória De Souza Et Al. Sistematização Da Assistência Multidisciplinar Ao Paciente Em Unidade Oncológica De Manaus: Um Relato De Experiência. *Brazilian Journal Of Health Review*, V. 3, N. 4, P. 9762-9770, 2020. Disponível Em: [Https://Www.Brazilianjournals.Com/Index.Php/Bjhr/Article/Viewfile/14329/11930](https://Www.Brazilianjournals.Com/Index.Php/Bjhr/Article/Viewfile/14329/11930) Acesso Em: 20 De Jan. De 2024.

