

ANAIS DO I CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA

Realização:



Faculdade Santo Agostinho- Fasa

Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

Faculdade Integrada de Saúde Ibituruna

Universidade Estadual de Montes Claros

Apoio:



**MONTES CLAROS
2017**

Diego Andreazzi Duarte
Diretor da Revista Acervo Saúde

Juliana Andrade Pereira
**Coordenadora Científica do I congresso
Multiprofissional de oncologia e supervisora editorial**

João Pedro Paulino Ruas
**Presidente do I Congresso Multiprofissional
De Oncologia**

Rahyan de Carvalho Alves
**Coordenador de Extensão das
Faculdades Santo Agostinho**

Antônio Prates Caldeira
**Coordenador do Curso de Medicina
Das FIP-MOC**

COMISSÃO CIENTIFICA

- Juliana Andrade Pereira;
- Henrique Nunes Pereira;
- Simone Ferreira Lima;
- Jacqueline Pereira Fagundes;
- Valdinei Ferreira de Jesus;
- Adriana Aparecida Costa Silva;
- Rosana Franciely Barbosa;
- Saulo Borges Prates;
- Roberto Ambrosio Freitas Mendes;
- Maykon Martins Cardoso;
- Luciana Nascimento Fonseca;
- Bruno Porto Soares;
- Dr. Marco Tulio Brazão;
- Dilma da Mata Borges;
- Ivan Klebe Dantas Cardoso.

Lista de Acadêmicos Organizadores das Fasa, Funorte, Fasi e Unimontes

- Ana Kelly Alves de Queiroz;
- Albert Emanuel Almeida Monção;
- Carla Dayane Durães Abreu;
- Darliane Soares Silva;
- Diana Carla Teixeira;
- Fylipe Guimarães Barbosa;
- Hanna Thaynara Alves Teixeira Magalhães;
- Henrique Nunes Pereira Oliva;
- Jaqueline Rodrigues Ferreira Santos;
- João Lucas Lopes Alves;
- João Pedro Paulino Ruas;
- Julieny da Cruz Santos;
- Larissa Fernandes Aquino;
- Luara Evangelista Santana;
- Lucas Mendes Nobre;
- Luiz Felipe Lopes;
- Simone Ferreira Lima Prates;
- Thaís Mendes Colares Maurício;
- Thaís Santos Neves;
- Thaynara Fernandes da Silva;
- Valdinei Ferreira de Jesus.

Organizado dos Anais

- Juliana Andrade Pereira;
- João Pedro Paulino Ruas;
- Lucas Mendes Nobre.

APRESENTAÇÃO

Apresentamos os Anais do I Congresso Multiprofissional de Oncologia, compostos por resumos simples e expandidos apresentados pelos pesquisadores, acadêmicos e profissionais, no evento que aconteceu nos dias 02, 03 e 04 de Junho de 2017, realizado pela Faculdade Santo Agostinho, auditório da mesma, com apoio das demais Faculdades da Cidade sendo a Universidade Estadual de Montes Claros, Faculdades Unidas do Norte de Minas, Faculdade de Saúde Ibituruna, Faculdades Integras Pitágoras e da Revista Acervo em Saúde em Montes Claros.

O evento foi realizado em três dias, sendo no dia dois de junho de 2017 os minicursos com as temáticas: de **Câncer de pele** ministrado pela Dra. Manoelly Lima Souza, **O papel do Biomédico na oncologia e interpretação de exames**- Ministrado por Bruno Porto Soares, **Laserterapia em paciente sobre tratamento oncológico**- Ministrado Dr. André Luiz Sena Guimarães, **Fadiga por compaixão em profissional do setor oncológico**- Ministrado pelo Mestre Henrique Andrade Barbosa.

No dia três de junho foi realizado as palestras no evento, dividido em dois turnos matutino e vespertino e a noite teve o coquetel de abertura. Palestra de abertura foi ministrada pela Dra. Priscila Bernardina Miranda como o tema: **Comunicação de más notícias, finitude e fé**, Francis Balduino Guimarães – tema: **Tratamento cirúrgico de câncer de boca**, Christiane Athayde Santos – tema: **Importância da fisioterapia oncológica no tratamento do câncer**, Ted Nobre Evangelista- tema: **Psico- Oncologia** e no turno da tarde Dra. Eliana Cavacami – tema **Diagnóstico de câncer infantil**, Dr. Marco Tulio Brazão – tema: **Diagnóstico de lesões orais e prevenção de câncer de boca**, Mauro Sérgio Viera Machado – tema: **Hipnose no tratamento oncológico**, Claudio Henrique Rebello Gomes- tema: **Cuidados paliativos: Estratégia em domicílio para se manter o paciente em casa, Depoimento de uma Mãe** (Daniela Ribeiro Trindade) **Filha em tratamento** (Marcela Ribeiro).Após a programação o coquetel de abertura para os palestrantes e congressista.

No dia quatro o evento começou com as apresentações dos trabalhos em pôster e após começou as apresentações dos cinco melhores trabalhos em modalidade oral. Os avaliadores em pôster foram Henrique Nunes Pereira, Simone Ferreira Lima Prates, Jacqueline Pereira Fagundes, Valdinei Ferreira de Jesus, Adriana Aparecida

Costa Silva, Rosana Franciely Barbosa, Saulo Borges Prates, Roberto Ambrosio Freitas Mendes, Maykon Cardoso, Luciana Nascimento Fonseca, e os avaliadores na modalidade oral Juliana Andrade Pereira, Bruno Porto Soares, Dr. Marco Tulio Brazão e Dilma da Mata Borges. Após as apresentações começou as palestras. As primeiras palestras do domingo tiveram como Tema **Cuidado de enfermagem ao paciente oncológico** – Ministrado por Dilma da Mata Borges, **A inversão de papéis – de Fisioterapeuta para paciente-** Camila Porto Carvalho, **Atuação do profissional na melhoria da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos-** Paula Karoline Soares, após o encerramento com os prêmios dos melhores trabalho e sorteio de brindes para os congressistas.

Esses Anais já podem ser considerados um relevante avanço no rol das publicações que visam coletivizar discussões sobre as mais variadas problemáticas voltas para a temática oncológica enfrentadas por pesquisadores e acadêmicos de diversos cursos da área da saúde.

Os resumos simples e expandidos que compõem esses Anais são produções científicas de alta qualidade e apresentam as pesquisas em quaisquer das fases em desenvolvimento, de modo que posteriormente possam ser aperfeiçoadas e, quiçá, serem transformadas em trabalhos completos a serem publicados em revistas de alta qualidade e credibilidade acadêmica.

Esses Anais estão compostos por um conjunto de estudos que representam o debate nacional cumprindo uma dupla função, seja para livre circulação da informação, seja como objeto de consulta para nortear o desenvolvimento futuro de novos trabalhos. É com este propósito que nos orgulhamos de trazer ao público uma publicação científica e pluralista que, seguramente, contribuirá para que os pesquisadores de todo o Brasil reflita e aprimore suas práticas de pesquisa na área da Oncologia e afins.

Prof. Esp. Juliana Andrade Pereira
Presidente da Comissão Científica e
Presidente da Comissão Organizadora

Acadêmicos de Medicina: João Pedro Paulino Ruas
Lucas Mendes Nobre
Presidentes da Comissão Organizadora dos acadêmicos
Presidente da Comissão Científica dos acadêmicos

SUMÁRIO

1. Alimentos que previnem o câncer.....	09
2. Alterações bucais pré-malignas e malignas em boca associadas à radiação solar: série de casos.....	11
3. Atuação fonoaudiologia na reabilitação do câncer de laringe.....	15
4. Análise epidemiológica e hospitalar do câncer de mama em Minas Gerais.....	17
5. Aplicação de glutamina em pacientes oncológicos.....	19
6. A correlação de hábitos alimentares inadequado no surgimento câncer gástrico.....	21
7. Ação adjuvante do ácido gálico sobre o efeito terapêutico da radiação ionizante no carcinoma epidermóide de boca.....	23
8. Ácido gálico modula o comportamento e expressão gênica de células do carcinoma epidermóide de boca por interferir na sinalização da leptina.....	25
9. Aflatoxina B1 presentes nos alimentos e carcinoma hepático em humanos	27
10. A participação dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família na prevenção do câncer de colo de útero	30
11. Avaliação do perfil de pacientes atendidos em uma unidade de alta complexidade em oncologia do norte de minas	32
11. Benefícios do brinquedo terapêutico no cotidiano de crianças em tratamento oncológico: Uma Revisão de Literatura	36
12. Carcinoma adenoide cístico: Relato de Caso.....	38
13. Câncer gástrico: epidemiologia, fatores predisponentes e desencadeantes.....	42
14. Câncer de Laringe: Uma Revisão de Literatura.....	44
15. Câncer de mama: Análise epidemiológica e suas repercussões.....	46
16. Caracterização dos portadores de câncer de boca: Uma Revisão Integrativa da Literatura.....	48
17. Caracterização das micotoxinas e sua relação com o câncer.....	50
18. Dieta cetogênica como terapia adjuvante ao tratamento do câncer	53
19. Desenvolvimento dos fatores de risco câncer de mama: Uma Revisão de Literatura.....	56

20. Espectro das displasias epiteliais na leucoplasia bucal: Uma doença potencialmente maligna.....	58
21. Epidemiologia do câncer de laringe: Uma revisão de literatura.....	62
22. Fatores de risco para câncer de pele: Uma Revisão de Literatura.....	64
23. Impacto emocional do diagnóstico de câncer.....	66
24. Importância do zinco em pacientes oncológicos	69
25. Importância da alimentação saudável na prevenção de câncer.....	71
26. Influência do consumo dos alimentos industrializados e a interação com as substâncias cancerígenas.....	73
27. Linfoma de burkitt: relato de caso.....	76
28. Metástase para cavidade oral: relato de dois casos.....	78
29. Neoplasias em crianças e adolescentes: uma análise em âmbito nacional.....	80
30. Pacientes oncológicos no Brasil: incidência e estado nutricional.....	82
31. Perfil das pacientes diagnosticadas pela patologia de câncer de útero e colo do útero.....	85
32. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil.....	87
33. Prevalência de desnutrição em pacientes submetidos a tratamentos oncológicos.....	89
34. Rabdomyossarcoma: uma revisão de literatura.....	91
35. Região perilabial com uso de aparelhointraoral radioprotetor.....	93
36. Sinais da cancerização de campo: carcinomas e leucoplasia em regiões distintas do mesmo paciente.....	94
37. Tendência da mortalidade por câncer de pulmão e câncer colorretal em pacientes jovens.....	97
38. Tratamento de pacientes com complicações bucais da radioterapia e quimioterapia: revisão de literatura.....	99

RESUMO

ALIMENTOS QUE PREVINEM O CÂNCER

Letícia Josyane Ferreira Soares¹, Jéssica Cristine Dias Acácio², Aline Lopes Nascimento², Ana Cristina Santos Costa², Rodrigo Pereira Prates³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

²Acadêmicas de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

³Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFMG.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autora para correspondência:

Letícia Josyane Ferreira Soares.

E-mail: leticiasoes.nutricionista@yahoo.com.br

Telefone: (38) 9 9921-1596

RESUMO

Introdução: De acordo com uma definição mais moderna e completa, a quimioprevenção inclui o uso de agentes naturais ou farmacológicos para suprimir, interromper ou inverter a carcinogênese nas suas fases iniciais ⁽¹⁾. Atualmente, a alimentação e nutrição têm um importante papel na ação preventiva ou como fator de risco para o câncer ⁽²⁾. **Objetivo:** Descrever os alimentos considerados quimiopreventivos e o seu papel na carcinogênese. **Material e métodos:** Para o levantamento dessa pesquisa foram analisados artigos na íntegra do idioma português e inglês, foram utilizados como meio de pesquisa a biblioteca virtual de saúde (BVS) as bases científicas SCIELO (Scientific Electronic Library) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Foi abordados um total de 10 artigos, mas para análise e discussão foram usados 7. Para a busca e seleção dos artigos usaram as palavras chaves: Quimioprevenção. Câncer. Neoplasias colorretais. **Resultados e discussão:** A quimioprevenção se deve a utilização de alimentos como forma de diminuir os fatores de risco ⁽³⁾. O alto consumo de gorduras, carnes vermelhas, álcool e a obesidade estão associados ao aumento de risco do Câncer colorretal (CCR). Por outro lado, verduras, frutas, ácidos fólico e fibras estão relacionados frequentemente a um risco diminuído ⁽⁴⁾. Entretanto, foi visto que esse consumo deve se limitar ao uso na dieta normal, e não na sua suplementação ⁽⁵⁾. Estudos epidemiológicos e clínicos sugerem que uma dieta rica nos alimentos citados anteriormente exerça um papel protetor contra o desenvolvimento do CCR. A eliminação dos agentes cancerígenos, ou a diminuição da exposição a eles, podem reduzir o risco ao câncer ⁽⁴⁾. Mas para que isso ocorra, é fundamental ter a identificação completa dos fatores de risco, pois dessa forma, a prevenção primária será mais fácil de ser implementada. Estima-se que mais de dois terços dos cânceres, poderiam ser prevenidos através de melhores estilos de vida ⁽⁵⁾. Foi examinada a associação entre o consumo de frutas e vegetais e a prevalência e incidência de adenomas do cólon distal e reto. Foram utilizados dados de 34.467 mulheres no Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se submeteram a colonoscopia ou sigmoidoscopia durante o acompanhamento. Essas mulheres responderam um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo, no qual demonstrou que 1.720 mulheres apresentavam maiores riscos de desenvolverem CCR. O estudo mostrou que as mulheres que tinham um maior consumo de frutas e vegetais tinham menores riscos de desenvolver o CCR, o que foi inversamente às que tinham um consumo menor desses alimentos ⁽⁶⁾. **Conclusão:** O

desenvolvimento da maioria dos cânceres resulta de interações entre fatores ambientais e endógenos, sendo o mais importante e notável o fator dieta. O alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixes, o baixo consumo de carnes vermelhas e processadas, e de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física estão associados a um baixo risco de desenvolvimento de câncer colorretal.

Palavras-chave: Quimioprevenção. Câncer. Neoplasias colorretais

Referências

1. Prawan, A. *et al.* Application of Pharmacogenomics to Dietary Cancer Chemo prevention. *Current Pharmacogenomics*. 5:190-200, 2007.
2. American Institute For Cancer Research Fund. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington. United States of America by RR Donnelly. 2007.
3. Sant'ana, L.S. Mecanismos bioquímicos envolvidos na digestão, absorção e metabolismo dos ácidos graxos ômega. Fortaleza, *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 17, n.004, p. 211-216, 2004.
4. Dray, X. *et al.* Influence of dietary factors on colorectal cancer survival. *Gut*. Paris, v. 52, p.868-873, 2003.
5. Zandonai, A.P. *et al.* Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. São Paulo, *Revista da escola de enfermagem da USP*. v. 46, n. 1, 2012.
6. Michels, K.B. *et al.* Fruit and vegetable consumption and colorectal adenomas in the nurses' health study. *Cancer Research*, v. 66, n. 7, p. 3942-3952, 2008.

ALTERAÇÕES BUCAIS PRÉ-MALIGNAS E MALIGNAS EM BOCA ASSOCIADAS À RADIAÇÃO SOLAR: SÉRIE DE CASOS

Natália Oberhofer Nascimento¹; Laura Adriana Maia Gean²; Maisson Santhiago Soares Costa³; Tiago Novaes Pinheiro⁴; Vilma Melo⁴; Marco Túlio Brazão Silva⁵

¹ Graduanda de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

² Graduanda de Odontologia da Universidade Estadual do Amazonas – UEA

³ Residente no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Unimontes

⁴ Professores do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Amazonas – UEA

⁵ Professor do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Autor para correspondência:
Marco Túlio Brazão Silva
E-mail: marcotullio@gmail.com
Telefone: (38) 3229-8284

RESUMO

Introdução: A queilite actínica (QA), ou queilose actínica, é um adoença potencialmente maligna causado pela exposição prolongada e diária aos raios ultravioleta que acomete principalmente o vermelhão do lábio inferior, sobretudo de indivíduos do sexo masculino de pele clara com mais de 40 anos. Clinicamente, pode ser verificada a perda da nitidez do limite entre o vermelhão do lábio e a pele adjacente a ele, com atrofia e perda da elasticidade natural do lábio. O diagnóstico é principalmente clínico e histopatológico, sendo recomendada biópsia para os casos em que há formação de placas, rugosidades e crostas associadas. A finalidade do tratamento da QA é evitar a evolução da lesão para um carcinoma de células escamosas de lábio (CCEL), sendo estimado que 95% dessas neoplasias originem-se de uma QA. **Objetivo:** Este trabalho tem objetivo de apresentar uma série de casos onde a QA estava presente, um diagnosticado clinicamente, outro com biópsia de leucoplasia associada à QA e um terceiro de CCEL associado à QA. Serão apresentadas características clínicas e histopatológicas dos casos. **Material e métodos:** O presente trabalho trata-se de um relato de série de três casos clínicos com discussão a ser apresentada com base em revisão de literatura, desenvolvida a partir de buscas nas bases de dados: Medline, Sciello, relacionada ao tema “Queilite actínica”. **Conclusão:** A QA é uma doença potencialmente maligna que pode ser diagnosticada clinicamente, com o cuidado de biopsiar regiões “suspeitas” pela possibilidade de um CCEL. Tal informação deve ser ampliada na comunidade Odontológica e dentre os profissionais de saúde e a população, para possibilitar a prevenção e o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Queilite. Carcinoma de células escamosas. Doenças da boca.

Introdução:

A exposição à radiação solar sem o uso de protetores, como chapéus, bonés e protetores solares e labiais, pode acarretar alterações labiais malignas ou pré-malignas sendo a queilite actínica (QA) a alteração mais comum, que poderá então avançar para formação de um carcinoma de células escamosas de lábio (CCEL)¹. A QA é uma doença potencialmente maligna acompanhada de um processo inflamatório que é causada pela exposição prolongada

e diária aos raios ultravioleta, que por sua vez incidem com maior agressividade no vermelhão do lábio inferior, total ou parcialmente, sobretudo de indivíduos do sexo masculino de pele clara com mais de 40 anos².

Clinicamente, é observada a perda de coloração da semimucosa, com mancha hiperqueratótica e áreas irregulares de eritema, podendo estar presentes áreas de descamação persistente, sensação de secura, sangramento, úlceras e áreas leucoplásicas. Pode ser verificada a perda da nitidez do limite entre o vermelhão do lábio e a pele adjacente a ele, com atrofia e perda da elasticidade natural do lábio³. Com a progressão da lesão, pode ser desenvolvida ulceração crônica que permanece por meses e frequentemente sugere progressão para CCEL⁴. As características clínicas do CCEL são variáveis, mas caracteriza-se na maioria das vezes pela presença de úlcera, de base endurecida, rígida, exsudativa e com crosta⁵.

O diagnóstico da QA é principalmente clínico, sendo o histopatológico necessário para os casos em que há mudança expressiva na textura do lábio e na espessura da semimucosa e ulceração⁵. No exame histopatológico são encontradas características de hiperqueratose, acantose e elastose solar, além de vasos sanguíneos hiperêmicos e inflamação crônica. Pode haver presença de atipia dos queratócitos que caracterize uma displasia epitelial, fator que está relacionado com o potencial de desenvolvimento do CCEL^{5,6}.

A finalidade do tratamento da QA é evitar a evolução da lesão pré-maligna para um CCEL, sendo estimado que 95% dessas neoplasias originem-se de uma QA². A incidência de câncer de boca tem aumentado nos últimos anos, sendo que o carcinoma de células escamosas corresponde a mais de 90% dos casos de câncer de boca⁷. Assim, considerando a relevância clínica apresentada pela QA, este trabalho tem objetivo de apresentar uma série de casos clínicos de pacientes diagnosticados com QA, expondo suas características clínicas importantes para diagnóstico e as possibilidades de sua progressão.

Metodologia:

O presente trabalho trata-se de um relato de uma série de três casos clínicos com discussão a ser apresentada com base em revisão de literatura narrativa, desenvolvida a partir de buscas nas bases de dados: Medline, Sciello, relacionada ao tema “Queilite actínica”.

Relatos de casos:

O primeiro caso refere-se a um paciente do sexo masculino, 46 anos, feoderma e tabagista. Não apresentava alterações sistêmicas como história médica e trabalha como moto-taxista. Compareceu à clínica odontológica universitária para tratamento dos dentes e confecção de uma prótese unitária. O paciente não manifestava queixa quanto à lesão no lábio, o que foi considerado um “achado clínico”. O lábio do paciente apresentava-se edemaciado, com revestimento de aparência brilhosa, atrófica e ressecada, e com limites entre vermelhão e pele ofuscados, sem mais alterações, o que foi clinicamente suficiente para o diagnóstico de QA. O paciente recebeu orientações de filtro solar labial, uso de chapéu e redução da exposição ao sol.

O segundo caso refere-se a paciente do sexo masculino, também com 46 anos, compareceu ao posto de atendimento odontológico com queixa de úlcera na língua que não cicatrizava há 1 mês. Ao exame clínico foi observada úlcera traumática em língua, com biópsia realizada e exame histopatológico confirmando a lesão. Porém, nesta mesma consulta inicial, nota-se placa branca bem delimitada em lábio inferior, medindo 18 mm em seu maior diâmetro, assintomática e desprezada pelo paciente. O lábio apresentava-se atrófico, brilhoso, com limite entre vermelhão labial e pele difusos. Foi realizada biópsia excisional de placa branca com laudo histopatológico revelando leucoplasia com displasia leve e Queilite Actínica.

O terceiro e último caso refere-se a um paciente do sexo masculino, 63 anos, leucoderma, casado, que compareceu à clínica odontológica universitária com a queixa principal de “mancha branca no lábio”. Durante a anamnese, o paciente relatou que foi tabagista por 20 anos e que há 3 anos parou, trabalha como técnico em telecomunicação e que tem que se expor ao sol frequentemente. Ao exame clínico, foi verificada no lábio inferior, uma lesão branca e aumentada de superfície irregular, indolor e sem sangramento. Com dados característicos do paciente e informações colhidas no exame, chegou-se a hipótese de diagnóstico de CCEL e queilite actínica. O paciente foi então submetido à cirurgia de vermelhectomia, com ressecção de todo o vermelhão do lábio inferior. A peça removida foi encaminhada ao laboratório de patologia da que revelou o diagnóstico definitivo de CCEL bem diferenciado em áreas de QA com displasia moderada.

Os três relatos de caso estão em concordância com a literatura com relação ao grupo de risco, uma vez que os pacientes são todos homens acima de 40 anos e com históricos de exposição laboral ao sol. As mulheres geralmente tendem a fazer maior uso de protetores solares, fator que pode explicar a prevalência em homens¹. O caso clínico 1 demonstra uma situação comum aos pacientes portadores de QA, pois muitos não têm conhecimento da alteração ou de sua gravidade, considerando as alterações labiais características como parte do contexto de sua atividade profissional. Assim, o diagnóstico de QA geralmente é tardio, uma vez que a aparência clínica inicial não representa a gravidade da lesão³. É importante que seja feito o diagnóstico diferencial de QA para lesões como queimadura aguda pela radiação solar, ressecamento labial e lesões de herpes simples, que podem se desencadear por exposição ao sol, mas tendem a desaparecer após alguns dias. Além de outras doenças como lúpus eritematoso, líquen plano e queilites de contato, que podem apresentar características semelhantes^{3,8}. O tratamento para casos em que não haja evidências clínicas severas deve ser o encorajamento do paciente a utilizar protetores labiais e chapéus, além de controles clínicos periódicos. Já com evidências displasia epitelial intensa após exame histopatológico, o procedimento de escolha é a vermelhectomia, removendo a mucosa do vermelhão e permitindo que os tecidos alterados sejam eliminados. Caso haja evidências da formação de um CCEL o tratamento seguirá o protocolo para esta lesão². O prognóstico para pacientes com lesões de CCE labial menores que 2cm é bom, com evolução lenta e apresentando mínima taxa de metástase. O risco de lesões com metástase aumenta em proporção com a extensão da lesão, sendo considerado com alto risco em lesões acima de 6cm⁹.

Conclusão:

A QA é uma lesão pré-maligna que geralmente tem o diagnóstico tardio, uma vez que o aspecto inicial da lesão não demonstra a gravidade da alteração patológica e tem uma grande chance de evoluir para um CCEL caso não seja feito o tratamento correto. Assim, demanda um bom conhecimento dos profissionais de saúde para um diagnóstico precoce e a conscientização da população acerca dos sinais e sintomas e da necessidade de procurar auxílio profissional, principalmente para aqueles que trabalham constantemente sob o sol.

Referências:

- 1.Silva, F.D *et al.* Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. Revista Odonto Ciência, 21, 37-42; 2006.
- 2.Cintra, J.S *et al.* Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracicaba-SP. Revassoc paul cirdent. 2013; 67(2):118-21.

- 3.Vilela GR. Queiliteactínica: revisão de literatura. 2011. 28 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde da Família, UFMG, São Gonçalo do Sapucaí, 2012.
- 4.Neville, B; Damm, D.D; Allen, C.M; Bouquot, J. Patologia oral e maxilofacial. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 992p.
- 5.Vieira, R; Minicucci, E.M; Marques, M.E.A, Marques, S.A. Actiniccheilitisandsquamouscell carcinoma ofthelip: clinical, histopathologicalandimmunogeneticaspects. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2012 Feb; 87(1): 105-114.
- 6.Arnaud, R.R *et al* Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. Rev. odontol. UNESP. 43(6): 384-389; Dec, 2014.
- 8.Dedivitis, R.A *et al*. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 70(1): 35-40; Jan, 2004.
- 9.Domaneschi, C *et al* .O QueilíteActínica. *RGO*, 51, 2. 2003.
- 10.Abreu, M.A.M.M *et al*. Carcinoma espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. Rev.Bras otorrinolaringol, 70(6), 765-70; 2004.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA REABILITAÇÃO DO CÂNCER DE LARINGE

Ângela Christine Lourenço¹; Joyce ElenMurça de Souza²; Gabriella Aparecida de Almeida Rodrigues³; GeisianeMurça Marques⁴

1- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Especialista em Audiologia pelo CEFAC (2013).

2- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília (2015).

3- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Pós-graduanda em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente.

4- Psicóloga, Faculdades Integradas Pitágoras (2014).

Autor para correspondência:

Ângela Christine Lourenço

E-mail: angelalourenco.fono@hotmail.com

Telefone: (038) 99129-8783.

RESUMO

Introdução: A laringe é o órgão fonador, porém sua proximidade anatômica, comum a outras estruturas do aparelho mastigatório e sistema digestório, faz com que o câncer laríngeo, afete não só a laringe em si, mas as estruturas circunvizinhas ¹. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a produção bibliográfica científica sobre o câncer de laringe, bem como divulgar a atuação fonoaudiológica. **Revisão de literatura:** O Brasil apresenta alta incidência de tumores malignos da laringe, sendo o segundo mais frequente do trato aerodigestivo superior.²A ocorrência pode se dar em uma das três porções em que se divide o órgão: laringe supraglótica, glote e subglote. O tabaco é considerado o mais importante fator etiológico no câncer da laringe. O consumo de bebidas alcoólicas também contribui para o desenvolvimento dessas neoplasias. Outros fatores etiológicos associados são o papiloma vírus humano (HPV), as hipovitaminoses, e o refluxo gastro-esofageano.³Os sintomas estão diretamente ligados à localização da lesão. A dor de garganta sugere tumor supraglótico, e rouquidão indica tumor glótico ou subglótico. O câncer supraglótico geralmente é acompanhado de outros sinais, como alteração na qualidade da voz, disfagia leve e sensação de "caroço" na garganta. Nas lesões avançadas das cordas vocais, podem ocorrer rouquidão, dor, disfagia e dispnéia.²O tratamento do câncer de laringe depende da localização e a extensão, ele pode ser tratado com cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Dentre os serviços especializados, o atendimento fonoaudiológico é uma das opções de tratamento reabilitador. O fonoaudiólogo deve direcionar esforços para contribuir no processo de recuperação, minimizando os danos causados pela doença.⁴Mesmo em pacientes submetidos à laringectomia total é possível a reabilitação vocal por meio da voz esofágica, de próteses fonatórias traqueo-esofageanas e o uso de eletrolaringe.⁵O acompanhamento fonoaudiológico é realizado desde a fase pré-cirúrgica, fundamentado na orientação. Informações sobre algumas medidas vocais e deglutição são registradas para comparação no pós-operatório.⁴

Estabelecer estratégias informativas para promoção da saúde e prevenção de novos casos de câncer de laringe também constitui campo de trabalho do fonoaudiólogo, podendo este profissional contribuir para redução das altas taxas.⁶ **CONCLUSÃO:** O fonoaudiólogo contribui de forma significativa na promoção, prevenção e tratamento do câncer laringe desde a fase pré- cirúrgica, no intuito proporcionar melhor qualidade de vida aos assistidos.

Palavras-chave: Voz. Fonoaudiologia. Câncer. Laringe.

Referências:

1. Maciel, C.T.V; Leite, I.C.G.L; Soares, T.V.S. Câncer de laringe: um olhar sobre a qualidade de vida. RIEE.2010;2(4):126 – 34.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2016/2017 de incidência de mortalidade câncer no Brasil [Internet]. INCA; 2016.
3. Pinto, J.Á *et al.* Lesões pré-malignas da laringe: revisão de literatura. Revbrascir cabeça pescoço. 2012;41(1).
4. Campos, R.J.D.S; Leite, I.C.G. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a Fonoaudiologia. Rev CEFAC. 2010;12(4):671-7.
5. Caldas, A.S.C; Facundes, V.L.D; Silva, H.J. Reabilitação das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. Rev CEFAC. 2012;14(2):343-9.
6. Silva, E.G.F; Dornelas, R; Freitas, M.C.R; Ferreira, L.P. Pacientes com câncer de laringe no nordeste: intervenção cirúrgica e reabilitação fonoaudiológica. Rev. CEFAC. 2016;18(1):151-7.

ANÁLISE EPIDEMIOLOGICA E HOSPITALAR DO CÂNCER DE MAMA EM MINAS GERAIS

Mariana Paranhos Magalhães¹; Daniel Costa Silveira¹; Flávio Marconiedson Nunes¹; Inácio Luiz Morais Neves¹; Ana Paula Alessandreti; Henrique Nunes Pereira Oliva²

¹ Graduandos de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras- FIPMOC

² Mestre em Engenharia e Professor das Faculdades Integradas Pitágoras- FIPMOC

Mariana Paranhos Magalhães
marianaparanhosmagalhaes@gmail.com
(38)99890-4162

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um desafio para a saúde mundial, pois atinge tanto países desenvolvidos como países em desenvolvimento ⁽¹⁾. Seguramente pode-se afirmar que representa a principal neoplasia maligna que acomete o sexo feminino ⁽²⁾. Além disso, essa doença ainda apresenta uma alta taxa de mortalidade principalmente no Brasil, já que o diagnóstico é feito tardiamente ⁽³⁾. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico e hospitalar de pacientes com câncer de mama no estado de Minas Gerais, durante o período de 2008 a 2016. **Material e método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de corte transversal, cuja fonte de pesquisa foi o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A população de estudo foi composta por todas as internações hospitalares provocadas pelo câncer de mama no período de janeiro/2008 a dezembro/2016, verificando as seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor, dias de permanência hospitalar, valor médio da internação, taxa de mortalidade e óbitos. Foram excluídos os casos em que as informações foram ignoradas. Os dados foram analisados por estatística descritiva através do *Microsoft Excel 2007*. Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa. **Resultado e discussão:** Foi verificado 52.815 internações hospitalares causadas pelo câncer de mama na faixa etária de 0 a maior que 60 anos de idade. Desse total, 98,7% das internações foram do sexo feminino e 1,3% foram do sexo masculino. Ao analisar a faixa etária, 0,85% ocorreram em crianças e adolescente (0-19 anos); 12,71% em adultos jovens (20-39 anos); 51,87% entre adultos (40-59 anos) e 34,55% em idosos (acima de 60 anos), observando assim um predomínio de internações em adultos. No que se refere à raça, observa-se predomínio em pardo/amarelo correspondendo a 44,52% das internações. A raça branca correspondeu a 33,78%; a preta 6,7% e a indígena 0,07%. A média de internação hospitalar foi de 3,7 dias, com ênfase em idosos (maior que 60 anos) que apresentou uma média de 4,15 dias. O valor médio por internações correspondeu a 1.489,65 reais, porém o maior valor gasto foi em adultos jovens (40-59 anos) enquadrando - se em um valor de 2.247,24 reais por internação. Em relação a taxa de mortalidade, a média estadual foi de 7,31, sendo que os idosos apresentaram a maior taxa (9,9). Se tratando de óbitos, o número absoluto foi de 3863 mortes, e as maiores taxas foram 1873 mortes em adultos (40-59 anos) e 1615 em idosos (maior que 60 anos).

Conclusão: A análise dos dados permitiu caracterizar o perfil epidemiológico e hospitalar do câncer de mama no Estado. Verificou-se que os adultos jovens, as mulheres e os pardos/amarelos apresentam uma alta taxa de internação em virtude da doença. Além disso, mostrou que essa afecção representa um grande problema de saúde pública, uma vez que gera ônus tanto para os pacientes quanto para o Estado.

Palavras-chave: Câncer de mama. Internação. Epidemiologia.

Referências:

1. Gebrim, L. H; Quadros, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006 vol. 28 nº.6.
2. Instituto Nacional do Câncer. Pró-onco. Câncer da mama. Disponível: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama.
3. Bim, C.R; Peloso, S.M; Carvalho, M. D. B; Previdelli, I. T. S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. Rev. Esc.Enferm. USP 2010; 44 (4):940-6.

APLICAÇÃO DE GLUTAMINA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Mariana Mendes Pereira¹; Kássia Héllen Vieira²; Rodrigo Pereira Prates³; Mayara Karoline Silva Lacerda⁴; Matheus Mendes Pereira⁴; Gerlane Batista Antunes Nogueira⁵

¹ Nutricionista; Pós-graduanda em Nutrição Clínica pela Estácio.

² Nutricionista; Pós-Graduanda em Nutrição e Metabolismo na Prática Clínica e Desportiva pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE; Mestranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³ Nutricionista, Mestrando em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

⁴ Enfermeiros; residentes em Saúde da Família.

⁵ Nutricionista; Pós-Graduanda em Nutrição e Metabolismo na Prática Clínica e Desportiva pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

Mariana Mendes Pereira
mariana.mendes05@yahoo.com.br
(38) 9 9152-8235

RESUMO

Introdução: As neoplasias são de etiologia multifatorial, sendo que se caracterizam pela proliferação desordenada de células anormais nos tecidos e/ou órgãos⁽¹⁾. O estado nutricional é afetado diretamente pela presença do tumor e também pelo tratamento agressivo a que esses pacientes são submetidos, intensificando ainda mais os efeitos de depleção nutricional, afetando o sistema imunológico⁽²⁾. Para atenuar os efeitos colaterais desta patologia e do seu tratamento destaca-se suplementação de glutamina, que em períodos de estresse metabólico, comporta-se como aminoácido essencial, sendo substrato energético para as células do sistema imune e atenuação da proteólise (depleção muscular)⁽³⁾. **Objetivo:** Investigar os efeitos do emprego da glutamina no tratamento de pacientes oncológicos. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada mediante busca eletrônica de artigos completos indexados nas bases de dados Portal Capes, PubMed e SciELO, enfatizando os trabalhos publicados sobre a referida literatura nos últimos cinco anos (2012 a 2017). **Resultados e discussões:** O impacto da suplementação oral de glutamina sobre o estado nutricional de pacientes onco-hematológicos foi avaliado e não houve diminuição nos parâmetros antropométricos, assim, o estado nutricional se manteve inalterado no período de tratamento, independente da suplementação de glutamina⁽⁴⁾. Essa manutenção pode ser considerada benéfica, pois pacientes oncológicos estão em estado hipercatabólico e a prevenção do declínio nutricional e antropométrico é um dos objetivos da terapia nutricional. Estudos realizados em pacientes acometidos por câncer colorretal demonstraram que a suplementação de glutamina atuou na proteção e manutenção da integridade da mucosa gastrointestinal, minimizando os efeitos desta patologia e do tratamento na absorção e permeabilidade intestinais, além de melhora na imunidade⁽⁵⁾. Isto explica-se pelo fato deste aminoácido ser fonte de energia das células epiteliais da camada superficial do intestino delgado e intestino grosso e das células do sistema imune. Portanto a utilização da glutamina pode ser viável para melhor tolerância ao tratamento radioterápico e/ ou quimioterápico⁽⁶⁾.

Conclusões: Diante do exposto, conclui-se que a aplicação da glutamina em pacientes neoplásicos é imprescindível devido o seu potencial imunomodulador. A suplementação com este aminoácido tem apresentado benefícios como melhor recuperação e diminuição da depleção muscular quando comparado com indivíduos em tratamento oncológico sem a suplementação da glutamina. É necessária uma maior quantidade de estudos que abordem esta temática para a consolidação destes efeitos, eficácia e segurança da utilização da glutamina no tratamento de neoplasias.

Palavras-chave: aminoácidos; neoplasias; sistema imunológico; cuidados paliativos.

Referências:

1. Rosa, L. P. S; Cruz, D. Efeitos dos imunomoduladores na oncologia: revisão de evidências científicas. *Revista Saúde e Comunidade*, v.12, n. 2, p.561-565, 2016.
2. Oliveira, H. S. D; Boneti, R.S; Pizzato, A. C. Imunonutrição e o tratamento do câncer. *Revista Ciência & Saúde*, v. 3, n. 2, p. 59-64, 2010.
- 3.Kuhn, K. S; Muscaritoli, M; Wischmeyer, P; Stehle, P. Glutamine as indispensable nutrient in oncology: experimental and clinical evidence. *European Journal Nutrition*, v. 49, n.4, p.197–210, 2010.
- 4.CAMPOS, M. B *et al.* Avaliação nutricional de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia suplementados com glutamina. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 20, n. 4, p.319-326, 2016.
- 5.Abrahão, S. A. B; Machado, E. C. Suplementação de glutamina no tratamento de pacientes com câncer: uma revisão bibliográfica. *Estudos*, v.41, n. 2, p. 215-222, 2014.
6. Miranda, M. P; Souza, D. S. Glutamina na prevenção e tratamento da mucosite em pacientes adultos oncológicos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 3, p. 277-285, 2015.

A CORRELAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADO NO SURGIMENTO CÂNCER GÁSTRICO

Josiane Pinto Da Silva¹; Jéssica Cristine Dias Acácio¹; Delaine Martins da Silva¹; Suzy Alice de Souza¹; Rodrigo Pereira Prates²; Paula Karoline Soares Farias³

¹ Acadêmicas de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

² Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³ Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autora para correspondência:

Josiane Pinto Da Silva.

E-mail: silvajosiane083@gmail.com

Telefone: (38) 9 9826-4082

RESUMO

Introdução: O câncer é definido como uma patologia multicausal crônica, caracterizado pelo crescimento desordenado das células, resultando em mutações no genoma de uma célula, as quais provocam alterações na expressão ou função dos genes, modificando uma célula normal em célula transformada^(1,2,3). Considerado um dos problemas de saúde pública mais complexo dado a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, a patologia representa a segunda causa de morte para ambos os sexos no Brasil^(3,4). **Objetivo:** Avaliar a interferência de hábitos alimentares inadequado no surgimento câncer gástrico. **Material e métodos:** Foi realizado uma análise bibliográfica em artigos científicos, e em bases de dados SciELO, LILACS, Medline no período de 2013 a 2017. **Resultados e discussão:** Conforme o indivíduo vai envelhecendo aumenta a probabilidade do desenvolvimento da doença, sua evolução se dá a partir de lesões na mucosa gástrica⁽²⁾. A predisposição genética ocorrendo modificações no braço curto cromossomo 7, os genes TP53 e TP73, e outras alterações que levam a desregulação do ciclo celular^(4,5). É um processo que inclui várias etapas de exposição a fatores genéticos e ambientais, por um longo período de tempo⁽⁵⁾. O prognóstico da patologia varia de acordo com múltiplos elementos, como: sexo, idade, tipo histológico, nível socioeconômico⁽⁶⁾. Sendo diagnosticada em estágios avançados, devido à inespecificidade dos sintomas na fase inicial da patologia, como anorexia, perda de peso, dor abdominal difusa, astenia⁽⁶⁾. O tratamento consiste na remoção do estômago e das cadeias ganglionares que drenam esse órgão. Podendo ser a intervenção cirúrgica gastrectomia parcial ou gastrectomia total⁽⁵⁾. Devido ao processo cirúrgico o paciente sofre alterações na capacidade de armazenamento de nutrientes e modificações na absorção de nutrientes⁽⁸⁾. A gastrectomia pode levar a má absorção de gorduras, deficiência de cálcio e vitaminas lipossolúveis⁽⁵⁾. Com diminuição da produção da acidez gástrica e produção insuficiente de fator intrínseco resulta na deficiência de vitamina cobalamina⁽⁶⁾. **Conclusão:** Doença que acomete vítimas da industrialização em decorrência de hábitos alimentares inadequadas, ingestão de alimentos com alta densidade calórica e pobre em nutrientes⁽⁶⁾. Dietas que consistem com alto teor de carboidratos, açúcares, colesterol, gordura saturada, produtos industrializados, bebidas alcoólicas e um baixo aporte de verduras, legumes, frutas e cereais⁽²⁾. A alimentação equilibrada e saudável pode minimizar o risco de desenvolvimento do câncer e é essencial no tratamento.

Palavras chaves: Câncer gástrico. *Helicobacter pylori*. Alimentação saudável.

Referências:

1. Hackbarth, L; Machado, J. Estado nutricional de pacientes em tratamento de câncer gastrointestinal. *Rev Bras Nutr Clin*, v. 30, n. 4, p. 271-5, 2015.
2. Oliveira, V.A *et al*. Relação entre consumo alimentar da população nordestina e o alto índice de câncer gástrico nesta região. *Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade*, v. 7, n. 3, 2015.
3. Guimarães, R. M *et al*. Avaliação nutricional e da qualidade de vida de pacientes com câncer do aparelho digestório. *Saúde em Revista*, v. 16, n. 44, p. 63-74, 2016.
4. Almeida, P. P *et al*. Análise da ocorrência de neoplasias na microrregião de Vitória da Conquista, Bahia. *Scientia Plena*, v. 12, n. 1, 2016.
5. Da Silva, R.M.B; De Freitas, R.R; Rocha, T. S. Perfil dos Pacientes com Câncer Gástrico Atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence no Período de 2007 a 2012/Profile of Gastric Cancer Patients Treated in Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence Between the Period from 2007. *Revista Ciências em Saúde*, v. 6, n. 1, p. 25-42, 2016.
6. Da Silva, J. C *et al*. Perfil dos pacientes submetidos à gastrectomia por câncer gástrico em um hospital terciário da região do cariri. *Biomedical & Health Sciences*, v. 1, n. 1, p. 4-12, 2017.

AÇÃO ADJUVANTE DO ÁCIDO GÁLICO SOBRE O EFEITO TERAPÊUTICO DA RADIAÇÃO IONIZANTE NO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE BOCA

Tayslla Barbosa Moreira¹, Rogério Gonçalves da Rocha², Eliane Macedo Sobrinho Santos³, Guilherme Veloso Ramos⁴, André Luiz Sena Guimarães², Lucyana Conceição Farias²

¹ Acadêmica do Curso de Ciências Biológicas - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

² Departamento de Odontologia e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UNIMONTES

³ Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - Campus Araçuaí

⁴ Acadêmico do Curso de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Autor para correspondência:

Tayslla Barbosa Moreira

E-mail: tayslla-itac@hotmail.com

Telefone: (38)992279783

RESUMO

Introdução: O Carcinoma epidermóide de boca (CEB) é uma doença relacionada a alterações genéticas, epigenéticas e a fatores de risco, como o tabagismo e etilismo ⁽¹⁾. Em indivíduos acometidos pelo CEB, a radioterapia é uma estratégia terapêutica para promover a morte das células neoplásicas e controlar a progressão da doença ⁽²⁾. Apesar dos avanços obtidos nesta modalidade de tratamento, observam-se, ainda, quadros de radio resistência, podendo levar um prognóstico desfavorável ⁽³⁾. Por isso, é crucial realizar pesquisas com foco no desenvolvimento de terapêuticas complementares, visando favorecer a eficácia da radiação ionizante. As substâncias derivadas de plantas são fontes para o desenvolvimento de novos agentes antineoplásicos ⁽⁴⁾. O ácido gálico (AG) é um potente antioxidante, derivado de plantas do cerrado brasileiro, podendo inibir o desenvolvimento de neoplasias ⁽⁵⁾. **Objetivos:** Analisar a ação adjuvante do AG sobre o efeito da radiação ionizante no CEB. **Material e Métodos:** As linhagens de células imortalizadas de CEB (SCC-4 e SCC-9, ATCC, USA) foram tratadas com 10 µg/ml de AG (Sigma, USA) e submetidas à irradiação ionizante com dose de 6 Grays de cobalto-60. O comportamento neoplásico das células foi avaliado por meio dos ensaios de proliferação, sobrevivência e morte celular. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIMONTES (Parecer nº 2.008.010). Utilizou-se o software SPSS para as análises, cuja significância foi $p < 0,05$. **Resultados e Discussão:** Os resultados mostraram que o AG reduziu significativamente a proliferação e a fração de sobrevivência celular, e aumentou o índice de morte das células. O número de células tratadas concomitantemente com AG e expostas à radiação foi reduzido em relação ao controle. Além disso, ocasionou aumento expressivo na taxa de morte celular. O efeito inibitório do fenótipo neoplásico induzido pela radiação foi potencializado pelo AG. Ainda há um número limitado de estudos que avaliam o efeito do AG no CEB, especialmente com o foco na investigação de novas estratégias adjuvantes para potencializar o efeito terapêutico da radiação ionizante. Assim, estudos adicionais são necessários visando aprofundar os conhecimentos sobre o efeito antineoplásico desse composto. **Conclusão:** Os resultados *sin vitro* mostram que o AG

exerceu uma ação adjuvante à radiação ionizante, inibindo o fenótipo proliferativo e aumentando a morte de células de CEB

Palavras-chave: Carcinoma epidermóide de boca. Ácido gálico. Radiação ionizante.

Apoio: Capes CNPq e Fapemig.

Referências:

1. Warnakulasuriya, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology*. 2009;45(4-5):309-316.
2. Vikram, B. Adjuvant therapy in head and neck cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*. 1998;48(4):199-209.
3. Ishigami, T *et al.* Inhibition of ICAM2 induces radiosensitization in oral squamous cell carcinoma cells. *British journal of cancer*. 2008;98(8):1357-1365.
4. Srivastava, V; Negi *et al.* Plant-based anticancer molecules: a chemical and biological profile of some important leads. *Bioorganic & medicinal chemistry*. 2005;13(21):5892-5908.
5. Guimaraes, T.A *et al.* Evaluation of the antineoplastic activity of gallic acid in oral squamous cell carcinoma under hypoxic conditions. *Anti-cancer drugs*. 2016;27(5):407-416.

ÁCIDO GÁLICO MODULA O COMPORTAMENTO E EXPRESSÃO GÊNICA DE CÉLULAS DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE BOCA POR INTERFERIR NA SINALIZAÇÃO DA LEPTINA

Guilherme Veloso Ramos¹; Tayslla Barbosa Moreira²; Eliane Macedo Sobrinho Santos³; Alfredo Maurício Batista de Paula⁴; André Luiz Sena Guimarães⁴; Lucyana Conceição Farias⁴

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

² Acadêmica do Curso de Ciências Biológicas - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

³ Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - Campus Araçuaí

⁴ Departamento de Odontologia e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UNIMONTES

Autor para correspondência:

Guilherme Veloso Ramos

E-mail: guilherme9odonto@gmail.com

Telefone: (38)998951254

RESUMO

Introdução: A leptina (lep) é um componente da regulação da homeostase energética corporal. Evidências sugerem um papel importante da Lep nos mecanismos da carcinogênese em diversos tipos de neoplasias⁽¹⁾. A leptina age como um mediador mitogênico, anti-apoptótico, angiogênico e promotor do desenvolvimento tumoral⁽²⁾. Apesar da escassez de estudos, a via da lep tem emergido como um alvo importante para novas investigações terapêuticas. O ácido gálico (AG) é um composto polifenólico que tem sido apontado para interferir no comportamento de células neoplásicas, devido a sua ação antioxidante e antimutagênica⁽³⁾. **Objetivos:** Investigar o potencial do AG para modular a proliferação e migração induzidas pela Lep em células de CEB, e os mecanismos moleculares relacionados. Foi também explorado o efeito do AG sobre a secreção de lep pelas células de CEB. **Material e Métodos:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIMONTES (Parecer nº 798.341). Foram utilizadas duas linhagens celulares imortalizadas de CEB (SCC-9 e SCC-4, ATCC, USA). As células foram tratadas com 100ng/ml de Leptina (Lep) e/ou 10µg/ml de ácido gálico (AG) (Sigma Aldrich, USA), durante 72 horas. Os ensaios *in vitro* foram conduzidos sob condição de normóxia e com mimetização de hipóxia pela adição de cloreto de cobalto (CoCl₂; Sigma, USA), para ensaios específicos. Para avaliar a proliferação celular, foi utilizado o método de quantificação em câmara de Neubauer. Ensaio *wound-healing* mensurou a migração celular. Expressão de mRNA de COL1A1, MMP2, MMP9, mir210 e HIF-1α foi investigado por qPCR. Níveis de Lep secretada foram avaliados por ELISA. Análise por espectrometria de massa quantificou expressão protéica. Os resultados foram analisados no *software* SPSS, através dos Testes T e Anova, com nível de significância p<0,05. **Resultados e Discussão:** O AG diminuiu significativamente a proliferação e migração, em condições de normoxia e hipóxia. Além disso, levou a uma redução significativa na expressão de mRNAs relacionados à migração celular (MMP2, MMP9 e COL1A1) e angiogênese tumoral (mir210). HIF-1α não foi afetado pela adição de AG. O AG reduziu os níveis de Lep secretada pelas células de CEB. Análises de proteômica revelaram que o AG aumentou a expressão das proteínas HSP90AA1 e HIST1H2AB, que podem conectar com a via da Lep. O efeito inibidor da proliferação e migração favorecido

pelo AG parece sobrepor ao efeito proliferativo induzido pela Lep. **Conclusão:** O estudo apontou um potencial inibitório do AG sobre a secreção de leptina no CEB, possivelmente levando a uma redução na migração e proliferação neoplásica.

Apoio: CNPq, Capes, Fapemig

Palavras-chaves: Carcinoma epidermóide, Leptina, Ácido gálico, Angiogênese, Proliferação, migração.

Referências:

1. Dieudonne, M. *et al.* Leptin mediates a proliferative response in human MCF7 breast cancer cells. *Biochemical and biophysical research communications*, United States, v. 293, n.1, p.622-8, 2002.
2. Ambrosini, G *et al.* Transcriptional activation of the human leptin gene in response to hypoxia. Involvement of hypoxia-inducible factor 1. *The Journal of biological chemistry*, United States, v.277, n.37, p.34601-9, 2002.
3. Liao, C.L *et al.* Gallic acid inhibits migration and invasion in human osteosarcoma U-2OS cells through suppressing the matrix metalloproteinase-2/-9, protein kinase B (PKB) and PKC signaling pathways. *Food Chem Toxicol.*, United States, v. 50, n. 5, p.1734-40, 2012.

AFLATOXINA B1 PRESENTES NOS ALIMENTOS E CARCINOMA HEPÁTICO EM HUMANOS

Rodrigo Pereira Prates ¹; Jéssica Cristine Dias Acácio ²; Mariana Mendes Pereira ³; Amanda Cristina Mendes Gusmão ⁴; Paula Karoline Soares Farias ⁵; Paulo de Souza Costa sobrinho ⁶.

¹ Nutricionista. Mestrando em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

² Acadêmico de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS

³ Nutricionista. Pós-graduanda em Nutrição Clínica – Universidade Estácio de Sá.

⁴ Nutricionista. Mestranda em Produção Animal – UFMG

⁵ Nutricionista. Mestre em Produção Animal – UFMG

⁶ Engenheiro de Alimentos. Doutor em Ciência dos Alimentos – USP

Autor para correspondência:

Rodrigo Pereira Prates

e-mail: rodrigo_pprates@yahoo.com.br

Telefone: (38) 9 9140 9860/ 9 9822 8980

RESUMO

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia epitelial agressiva. Dentre os fatores etiológicos a exposição à aflatoxina B1 (AFB1) presente nos alimentos potencializa o risco de carcinoma hepático. **Objetivo:** Demonstrar a incidência das aflatoxinas em alimentos, seu alto poder de toxicidade e seus efeitos para a saúde humana, destacando a carcinogenicidade da AFB1. **Material e Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo. Foram selecionados 12 artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês para esta revisão. **Resultados e Conclusão:** Alguns testes experimentais de carcinogenicidade em animais e nas preparações in vitro indicam que as aflatoxinas constituem um fator de risco para o CHC. Estudos de cunho epidemiológicos com seres humanos também reafirmam a hipótese de que em áreas geográficas contaminadas frequentemente por aflatoxinas, há uma maior incidência de CHC. **Conclusão:** Assim, a ingestão dietética de aflatoxinas constitui um importante fator de risco para o CHC.

Palavras-chave: Câncer de fígado. Intoxicação por ingestão de micotoxinas. Neoplasias hepáticas.

Introdução:

O câncer configura-se como uma mudança no material genético caracterizado por mutações que induzem o crescimento desordenado de células com potencial de invadir tecidos e órgãos. Existem tipos variados de câncer em função da diversidade celular encontrada no organismo humano. O carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia epitelial agressiva. O hepatocarcinoma é uma das neoplasias malignas mais comuns no mundo, com predomínio em alguns países da África, Ásia e ilhas do Pacífico. A incidência do CHC é maior nos homens do que nas mulheres, em idade de 30 a 50 anos ⁽¹⁾. Os contrastes extremos observados na

prevalência do CHC entre os diferentes países revelam um envolvimento de fatores ambientais em sua etiologia. Dentre estes fatores, as aflatoxinas e o vírus da hepatite B (HBV) possuem maior expressividade⁽²⁾. A exposição a aflatoxina B1 (AFB1) potencializa o risco de carcinoma hepático quando associada ao HBV, que atuaria como favorecedor da manifestação fenotípica do tumor causado pela toxina⁽¹⁾.

Objetivo:

Demonstrar a incidência das aflatoxinas em alimentos, seu alto poder de toxicidade e seus efeitos para a saúde humana, destacando a carcinogenicidade da AFB1.

Metodologia:

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho exploratório, baseado na análise de literaturas publicadas nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo. Utilizaram-se os descritores os seguintes descritores: Câncer de fígado, Intoxicação por ingestão de micotoxinas, Neoplasias hepáticas. Apenas artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês foram considerados para essa revisão. Foram selecionados trabalhos publicados no período de 2000 a 2017. Ao final do levantamento bibliográfico, foram abordados 9 artigos, destes, 3 foram excluídos por fugir à especificidade do problema. Assim foram efetivamente utilizados 6 artigos conforme avaliação da qualidade e relevância em relação ao tema proposta.

Resultados e Discussão:

As espécies de fungos *Aspergillus flavus*, *A. parasiticus* e *A. nomius*. produzem metabólitos secundários, alguns desses metabólitos são denominados Aflatoxinas. Os fungos se desenvolvem em variados produtos alimentícios como frutas secas, feijão, coco, gengibre, frutas, pimentão-doce, cerveja, arroz, amêndoa, amendoim, nozes, cevada, milho, trigo e farinha de trigo⁽²⁾. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da RDC n 7, de 18 de fevereiro de 2011, determina os Limites Máximos Toleráveis (LMT) para micotoxinas em alimentos prontos para o consumidor e matérias-primas. Os LMT para aflatoxinas M1, B1, B2, G1 e G2 variam de 0,5 a 20,0 µg/Kg⁽³⁾. Estudos experimentais de biotransformação, mutagenicidade e carcinogenicidade em animais e nas preparações in vitro evidenciam que as aflatoxinas constituem um fator de risco para o CHC. Em outro patamar, estudos epidemiológicos com seres humanos também indicam a hipótese de que há uma prevalência maior de CHC em áreas geográficas contaminadas frequentemente por aflatoxinas. A partir de pesquisas desenvolvidas no Departamento de Saúde de Pittsburgh, os pesquisadores relatam o papel causal da aflatoxina em 4,6% a 28,2% de todos os casos de hepatocarcinoma globais⁽²⁾. A partir de alguns estudos desenvolvidos evidenciaram que a AFB1 participa da proto-oncogênese e também causa alterações no gene supressor de tumor p53, causando perda do controle do crescimento de hepatócitos⁽⁴⁾. Em 1987 surgiram evidências suficientes para considerar a aflatoxina B1 como fator etiológico do câncer hepático em seres humanos a partir de pesquisas realizadas pela Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC). Assim a AFB1 foi classificada na classe 1 dos carcinógenos humanos pela IARC⁽⁵⁾. Nesse contexto, a partir de estudos feitos em amostras de soro e biópsia de cadáveres que vieram a óbito por CHC revelaram um alto percentual para a presença de aflatoxina. Esse fato reafirma o papel das aflatoxinas como um fator de risco para o carcinoma hepatocelular no ser humano, dados estes mais promissores do que estudos e experimentos epidemiológicos, devido à dificuldade de cobaias humanas⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, edição datada de 22 de outubro

de 2009 e publicada na revista Nature, reafirma a ação da aflatoxina sobre o organismo humano, ao retratar que a ingestão de forma crônica pode causar câncer do fígado. Este estudo defende que a toxina destrói o gene que atua na prevenção de neoplasias em humanos, o P53, e que sem a proteção desse gene, a aflatoxina pode comprometer a imunidade, de modo a causar uma grave desnutrição e, por fim, o câncer ⁽⁶⁾.

Conclusão:

Assim, a ingestão dietética de aflatoxinas apresenta-se como um importante fator de risco para o CHC, devendo-se atentar quanto à origem de grãos e cereais, tendo em vista que quando armazenados em locais inadequados e úmidos podem ser contaminados pelo fungo *A. flavus* que produz a substância cancerígena.

Referências:

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de fígado. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=330. Acesso em: maio/2017.
2. Maia, J. T. L. S.; Sakata, R. A. P.; Sabbag, S. P. Ocorrência de aflatoxinas em produtos alimentícios e o desenvolvimento de enfermidades. Enciclopédia Biosfera, vol. 7, n. 13, p. 1477-1498, 2011.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n.º 7, de 18 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre limites máximos tolerados para micotoxinas em alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, 18 fev. 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/bc17db804f45fe2cbd41fdd785749fbd/Resolu%C3%A7%C3%A3o+0-2011-CGALI.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: maio/2017.
4. Liu, Y.; Felícia, W. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: A Risk Assessment. Environ Health Persp, vol. 118, n. 6, p. 818-824, jun. 2010.
5. Bento, L. F J *et al.* Ocorrência de fungos e aflatoxinas em grãos de milho. Rev Inst Adolfo Lutz, vol. 71, n. 1, p. 44-49, 2012.
6. Gonçalves, E. S; Silva, J. M. B. D.A; Pavesi, T.; Moreira, J. C. A importância da determinação analítica de intermediários reativos e de seus produtos de reações com biomacromoléculas: uma mini revisão. Quim Nova, vol. 37, n. 2, p. 317-322, 2014.

A PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Darlíane Soares Silva¹; Karine Andrade de Oliveira²; Valéria Gonzaga Botelho de Oliveira Eulalio³; Henrique Andrade Barbosa⁴; Claudia Daniela Leão⁵; Ivanberic Dias dos Santos⁶; Júlio César Figueirêdo Junior⁷, Fernanda Viana de Moraes⁸, Juliana Andrade Pereira⁹

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

² Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

³ Enfermeira pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes

⁴ Enfermeiro, Docente em Enfermagem, Faculdades Unidas do Norte de Minas-MG, Mestre em Ciências da Saúde-PPGCS/Unimontes, Especialista em Terapia Intensiva Neonato-Pediátrica PUC/MG

⁵ Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde-PPGCS/Unimontes

⁶ Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁷ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁸ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁹ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte, Especialista em Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior, Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes, Mestranda em Ensino e Saúde pela Universidade Estadual Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM

Autor correspondente:

Darlíane Soares Silva

Cidade: Montes Claros- Minas Gerais

E-mail: darlianesoares30@hotmail.com

Telefone: (38) 9 97294275

RESUMO

Introdução: O cancro de colo de útero é determinado pela multiplicação desorganizada do tecido cutâneo que reveste o órgão, prejudicando o tecido subjacente (estroma) e podendo penetrar estruturas e órgãos adjacentes ou a distância. Há duas importantes tipos de carcinomas invasores do colo do útero, conforme a origem do tecido prejudicado: o carcinoma epidermoide, tipo mais ocorrido e que atinge o epitélio escamoso (representa 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais incomum e que atinge o epitélio glandular (10% dos casos)¹. **Objetivo:** Este estudo buscou descrever a relevância da participação dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção do câncer de colo de útero, sob a ótica da literatura. **Metodologia:** Realizou-se um levantamento nas bases de dados LILACS e SCIELO no mês de junho de 2014. Os seguintes descritores foram utilizados: Epidemiologia, Câncer de colo de útero, Estratégia saúde da família, Enfermagem. Fizeram parte do estudo artigos científicos em português que disponibilizassem o resumo nas respectivas bases de dados e que fossem publicados no período de 2002 a 2013. **Resultados:** Participaram desta revisão artigos que foram discutidos à luz da análise temática de conteúdo, configurando-se as categorias. **Discussão:** Para muitos especialistas o exame caracteriza um processo fácil, rápido, comum e indolente. A atenção Básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS) é efetuada em todo o Brasil, de maneira descentralizada, adjunta ao usuário, seus familiares, sua comunidade e suas condições de vida². As unidades básica de saúde (UBS), no qual atuam as equipes de saúde da família (ESF) ou de Atenção Básica tradicional (EAB), são os principais acessos ao sistema e o local de contato prioritário do cliente, ponto em que o

enfermeiro é o relevante complemento da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da família (ESF), de acordo com a dimensão do local de abrangência se dividem as equipes que têm como desafio a ocupação integrada e a obrigação com os cidadãos ali residentes. Nesse âmbito, os enfermeiros realizam exercícios técnicos pertinentes de sua habilitação, administrativas e educativas e por meio do laço com as pacientes, reúnem cuidados para diminuir os tabus, mitos e preconceitos e conseguem convicção da freguesia feminina sobre as vantagens da prevenção⁴. Estudos mostram que além dos esforços ainda há pontos de adesão ao Papanicolaou mais baixos que a proporção mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, que é de 80% na população feminina com idade de 25 e 64 anos^{5,6}. Considerando o decaimento do peso epidemiológico desta doença, há o dever de implantar ações e políticas governamentais voltadas para a estruturação de um número maior de programas para detectar lesões precursoras do câncer em seu estágio prévio nos locais onde ainda não se encontram, assim como do progresso da qualidade e obtenção dos serviços presentes, e também do reconhecimento do real pretexto pelo qual as mulheres não fazem o exame. **Considerações Finais:** A equipe de enfermagem tem desempenhado um importante trabalho na prevenção do câncer de colo do útero, pois tem se empenhado gradativamente na busca dessas usuárias com a realização de busca ativa, educação em saúde, capacitação da equipe, entre outros, já que a livre demanda na realização do PCCU não é eficaz.

Descritores: Epidemiologia. Câncer de colo de útero. Estratégia saúde da família. Enfermagem.

Referências

1. Albuquerque *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s301-s309.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 1. Neoplasias do colo uterino. 2. Neoplasias mamárias. I. Título. II. Série.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro: INCA;2010.
4. Borges *et al.* Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. Caderno de Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.6, pp. 1156-1166.
5. Brischiliari *et al.* Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. Caderno de Saúde Pública, 2012, vol.28, n.10, pp. 1976-1984. ISSN 0102-311X.
6. Carvalho *et al.* Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. Ver Eletr Enf [Internet]. 2008 [citado 2012 abr];10(2):472-83.

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO NORTE DE MINAS

Fernanda Santos Landim¹; Henrique Andrade Barbosa²; Silvânia Paiva dos Santos²

¹ Graduanda em Enfermagem/ Universidade Estadual de Montes Claros

² Mestrado em Enfermagem/ Universidade Estadual de Montes Claros

Autor para correspondência:

Fernanda Santos Landim

E-mail: fernandasantos.enfer@gmail.com

Telefone: (38) 9 9162-8402

RESUMO

Introdução: Atualmente, o câncer é responsável por cerca de 13% das causas de óbito no mundo e representa a segunda causa de morte por doença no Brasil. Até o ano de 2030, são esperados cerca de 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo anualmente com essa doença em todo o mundo. **Objetivo:** Este estudo avaliou o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos pacientes atendidos em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Norte de Minas. **Material e Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, através da análise documental de prontuários. Estes foram selecionados por sorteio a partir do relatório mensal de atendimento da instituição. O cenário do estudo foi o Serviço de Oncologia de um hospital do Norte de Minas que atende ambulatorialmente, em média, 1.200 pacientes oncológicos por mês, e o Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME) do referido hospital. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de nº 62437416.0.0000.5146/2016. **Conclusão:** Foram incluídos no estudo 70 prontuários, sendo 61,4% do sexo masculino, com predominância da faixa etária entre 60 e 79 anos (52,8%), casados ou com companheiros (51,4%), os que tinham de 1 a 10 anos de estudos somaram 37,2%. Sobre o perfil clínico foi possível observar que havia presença de metástase em 28,5% dos pacientes, com localização do tumor predominante em próstata (31,4%) e mama (17,1%). Dos 70 pacientes, 45 foram submetidos ao tratamento com radioterapia e 43 recebem tratamento com quimioterapia endovenosa como tratamento adjuvante à radioterapia e tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Oncologia. Enfermagem Oncológica. Neoplasias. Transição epidemiológica.

Introdução:

O câncer é definido como um grupo de mais de 100 doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células com capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos adjacentes à estrutura inicialmente afetada no ser humano ⁽¹⁾

As informam que, atualmente, o câncer é responsável por cerca de 13% das causas de óbito no mundo e representa a segunda causa de morte por doença no Brasil. Até o ano de 2030, são esperados cerca de 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo anualmente com essa doença em todo o mundo ⁽²⁾.

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico de câncer e define os critérios mínimos para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ⁽³⁾.

Hisse *et al.*, (2014) afirmam que nos últimos anos, estudos promoveram um melhor entendimento acerca dos fatores que modificam a morbimortalidade do câncer, as formas de prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da qualidade de vida. Entretanto, existe uma lacuna no que se refere à caracterização do perfil clínico e epidemiológico das pessoas que frequentam os serviços de saúde nas unidades oncológicas. Por isso, e aliado ao aumento da prevalência e da incidência de câncer, é importante conhecer as características das pessoas acometidas por essa doença ⁽⁴⁾.

O Norte de Minas possui apenas dois serviços de referência no tratamento do câncer atuando pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, é considerável a importância de se conhecer o perfil sociodemográfico, econômico, epidemiológico e clínico dos pacientes. Pretendeu-se com este estudo, identificar e avaliar o perfil dos pacientes oncológicos assistidos em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia da região Norte de Minas Gerais. Os esclarecimentos a respeito do tema objetivam contribuir e chamar atenção dos profissionais de saúde para a especificidade do atendimento, despertar o interesse da comunidade acadêmica e nortear novos estudos científicos sobre o assunto.

Metodologia:

A presente pesquisa é um estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foi realizada no período de dezembro de 2016 a Março de 2017 no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de um hospital de referência em tratamento oncológico na cidade de Montes Claros. O hospital é credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e atende a uma média de 1.200 pacientes por mês. Foram levantados dados de 70 prontuários de pacientes que receberam tratamento oncológico no Período de Novembro e Dezembro de 2016.

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento, um questionário fechado, construído a partir de questionários validados para nortear a pesquisa aos prontuários com o intuito de avaliar as variáveis sociodemográficas, econômicas epidemiológicas e clínicas dos pacientes em tratamento nesta UNACON de Montes Claros. A Coleta de dados foi realizada por meio de análise dos prontuários selecionados a partir dos relatórios mensais de atendimento do Ambulatório de Oncologia. Foram eleitos por sorteio e disponibilizados para consulta no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital.

O estudo foi realizado no cumprimento da Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas com seres humanos, que visa o Sigilo em pesquisas garantindo respeito e a dignidade dos sujeitos envolvidos. Para organização e análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão Windows 20.0. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de número 62437416.0.0000.5146/2016.

Resultados e Discussão

Foram analisados 70 prontuários de pacientes em tratamento de câncer nessa UNACON. Os dados revelaram que 61,4% dos pacientes atendidos na unidade eram do sexo masculino. As idades variaram de 4 a 86 anos, com predominância da faixa etária entre os 60 e 79 anos (52,8%), prevalência da cor parda (54,3%). Quanto à escolaridade 37,2% tinham de 1 a 10 anos de estudo. Em 84,3% dos prontuários, não continham informação sobre religião, e 95,7% não mencionaram a renda familiar. A cidade de procedência mais frequente foi Montes Claros (24,2%), seguida por Pirapora com (7%). Dos 70 pacientes, 51,4% eram casados ou tinham companheiro.

A avaliação do perfil clínico dos indivíduos revelou que, o câncer de próstata foi o mais prevalente, apresentou incidência de 31,4%, seguido pelo câncer de mama (17,1%), esôfago (8,5%), leucemia linfoblástica aguda e intestino com 5,7% cada um, e estômago (4,2%). Os outros tipos somaram um percentual de 28,5%. A maior parte dos pacientes (57,1%), não tinham histórico de etilismo, 50% não tinham histórico de tabagismo, 58,6% sem histórico de câncer na família, 50% são portadores de outras comorbidades, sendo que em 81,4% dos prontuários não havia registros sobre a prática de atividade física.

Para o diagnóstico do Câncer e determinação dos estágios é utilizado o sistema de estadiamento preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) que é denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Ele baseia na extensão anatômica da doença, considerando as características do tumor primário (T), características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor está localizado (N), e a presença ou ausência de metástase à distância (M). Recebem graduações de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1⁽⁵⁾.

O perfil dos pacientes quanto ao estadiamento da doença pelo sistema TNM revelou que 31,4% dos pacientes apresentam tumores classificados como T2, 34,2% N0 e 37,1% M0, sendo que de acordo com a investigação aos prontuários, 20 dos 70 indivíduos em tratamento apresentavam metástase. Entre os tipos de tratamento antineoplásico, destacaram-se a radioterapia (64,2%), seguida pela quimioterapia endovenosa (61,4%), hormonioterapia (27,1%) e cirurgia (24,2%).

Os achados do presente estudo corroboram com os apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer, destacando-se incidência do câncer em pessoas do sexo masculino no estado de Minas Gerais. A faixa correspondente ao início da terceira idade é um fator que influencia fortemente esta morbidade, uma vez que as neoplasias se apresentam mais comuns nos extremos da idade. Aspectos importantes como renda familiar, tipo de moradia, afetividade e religiosidade foram faltosos na maioria dos prontuários, o que prejudica o delineamento sociodemográfico dessa população, uma vez que os fatores sociais estão diretamente ligados à incidência de câncer, pois os indivíduos sobre os quais repousa o peso da carga de câncer em situações de baixa renda têm menos acesso aos serviços de saúde e também recebem a menor parcela dos gastos correspondente aos serviços públicos de saúde em câncer⁽⁶⁾.

Conclusão

A avaliação do perfil de pacientes oncológicos pode proporcionar à equipe multidisciplinar, o planejamento de uma assistência integral, viabilizando ações e estratégias direcionadas e que atendam as diferentes necessidades, dos mesmos tendo em vista a humanização, integralidade e qualidade, atentando para as particularidades de cada um.

Sendo assim, os serviços que prestam atendimento a esse público devem promover o envolvimento de estratégias e de ações em sua assistência que visem à manutenção biopsicossocial dos pacientes em tratamento oncológico e atualização contínua dos cadastros visando a um maior conhecimento das características sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas. Na perspectiva de um conhecimento mais pleno a respeito dessas características, aumentam-se as chances de sucesso em atividades de prevenção ao câncer, tratamento, cura e cuidados paliativos.

Referências:

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em URL: www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/.
2. Modena, M .C *et al.* Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. Revista Baiana de Saúde pública, V. 37, n. 3, p. 644-660; abr, 2013. Disponível em URL: www.inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/443.
3. Grabois, M.F; Oliveira, E. X. G; Carvalho, M.S. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. Rev Saúde Pública, V. 47, n. 2, p. 368-378; abr, 2013. Disponível em URL: www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76641.
4. Hisse, C.N; *et al.* Caracterização dos pacientes de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia. R. Enferm. Cent. O. Min., V. 4, n. 2, p. 1185-1193; abr, 2014. Disponível em URL: www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/492.
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2017. Estadiamento. Disponível em URL: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54 t/_
6. Leite, M.A.C; Nogueira, D.A; Terra, F.S. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. Rev Rene. V. 16; n 1; p 38-45; fev, 2015. Disponível em URL: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1833/pdf>.

BENEFÍCIOS DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO COTIDIANO DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mariza Dias Xavier¹; Andréia Tatieli Alves Urcino²; Gustavo Mendes dos Santos³; Patrícia Alves Paiva⁵; Orlene Veloso Dias⁶.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros e Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros e Iniciação Científica Voluntária.

³ Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros e Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG.

⁴ Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros.

⁵ Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

Autor para Correspondência:
Mariza Dias Xavier
Email:marizadx@hotmail.com
Telefone: (38) 99180-2555

RESUMO

Introdução: Quando a criança recebe a notícia do diagnóstico de câncer, bem como a sua família, passa por diversas mudanças durante o processo de hospitalização, pois a mesma deixa seu lar, seus familiares, seus amiguinhos e a escola, e passa a lidar com sentimentos de medo, angústia e saudade, que podem de alguma maneira, atrapalhar o seu desenvolvimento^(1,2). O brinquedo terapêutico (BT) é uma atividade estruturada que a partir de sua aplicação terapêutica, pode promover o bem estar físico-emocional da criança com câncer, por meio da descoberta de sentimentos expressados durante a aplicação do brinquedo⁽³⁾. **Objetivos:** Identificar os principais benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico em crianças que estejam em tratamento oncológico no ambiente hospitalar. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura em artigos publicados sobre BT nos últimos cinco anos, em língua portuguesa e que se encontravam disponíveis na íntegra nas bases de dados da BVS. Utilizaram-se os descritores de forma combinada: brinquedo; câncer; criança; hospitalização; enfermagem pediátrica; saúde da criança. Inicialmente foram encontrados 25 artigos, desses 25, 15 não respondiam o objetivo desse estudo, portanto, permaneceram dez artigos. Foi realizado levantamento nos textos encontrados, focando nos pontos-chave que levassem ao esclarecimento da proposta deste estudo. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que a aplicação do brinquedo terapêutico traz benefícios à criança com câncer por meio do brincar, expressando mais facilmente o que sente e pensa. Assim, foi possível evidenciar os seguintes benefícios: melhora da interação do adulto com a criança, maior cooperação durante os procedimentos, principalmente os invasivos, reduz a ansiedade durante o procedimento médicos, às necessidades da criança são mais bem atendidas e chora menos durante o procedimento facilitando de tal forma a sua recuperação. O BT proporciona uma recuperação mais rápida e satisfatória, incentiva o desenvolvimento cognitivo, pois é uma importante forma de comunicação da criança e a prepara para procedimentos durante a hospitalização aliviando a sua tensão. **Conclusão:** O brinquedo terapêutico mostra-se como estratégia

potencial para a promoção do bem-estar de crianças em tratamento auxiliando a criança e sua família a passarem por essa fase de mudanças. Por isso a importância da brincadeira como pré-requisito para o desenvolvimento saudável em ambiente hospitalar tem sido amplamente apontada na literatura, sendo, portanto, fundamental a criação de espaços lúdicos onde as crianças em tratamento oncológico possam explorar o ambiente por meio das suas brincadeiras e da interação com outros.

Palavras-chave: Brinquedo. Câncer. Criança. Hospitalização. Enfermagem pediátrica;

Referências:

- 1.Fonseca,M.R.A; Campos, C.J.G; Ribeiro, C.A; Toledo, V.P; Melo, L.L. Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 24; p. 1112-20; Out-Dez, 2015.
2. Lima, K.Y.N; Santos, V.E.P. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer.Rev Gaúcha Enferm. v. 36; n. 2; p. 76-81; jun. 2015.
- 3.Francischinelli, A,G.B; Almeida, F.A; Fernandes, D.M.S.O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência acrianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros.Acta Paul Enferm.v. 25; n. 1; p. 18-23; 2012.

CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO

Rayane Soares Maia¹; Natália Oberhofer Nascimento¹; Sabina Pena Borges²; Mário Rodrigues de Melo Filho²; Alfredo Maurício Batista de Paula²; Marco Túllio Brazão Silva²

¹ Estudantes do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

² Doutores, Professores do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

Autor para correspondência:
Marco Túllio Brazão Silva
E-mail: marcotullio@gmail.com
Telefone: (038) 3229-8284

RESUMO

introdução: As neoplasias malignas, atualmente são consideradas um problema de saúde pública devido às suas altas taxas de incidência e mortalidade a nível mundial. Entre as dez neoplasias mais freqüentes encontra-se o câncer bucal, uma doença que pode ser mutiladora e fatal caso não seja diagnosticada precocemente. O carcinoma adenóide cístico é um tipo incomum de câncer bucal originário de glândulas salivares. **Objetivo:** Este trabalho busca relatar um caso clínico de carcinoma adenóide cístico abordando suas características clínicas e histopatológicas importantes para o diagnóstico, relacionando-o com a literatura. **Material e Métodos:** O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico, com uma discussão baseada em breve revisão de literatura do tipo narrativa, desenvolvida a partir das bases de dados: Medline, Scielo, relacionada ao tema “Carcinoma Adenoide Cístico”. **Conclusão:** Ressalta-se a importância de um diagnóstico precoce e tratamento imediato desta neoplasia, a fim de aumentar a qualidade de vida e expectativa de cura do paciente. Assim, planejamento e tratamento de competência multidisciplinar é fundamental para o sucesso das condutas e bem-estar do indivíduo.

Palavras-Chave: Carcinoma adenóide cístico. Neoplasia maligna. Glândulas salivares.

Introdução:

As neoplasias malignas, também denominadas de cânceres, são condições agressivas, com altas taxas de incidência e mortalidade a nível mundial, no qual é considerado um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento.¹ Em 2012, a *International Agency for Research on Cancer* (Iarc) estimou 14 milhões de novos casos de neoplasias malignas em nível global (mais de 60% desses ocorreram nos países em desenvolvimento, como o Brasil), com 8 milhões de óbitos confirmados e a prospecção feita para 2025 aponta um número de 20 milhões de novos casos mundiais, tornando-se a segunda causa de morte de doenças-degenerativas.^{1,2}

O câncer bucal é uma das alterações patológicas de alta incidência, ocupando a sétima posição no *ranking* de neoplasias malignas,³ com a ocorrência de cerca de 16 mil novos casos no Brasil em 2016, o quarto mais freqüente na região Sudeste para o homem.¹ Ele pode acometer inúmeras estruturas, como: língua, lábio, mucosa, osso, gengiva e glândulas,⁴ sendo essa última o foco deste trabalho.

Dentre os tipos de câncer bucal, as neoplasias malignas de glândulas salivares são incomuns, sendo o mais comum o câncer oriundo do epitélio da mucosa, chamado carcinoma de células escamosas bucal. Dentre os cânceres específicos de glândulas salivares, um dos mais comuns é o carcinoma adenóide cístico (CAC). Esse tumor pode acometer glândulas salivares maiores e menores, mas cerca de 60% originam-se nas menores; sua localização mais comum é o palato, seguido da glândula submandibular e parótida. Usualmente acomete adultos de meia-idade, com discreta predileção para o sexo feminino.^{4,5,6} Apresenta-se como um aumento de volume, com crescimento lento, de superfície lisa ou ulcerada, às vezes doloroso. A dor, quando presente, pode ser consequência de tendência de invasão perineural, ou ainda paralisia ou parestesia facial quando a parótida é envolvida. Lesões originadas no palato ouseio maxilar podem exibir características radiográficas. Na microscopia, apresenta mistura de células mioepiteliais e ductais, com 3 padrões: 1) cribriforme, mais comum, representa o grau intermediário; 2) tubular, representando os tumores de baixo grau, 3) sólido, representando os tumores de alto grau. O padrão histológico dominante é usado pra classificação do tumor.⁴ O tratamento de escolha para o CAC é a excisão cirúrgica, e em alguns casos com radioterapia adjuvante, afim de aumentar a sobrevida do paciente, cuja é de aproximadamente cinco anos de vida e não equivale a cura. A terapia combinada tenta, assim, minimizar a chance de recidiva e eventual metástase a distância do CAC, com possibilidade de óbito.^{4,7,8}

Metodologia:

O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico com discussão a ser apresentada com bases em revisão de literatura, desenvolvida a partir de buscas nas bases de dados: Medline, Scielo, relacionada ao tema “Carcinoma Adenoide Cístico”. Como estratégia de busca foram usados os descritores: carcinoma adenóide cístico, neoplasias malignas e glândulas salivares, em português e inglês. Também foi utilizado livro texto referência ao assunto, bem como sites oficiais de organizações competentes: www.who.int/en e www2.inca.gov.br.

Relato de Caso:

Paciente do sexo masculino, feoderma, com 80 anos de idade, trabalhador rural aposentado, compareceu à clínica de Estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes com a seguinte queima principal: “Apareceu um calo debaixo de minha dentadura”. Na história médica, apresentou-se sem alterações sistêmicas, e relatou ainda ter deixado o hábito de fumar há 20 anos. Ao exame clínico, observou-se ausência dentária, higiene oral insatisfatória e duas lesões. A primeira, localizada na região de tuberosidade, do lado direito, tratava-se de uma pápula pedunculada, de coloração semelhante à mucosa adjacente, firme a palpação, medindo aproximadamente 0,5 cm, indolor e presente há 5 anos, embora menor em fase inicial. A segunda lesão, localizada na mucosa labial superior, tratava-se de um nódulo, de base séssil, de mesma coloração da mucosa adjacente, de consistência endurecida a palpação, sem sintomatologia dolorosa, medindo em sua maior extensão 2,5 cm, presente há 2 meses e apresentando crescimento desde então. Após a anamnese e exame clínico, foi dada a Hipótese Diagnóstica de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória para ambas as lesões e então realizada a biópsia incisional de ambas.

A microscopia apresentou da lesão em túber confirmou uma hiperplasia fibrosa inflamatória. Entretanto, o exame microscópico da lesão em lábio superior lado esquerdo mostrou a presença de epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado como revestimento, e na lâmina própria, tecido conjuntivo denso, não modelado com inúmeras ilhotas celulares circundadas por hialinização conjuntiva, nas quais exibiram em seu interior formações

pseudocísticas e estruturas ductiformes, criando aspecto cribriforme. As células eram individualmente pleomórficas, variando de ovoide à poligonais e hipercromáticas. A conclusão do laudo, diante desses achados, foi Carcinoma Adenóide Cístico. Após diagnóstico o paciente foi encaminhado ao serviço médico especializado para ressecção da lesão e sequência de tratamento e preservação.

Conclusão:

O Carcinoma adenóide cístico é uma neoplasia maligna bucal que deve ser de conhecimento dos cirurgiões. Seu prognóstico é questionável devido à possibilidade de metástases e recidivas da lesão mesmo após longos anos do tratamento da lesão primária. O tratamento muitas vezes é a terapia combinada: excisão cirúrgica e radioterapia/quimioterapia adjuvante. A priori o diagnóstico e tratamento destas são de responsabilidade dos cirurgiões dentistas, entretanto, é necessário um planejamento e tratamento de competência multiprofissional para que a qualidade de vida e saúde do indivíduo seja reposta. Assim, um diagnóstico precoce, aliado ao tratamento ideal devem iniciar o mais rápido possível, afim de obter um melhor prognóstico e sobrevida ao paciente.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. V11. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2017.
2. International Agency for Research on Cancer. Pharmaceuticals: a review of human carcinogens. Lyon, 2012 (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human, v.100E)
3. Salles, J.M.P. Qualidade de vida e perspectivas futuras. Visão do cirurgião. In: Salles, JMP. Câncer de boca: uma visão multidisciplinar. Belo Horizonte: Coopmed. p.302-5, 2007.
4. Neville, B.W; Damm, D.D; Allen, C.M; Bouquet, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Maciel, S. M.E.S; Ibrahim ,D; Silva Neto, J.C; Silva, U.H, Sobral APV. Carcinoma adenóide cístico: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.5, n.2, p. 49 - 54, abril/junho 2005.
6. Del Negro, A; Ichihara, E; Tincani, A.J; Altemani, A; Martins, A.S. Carcinoma adenóide cístico de laringe: relato de caso. Sao Paulo Med. J. [periódico online]. 2007 Sep [citado 2017 Mai 20] ; 125(5): 295-296. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802007000500010>> Acesso em: 20 mai. 2017
7. Takahama Junior, A; Almeida, O.P; Kowalski, L.P. Neoplasias de parótida: análise de 600 pacientes atendidos em uma única instituição. Braz J Otorhinolaryngol. [periódico

online].2009;75(4):497-501.Disponível

em:<<http://www.redalyc.org/html/3924/392437887005/>>Acesso em: 20 mai. 2017

8. Loiola, R.S *et al.* Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares diagnosticadas em São Luís-MA. J BrasPatolMed Lab. v. 45 n. 5 p. 413-420 Outubro, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v45n5/v45n5a12>>Acesso em: 20 mai. 2017.

CÂNCER GÁSTRICO: EPIDEMIOLOGIA, FATORES PREDISPOANTES E DESENCADEANTES

Emilly Nascimento Silva¹, João Lucas Lopes Alves², Maria Luiza Sales Araujo³, Giovanna Silva Alves⁴, Amanda Moreira Durães⁵, Simone Ferreira Lima Prates⁶.

¹ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

³ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁴ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁵ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁶ Enfermeira pela Funorte, especialista em docência pela Favenorte.

Autor corresponde:

Emilly Nascimento Silva

Cidade: MontesClaros- Minas Gerais

E-mail: emillynascsilva@outlook.com

Telefone (38)9 91298481.

RESUMO

Introdução: O câncer gástrico está entre as principais causas de mortalidade por neoplasias no mundo, sendo que no Brasil, acreditam que em 2014 ocorreram 20.390 novos casos. É uma neoplasia que apresenta grande incidência no sexo masculino, principalmente com idade em torno de 70 anos, de acordo com informações do INCA, cerca de 65% dos casos os pacientes diagnosticados possuem mais de 50 anos. Além disso, alguns fatores mais relevantes são considerados como desencadeantes da neoplasia de estômago^{1,2}. **Objetivo:** O estudo presente tem como principal objetivo descrever a epidemiologia e o perfil dos portadores do câncer de estômago baseando-se na literatura científica atualizada. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com busca de artigos em banco de dados, como o PubMed e o Scielo, utilizando as palavras-chave do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) que foram "câncer" e "estômago". **Resultados e Discussão:** Há a definição de três categorias fundamentais: fatores predisponentes ao desenvolvimento do câncer de estômago; associação da neoplasia de estômago e coinfeção por *H. pylori* e condição socioeconômica como relevante influência no surgimento do câncer gástrico, baseadas em bibliografias sobre fatores desencadeantes e predisponentes do câncer de estômago³. O carcinomagástrico acomete com maior incidência os homens, sendo duas vezes comum do que em mulheres. Entre os mais importantes fatores de risco para a sua ocorrência destacamos como destaque os hábitos como consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e baixo nível socioeconômico. A contaminação pela bactéria *H. pylori* é considerada uma das mais prevalentes e importantes patologias infecciosas crônicas na humanidade, estudos recentes mostraram que em torno de 50% da população do mundo apresenta colonização por essa bactéria no estômago. Apesar de tal fato, identifica-se que a grande parte das pessoas não apresentam sintomas, que são encontrados em apenas uma pequena percentagem (15 a 20%) de indivíduos. Ainda não foi estabelecido um consenso na produção científica sobre a influência da bactéria *H. pylori* como fator predisponente desse câncer. No entanto, sabe-se que colonização por esse microorganismo eleva cerca de seis vezes a incidência da neoplasia gástrica⁴. Outro ponto de destaque é o impacto que condições socioeconômicas inferiores

podem ser associadas à condição do paciente. Esses indivíduos, na maioria das vezes têm uma maior quantidade de diagnósticos tardios de carcinomas aptos a terem detecção precoce através de rastreamento, além de apresentarem grande dificuldade de acesso ao tratamento adequado, pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico ⁶. **Conclusão:** A partir desse estudo é possível delinear os principais fatores que influenciam no aparecimento do câncer gástrico e com isso contribuir para a prevenção da neoplasia. Contudo, sabe-se que alguns dos mecanismos desses fatores permanecem desconhecidos e apesar da interferência deles para o desenvolvimento do câncer de estômago, pacientes que os apresentam não necessariamente irão desenvolver a neoplasia.

Descritores: Câncer. Estômago. Epidemiologia.

Referências:

1. Alves, J.R; Lopes, L.R; Loureiro, M.P; Andreollo, N.A. Gastrectomia parcial vídeo assistida para câncer gástrico precoce. ABCD ArqBrasCirDig. v.24, n.3, p.235-238, 2011.
2. Antuns, D.C; Silva, I.M.L; Cruz, W.M.S. Quimioprevenção do câncer gástrico. Revista Brasileira de Cancerologia. v.56, n.3, p.367-374, 2010.
3. Aragão, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Revista Práxis.v.III, n.6, agosto 2011.
4. ARREGI, M.M.U *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período 2000-2004. Revista Brasileira de cancerologia. v.55, n.2, p.121-128, 2009.
5. Barbosa, J.A; Schinonni, M.I. Helicobacter pylori: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. Revista de Ciências Médicas e Biológicas.v.10, n.3, p.254-262, set./dez. 2011.
6. Bau, F.C; Huth, A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. Revista contexto & saúde. v.11, n.21, p.16-24, jul-dez, 2011.

]

CÂNCER DE LARINGE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thaís Santos Neves ¹, Carla Dayana Durães Abreu ², Simone ferreira Lima Prates ³, Adriana de Souza Brito Gonçalves ⁴, Thaynara Fernandes da Silva ⁵, Júlio César Figueirêdo Junior ⁶, Fernanda Viana de Moraes ⁷, Juliana Andrade Pereira ⁸

¹ Acadêmica de nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

² Acadêmica de nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

³ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE, Especialista em Docência do Ensino Superior pela FAVENORTE

⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁵ Cirurgião dentista pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁶ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

⁷ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

⁸ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte, Especialista em Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior, Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes, Mestranda em Ensino e Saúde pela Universidade Estadual Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM

Autor corresponde:

Thaís Santos Neves

Cidade: Montes Claros-

Minas Gerais

E-mail: thata.neves75@gmail.com

Telefone: (38)9 9139-6605

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haverá um crescimento de 60% de novos casos de câncer até 2020 e será em regiões menos desenvolvidas. E no Brasil, apontam cerca de 518.510 novos casos de câncer. O câncer de laringe é responsável por aproximadamente 73.500 mortes por ano no mundo. O câncer vem sendo disseminado no mundo, assim, a saúde coletiva tem mostrado estudos epidemiológicos em que ocorreram mudanças na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, havendo uma diminuição e, em contrapartida, as doenças e agravos não transmissíveis, como é o caso do câncer, tiveram aumento. Atualmente o câncer é a segunda causa de morte por doença, antecedida pelas doenças cardiovasculares e a terceira maior causa de morte, geral, na população masculina no Brasil ^{1,2,3,4,5}. **Objetivo:** este estudo teve como objetivo descrever, baseado na literatura científica atualizada, os determinantes epidemiológicos do câncer de laringe. **Métodos:** trata-se de um estudo de revisão integrativa, com busca de artigos em banco de dados, utilizando as palavras-chave do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que foram: epidemiologia, câncer e laringe. **Resultados e discussão:** apresentação das três categorias e discussão das mesmas, com achados bibliográficos de fatores predisponentes para o câncer de laringe, sintomas iniciais e manifestações clínicas após tratamentos, e morbidade e mortalidade do câncer de laringe. **Conclusão:** Diante do levantamento de dados bibliográficos, podemos perceber os fatores predisponentes do câncer de laringe, alterações clínicas após tratamentos e morbidade e mortalidade do câncer de laringe e, assim, nota-se uma grande necessidade em realizar campanhas voltadas para saúde do homem.

Descritores: Epidemiologia. Câncer. Laringe.

Referência:

1. Almeida, L.I.M; Correia, P.C.G. Expressões faciais emocionais em indivíduos laringectomizados totais. Rev.cefac.v.16, n.1, p.260-273, jan-fev 2014.
2. Altemani, A.M. A; et al. Uma nova realidade no câncer de laringe: segmento de 26 meses de linfonodo sentinela. Rev.Bras.cir.cabeça e pescoço.v.41, n.3, p.133-137, julho/agosto/setembro,2012.
3. Aquino, G. B; Dias, S.A.O. Aspectos psicológicos dos pacientes oncológicos diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. Rev. Científica da faminas. v.9, n.1, p.106-124, jan-abril 2014.
4. Augusti, A.C. V; Oliveira, I. B, Siqueira, D.M. Avaliação de voz e qualidade de vida após laringectomia supracricóide. Rev.ACR. v.18, n.4, p.353-360,2013.
- 5 Barbosa, L.N. F; Francisco, A.L. Pacientes laringectomizado total: perspectivas para ação clínica do psicólogo.Rev. Paidéia.v.21, n.48,p.73-81,jan-abril, 2011.

CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SUAS REPERCUSSÕES

Giovanna Silva Alves¹; João Lucas Lopes Alves²; Maria Luiza Sales Araujo³ ; Emilly Nascimento Silva⁴; Amanda Moreira Durães⁵; Simone Ferreira Lima Prates⁶.

¹ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

³ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁴ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁵ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁶ Enfermeira pelas Funorte, especialista em docência pela Favenorte.

Autor corresponde: Giovanna Silva Alves

Cidade: Montes Claros- Minas Gerais

E-mail: giovanna_alves22@hotmail.com

Telefone: (38)9 9181-4244.

RESUMO

Introdução: A observação do câncer no Brasil deve continuamente considerar os obstáculos atuais em relação à manutenção da coleta de dados e informações para os arquivos associados à doença no país. Na grande maioria das vezes, tais arquivos enfrentam problemas estruturais relacionados à sua manutenção, possibilitando gerar questões que refletirão nos resultados diagnósticos dos dados provenientes das diferentes localidades do país. Apesar disso, o quadro de risco do câncer presente no Brasil e suas inclinações apresentam extrema importância no âmbito da saúde pública e demonstram a necessidade contínua de realização de estudos e investigações sobre o tema, sendo substanciais para o aperfeiçoamento de políticas de saúde adaptadas que visam um controle dos carcinomas em todo o território nacional^{1,2}. **Objetivo:** Assimilar a caracterização do câncer de mama em homens e mulheres através da literatura. **Materiais e Métodos:** Para o levantamento dessa pesquisa foram analisados artigos na íntegra do idioma português, no intervalo cronológico de 2012 a 2014, sendo utilizada como meio de pesquisa a biblioteca virtual de saúde (BVS) nas bases científicas SCIELO (Scientific Electronic Library) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). Foi encontrado um total de 7 artigos, entretanto para análise e discussão foram utilizados 4. **Resultado e Discussão:** O câncer de mama é uma patologia maligna que atualmente ocupa o primeiro lugar em incidência dentre as neoplasias do sexo feminino. No ano de 2012, foram registrados 1,6 milhão casos da doença, além de 522 mil óbitos em toda a população mundial¹. No Brasil, em 2014, foram previstos 57.120 novos casos de câncer de mama, com risco calculado de 56,09 casos dentre cada 100 mil mulheres. Ainda que se observe certo aumento na sobrevivência pelo câncer de mama recentemente, os valores das taxas de mortalidade brasileira permanecem elevados, compreendendo para tal ano o número de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres². Contudo, a neoplasia mamária masculina é uma patologia infrequente. Calcula-se que, para cada 1.000 mulheres que apresentam a doença, 1 homem é diagnosticado. Tal dado equivale de 0,8 a 1% do total dos casos de câncer de mama existentes. Por ser uma doença incomum, representa também menos de 1% de todos os cânceres que acometem os homens, sendo

responsável somente por menos de 0,1% das mortes¹². Em muitos estudos, a idade média dos pacientes ao serem diagnosticados é de 60 a 70 anos (o que representa idade mais avançada em relação às mulheres³). A ocorrência também aumenta com a idade, sendo incomum antes dos 30 anos. A prevalência dos casos levando-se em consideração idade apresenta uma curva uni modal, com seu pico aos 71 anos (neste caso, o carcinoma de mama masculino se comporta de modo bem semelhante ao carcinoma de mama feminino pós-menopáusico). **Conclusão:** O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete mulheres, sendo responsável por uma taxa de mortalidade significativa, apesar do notório aumento da sobrevida recentemente analisado. Por outro lado, possui baixa incidência no grupo masculino, e o fato deste de mostrar relativamente distante dos serviços de saúde devido a questões laborais, gestão dos serviços e o ilusório pensamento de invulnerabilidade, faz com que esta patologia, ao acometê-los, se expresse de maneira mais agressiva.

Descritores: Câncer de mama. Homens. Mulheres. Epidemiologia.

Referências:

- 1.Lattin, G.E; Jesinger, R.A; Mattu, R, Glassman, L.M. Diseases of the male breast: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2013;33(2):461-89.
- 2.Tiezz, D.G. A busca pela cura do câncer de mama: devêramos começar tudo de novo? *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2014,36(6):235-6.
- 3.Medeiros, M.M.M. Abordagem cirúrgica para o tratamento da ginecomastia conforme sua classificação. *RevBrasCirPlást*. 2012;27(2):277-82.
- 4.Benito-Ruiz, J; Raigosa, M,; Manzano, M; Salvador, L. Nuevo paradigma Del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2013;39(2):121-7.

CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE CÂNCER DE BOCA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Pâmela Scarlatt Durães Oliveira¹; Brenda Leite Silva²; Gabriela Luize Guimarães Sanches³; Rene Ferreira da Silva Junior⁴; Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda⁵; Henrique Andrade Barbosa⁶.

¹Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES. Especialista em Saúde da Família na modalidade residência/UNIMONTES.

²Enfermeira. Especialista em Saúde da Família/Funorte.

³Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde – PPGCS/Unimontes. Especialista em Trauma emergência e terapia Intensiva – FCMMG.

⁴Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde/Unimontes. Especialista em Saúde da Família na modalidade residência/UNIMONTES.

⁵Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde/Unimontes. Prefeitura municipal de Japonvar.

⁶Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde (UNIMONTES). Professor das Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE), da Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI), Universidade Estadual de Montes Claros- MG (UNIMONTES). Coordenador do centro de pesquisa da FASI.

Autor para correspondencia:
Pamela Scarlatt Durães Oliveira
E-mail:pamela-scarlatt@bol.com.br
Telefone (38) 991512298

RESUMO

Introdução: O câncer de boca ou oral é uma doença multifatorial, proveniente da relação entre os fatores de riscos que atingem e alteram os mecanismos de controle da propagação e desenvolvimento do ciclo celular (Bonfante et al, 2014). **Objetivo:** Descrever a caracterização dos portadores do câncer de boca, as taxas de sobrevivência dos pacientes, gerando então uma visão ampla de como está transcorrendo o tratamento da neoplasia. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura de artigos indexado e eletrônico no periódico de 2008 a 2016 nos bancos de dados eletrônicos da SciELO, LILACS e BDeInf. **Resultados e Discussão:** O Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos portadores de câncer de boca, quando a característica é a idade, possui um leque de variações, de 19 a 95 anos devido a pré-disposição genética, que também é um forte marcador tumoral, porém o câncer de boca sem diferenciar das demais neoplasias, desenvolve de maneira rápida e usualmente é pouco conhecido o comportamento da sintomatologia clínica (Girardi, Zanella, Kroef, 2013). A etnia categoricamente acometida foram a parda com uma porcentagem de 69,19% logo após a branca com 27,02% e a negra pontuando o menor número de prevalência 3,28% (Domingos, Passalacqua, Oliveira, 2014). A falta de proteção que pessoas de cor branca enfrentam com relação aos efeitos causados pela exposição solar excessiva, já a população negra devido às características fisiológicas, que agem como se fosse uma barreira de proteção natural, têm uma menor probabilidade. Quanto ao sexo, o masculino destaca-se com maior prevalência, porém observa que à medida que a população envelhece a chance de surgir um novo caso de neoplasia bucal aumenta sem associação com o sexo (Ercole, Melo, Alcoforado, 2014). Fazem uma ressalva quanto ao uso de tabaco e fumo, população mais acometida faz o consumo excessivo de ambos associados ou separadamente, afirmando serem os fatores fundamentais para o surgimento das neoplasias. Morbimortalidade e

sobrevida dos pacientes, no Brasil a taxa de morbimortalidade sobre as neoplasias aumentou consideravelmente, em resposta às mudanças no perfil da saúde pública, onde as doenças infectocontagiosas, passaram por transições e deixaram de ser o foco dos programas governamentais, deixando o espaço para as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), e estabeleceram uma estimativa de 56 meses de sobrevida. Caráter clínico segundo o sítio anatômico, o sítio anatômico mais acometido é a língua com a taxa de 45,71%, em seguida o assoalho bucal com 18,43% e as tonsilas palatinas com grande prevalência quando o câncer em questão é o da orofaringe. O desmembramento dos casos clínicos das neoplasias da cavidade oral diferencia devido às particularidades de cada população, há àqueles que esperam a evolução da doença para poder procurar por alguma intervenção, porém, é válido lembrar que existe um leque heterogêneo de características anatômicas, assim como, quanto aos tipos histológicos dos tumores (Souza, Ferraz, Pereira, Martins, 2012). **Conclusão:** Finalizando o segmento deste estudo, percebeu-se que o câncer de boca é um dos grandes problemas nacionalmente enfrentados, pela população, tal fato justifica-se devido ao câncer de boca ser pouco divulgado pelos órgãos de saúde, e sua detecção ser cada vez mais extemporânea, o que gera um índice menor de sobrevida destes pacientes.

Palavras-chave: câncer bucal, epidemiologia, fatores de risco, higiene bucal, hábitos alimentares.

Referências

1. Bonfante, G.M.S; Machado, C.J; Souza, P.E.A; Andrade EIGI; Acurcio FA; Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Caderno de Saúde Pública. V.30; n.5; p.983-997; maio, 2014.
2. Domingos, P.A.S; Passalacqua, M.L.C; Oliveira ,A.L.B.M. Câncer bucal: um problema de saúde pública. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo. V.26; n.1; p.46-52, jan/abr; 2014.
3. Ercole, F.F; Melo, L.S; Alcoforado, C.L.G.C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem. V.18; n.1; p.1-260; jan/mar, 2014.
4. Girardi, F.M; Zanella, V.G; Kroef, R.G. Correlação entre dados clínico-patológicos e margens cirúrgicas em pacientes com carcinoma epidermoide da cavidade oral. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. V.79; n.2, p.190-195; mar/abr, 2013.
5. Souza, L.R.B; Ferraz, K.D; Pereira, N.S; Martins, M.V. Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). Revista Brasileira de Cancerologia. V.58; n.1; p.31-39, 2012.

CARACTERIZAÇÃO DAS MICOTOXINAS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER

Rodrigo Pereira Prates ¹; Jéssica Cristine Dias Acácio ²; Mariana Mendes Pereira ³; Amanda Cristina Mendes Gusmão ⁴; Paula Karoline Soares Farias ⁵; Paulo de Souza Costa sobrinho ⁶.

¹ Nutricionista. Mestrando em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM

² Acadêmico de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS

³ Nutricionista. Pós graduanda em Nutrição Clínica – Universidade Estácio de Sá.

⁴ Nutricionista. Mestranda em Produção Animal – UFMG

⁵ Nutricionista. Mestre em Produção Animal – UFMG

⁶ Engenheiro de Alimentos. Doutor em Ciência dos Alimentos – USP

Autor para correspondência: Rodrigo Pereira Prates
e-mail: rodrigo_pprates@yahoo.com.br
Telefone: (38) 9 9140 9860/ 9 9822 8980

RESUMO

Introdução: As micotoxicoses ocorrem quando há ingestão de alimentos que contém as toxinas, que são produtos secundários do metabolismo fúngico, contribuindo assim para o desenvolvimento do câncer. **Objetivo:** Caracterizar as micotoxicoses e descrever os seus mecanismos que contribuem para o desenvolvimento do câncer. **Material e métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Google Acadêmico, Portal Capes, Medline e Scielo. Foram selecionados 14 artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês para esta revisão. **Resultados:** A consequência da cronicidade de muitas micotoxinas é a indução do câncer, principalmente no fígado, pois essas toxinas interferem na replicação do DNA. As micotoxinas se ligam ao DNA e posteriormente ocorrem mutações que alteram a sua sequência causando o câncer. **Conclusão:** A consequência da cronicidade de muitas micotoxinas é a indução do câncer, principalmente no fígado, pois essas toxinas interferem na replicação do DNA.

Palavras-chave: Micotoxicose. Fungos. Câncer. Doenças fúngicas.

Introdução:

Os fungos são organismos eucariontes e multicelulares extremamente comuns na natureza, sendo utilizados tanto na medicina quanto na indústria. Esses microorganismos causam deterioração de alimentos e produzem toxinas que causam uma variedade de doenças e manifestações clínicas em animais e nos homens, desempenhando um papel de patógenos oportunistas ⁽¹⁾. As toxinas produzidas pelos fungos são conhecidas como micotoxinas, produtos do metabolismo secundário dos fungos que podem provocar doenças chamadas micotoxicoses. A partir de alguns estudos constatou-se que as micotoxinas também podem causar câncer devido as suas propriedades carcinogênicas. As micotoxinas constituem um importante fator de risco ao câncer pois podem estar presentes em diversos alimentos como grãos, cereais, frutos, leite e derivados ⁽²⁾.

Objetivo:

Caracterizar as micotoxicoses e descrever os seus mecanismos que contribuem para o desenvolvimento do câncer.

Metodologia:

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Google Acadêmico, Portal Capes, Medline e Scielo com os seguintes descritores: Micotoxicose, Fungos, Câncer, Micotoxina, doenças fúngicas. Foi dada atenção especial aos artigos que associavam os termos/expressões ‘Micotoxicose/Câncer’, ‘Fungo/Câncer’, ‘Doenças fúngicas/Câncer’. Apenas artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês foram considerados para essa revisão. Foram selecionados trabalhos publicados no período de 2000 a 2016. Inicialmente foram selecionados 8 artigos com a temática proposta. Em seguida 2 artigos foram excluídos por fugir à especificidade do tema. Assim 6 artigos foram selecionados. Utilizou-se de leitura de caráter exploratório e seletivo de forma a permitir a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

Resultados e discussão:

As micotoxicoses ocorrem quando há ingestão de alimentos que contém as toxinas, que são produtos secundários do metabolismo fúngico, contribuindo assim para o desenvolvimento do câncer ou a uma morte rápida ⁽³⁾. Quatro tipos diferentes de toxicoses podem ocorrer dependendo da quantidade de micotoxinas ingeridas: aguda, crônica, mutagênica e teratogênica. Diversos agentes químicos são reconhecidos como agentes carcinogênicos desde o séc. XVII, dentre eles as micotoxinas como a aflatoxina. No processo de carcinogênese a mutação gênica é o estágio inicial sendo nesta fase que os carcinógenos químicos ambientais iniciam a formação do tumor ⁽⁴⁾. A interação entre o DNA e os agentes químicos ocorre pela formação de ligações covalentes denominadas adutos, que são responsáveis por mutações em genes que atuam no processo carcinogênico ⁽⁵⁾. Durante todo o processo de geração do tumor ocorrem mutações que incluem translocações, inversões, deleções e ampliações no DNA, como consequência pode ocorrer a estimulação ou inibição dos proto-oncogenes e dos genes supressores de tumor ⁽⁴⁾. A carcinogênese química ocorre em três fases, a iniciação que é o primeiro passo para o desenvolvimento neoplásico, onde ocorre a indução de alterações genéticas na célula, o agente carcinogênico interage com o DNA da célula-alvo levando a alteração permanente em sua estrutura, ao final desta etapa a célula tem seu genoma alterado mas não-expresso, com isso seu fenótipo ainda é normal. A segunda fase é a de promoção que permite que a célula que foi iniciada possa expressar a alteração sofrida. Ocorre através da indução da proliferação celular, onde agentes promotores afetam a expressão da célula seja interagindo com seus receptores de membrana, com os receptores de fatores de crescimento, com proteínas reguladoras ou indutoras de mitose. E a terceira fase é a progressão onde a neoplasia maligna já esta expressa fenotipicamente, e ocorrem novas mutações genéticas que desenvolvem subclones de células neoplásicas, com isso o câncer pode se manifestar clinicamente ⁽⁶⁾.

Conclusão:

A consequência da cronicidade de muitas micotoxinas é a indução do câncer, principalmente no fígado, pois essas toxinas interferem na replicação do DNA. Para o desenvolvimento do

câncer a micotoxina se liga aos ácidos nucleicos principalmente ao DNA em uma ligação do tipo covalente e ocorre entre a molécula de micotoxina e o DNA mitocondrial dos hepatócitos. Posteriormente ocorrem mutações que alteram a sequência do DNA causando o câncer.

Referências:

1. Vecchia, A.D; Fortes, R.C. Contaminação fúngica em granola comercial. Revista Ciência e Tecnologia de Alimentos, Campinas, v.27, n.2, abr./jun. 2007.
2. Maziero, M. T.; Bersot, L. Dos S. Micotoxinas em alimentos produzidos no Brasil. Rev Bras Prod Agroind, vol. 12, n. 1, p. 89-99, 2010.
3. Rosmaninho, J. F; Oliveira C. A. F; Bittencourt, A. B. F. Efeitos das micotoxicoses crônicas na produção avícola. Arq Inst Biol, vol. 68, n. 2, p. 107-114, 2001.
4. Liu, Y.; felícia, W. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: A Risk Assessment. Environ Health Persp, vol. 118, n. 6, p. 818-824, jun. 2010.
5. Caldas, E. D.; Silva, S. C.; Oliveira, J. N. Aflatoxinas e ocratoxina A em alimentos e riscos para a saúde humana. Rev Saude Publ, vol. 36, n. 3, p. 319-323, 2002
6. Pereira, K. C.; Santos, C. F. DOS. Micotoxinas e seu potencial carcinogênico. Ensaios e C, vol. 15, n. 4, p. 147-165, 2011.

DIETA CETOGÊNICA COMO TERAPIA ADJUVANTE AO TRATAMENTO DO CÂNCER

Júlio César de Melo Paim¹, Aline Lopes Nascimento¹, Suzy Alice de Souza¹, Rodrigo Pereira Prates², Letícia Josyane Ferreira Soares³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Acadêmicos de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

²Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autor para correspondência:
Júlio César de Melo Paim.
E-mail: juliopaimbass@gmail.com
Telefone: (38) 9 9119-8803

RESUMO

Introdução: Em 1926 o bioquímico alemão Otto Warburg observou que as células cancerosas se reproduzem perfeitamente em ambiente ácido e com ausência de oxigênio, aumentando ainda dessa maneira, a sua capacidade de gerar energia via respiração anaeróbia, potencializando assim sua replicação celular. Entretanto células saudáveis tem menos capacidade de produção de energia nas mesmas condições, e entram em apoptose programada se permanecer o estado de hipóxia⁽¹⁾. Essa hipótese foi comprovada em diversos estudos so longo dos anos, como estudo realizado por Reitzer (1979)⁽²⁾ e Rossignol (2004)⁽³⁾. As células tumorais sofrem de distúrbios na fosforilação oxidativa, sendo a limitação ou impedimento da respiração aeróbica um efeito comum entre diversos tipos de câncer. Dessa forma, a respiração dessas células modificadas é quase que exclusivamente realizada por via da glicólise anaeróbica, aumentando ainda mais a requisição desse nutriente⁽⁴⁾. A dieta cetogênica, é uma dieta com alto teor de gordura, de moderado a baixo teor de proteína e carboidratos muito baixos, o que força o corpo a queimar gordura em vez de glicose para síntese de adenosina trifosfato (ATP). O baixo teor de carboidratos dessa dieta pode causar uma redução da glicose sérica e um maior controle glicêmico⁽⁵⁾. Esse tipo de dieta vem sendo bastante estudada e se mostrando uma terapia de grande valia, como tratamento adjuvante em diversos tipos de câncer, com o objetivo de reduzir tanto a velocidade do desenvolvimento tumoral quanto a regressão do mesmo^{(6) (7) (8) (9) (10)}. **Objetivos:** Investigar a eficácia e resultados da dieta cetogênica no tratamento e redução de tumores malignos. **Material e Métodos:** Para elaboração desta revisão literária foram consultados artigos científicos das bases de dados do BioMed Central, Google Acadêmico, Portal Capes (periódicos online), Scie Direct e Pubmed, dando ênfase aos trabalhos publicados nos últimos cinco anos (2012 a 2017), incluindo estudos publicados em inglês. Foram abordados 11 artigos ao todo. **Resultados e Discussão:** As células do corpo humano normalmente tem preferência por glicose, entretanto conseguem facilmente se adaptar em situações de baixa oferta desse macronutriente, produzindo energia a partir de corpos cetônicos, processo conhecido como cetose. Entretanto, de acordo com as primeiras descobertas de Warburg (1926), a célula tumoral tem grande dificuldade em produzir energia por essa via, portanto pode-se dizer que o

indivíduo em cetose se mantém nutrido enquanto priva as células tumorais de um nutriente fundamental para seu desenvolvimento. Por possuírem uma alta taxa de replicação, a célula cancerosa tem uma necessidade aumentada de glicose. É comum também que essas células se encontrem em estado de hipóxia, tendo uma maior preferência pela glicólise anaeróbia⁽¹¹⁾. O presente estudo investigou se uma dieta com restrição de carboidratos, baixo consumo de proteínas e altos níveis de ácidos graxos tendem a apresentar um quadro desfavorável para a manutenção e crescimento das células cancerosas. É importante ressaltar que o consumo de proteínas nesta prática também é baixo, com intuito de evitar a gliconeogênese a partir dos aminoácidos de cadeia ramificada. **Conclusão:** É fato que a dieta cetogênica tem capacidade de desacelerar, estabilizar e até regredir o crescimento de células cancerosas. Os resultados da pesquisa apresentam baixos riscos, e muitos benefícios na prática da dieta cetogênica como tratamento adjuvante aos demais tratamentos praticados. Embora os mecanismos pela qual a dieta produz resultados positivos ainda não são completamente elucidados, os resultados positivos apresentados pelos estudos subsidiam informações e incentivo para os diversos ensaios e estudos que estão sendo produzidos atualmente.

Palavras-chave: Câncer.Cancer cell. Glucose deprivation.Cancertherapy, Dietoterapia. Dieta cetogênica ketogenic diet.Neoplasias. Neoplasms.

Referências:

1. Warburg, O; Wind, F; Negelein, E. The metabolism of tumors in the body. The Journal of general physiology, v. 8, n. 6, p. 519, 1927.
2. Reitzer, L. J.; Wice, B.M.; Kennell, D. Evidence that glutamine, not sugar, is the major energy source for cultured HeLa cells. Journal of Biological Chemistry, v. 254, n. 8, p. 2669-2676, 1979.
3. Rossignol, R *et al.* Energy substrate modulates mitochondrial structure and oxidative capacity in cancer cells. Cancer research, v. 64, n. 3, p. 985-993, 2004.
4. Aykin-Burns, N *et al.* Increased levels of superoxide and H₂O₂ mediate the differential susceptibility of cancer cells versus normal cells to glucose deprivation. Biochemical Journal, v. 418, n. 1, p. 29-37, 2009.
5. Westman, E.C *et al.* The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Nutrition & metabolism, v. 5, n. 1, p. 36, 2008.
6. Tisdale, M. J.; Brennan, R. A.; Fearon, K. C. Reduction of weight loss and tumour size in a cachexia model by a high fat diet. British journal of cancer, v. 56, n. 1, p. 39, 1987.
7. Maurer, G.D. *et al.* Differential utilization of ketone bodies by neurons and glioma cell lines: a rationale for ketogenic diet as experimental glioma therapy. BMC cancer, v. 11, n. 1, p. 315, 2011.
8. Seyfried, T. N. *et al.* Role of glucose and ketone bodies in the metabolic control of experimental brain cancer. British journal of cancer, v. 89, n. 7, p. 1375-1382, 2003.

9 .Stafford, P *et al.* The ketogenic diet reverses gene expression patterns and reduces reactive oxygen species levels when used as an adjuvant therapy for glioma. *Nutrition & metabolism*, v. 7, n. 1, p. 74, 2010.

10 . Otto, C *et al.* Growth of human gastric cancer cells in nude mice is delayed by a ketogenic diet supplemented with omega-3 fatty acids and medium-chain triglycerides. *BMC cancer*, v. 8, n. 1, p. 122, 2008.

11. Allen, B.G. *et al.* Ketogenic diets as an adjuvant cancer therapy: History and potential mechanism. *Redox biology*, v. 2, p. 963-970, 2014.

DESENVOLVIMENTO DOS FATORES DE RISCO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thaís Santos Neves¹, Carla Dayana Durães Abreu², Simone Ferreira Lima³, Adriana de Souza Gonçalves⁴, Fylype Guimarães Barbosa⁵, Júlio César Figueirêdo Junior⁶, Fernanda Viana de Moraes⁷, Juliana Andracde Pereira⁸

¹ Graduando em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

² Graduando em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

³ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE, Especialista em didática do ensino superior pela FAVENORTE

⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁵ Graduação em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁶ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁷ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁸ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, Mestranda em Ensino e Saúde (ENSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Autor corresponde: Thaís Santos Neves

Cidade: MontesClaros- Minas Gerais

E-mail:thata.neves75@gmail.com

Telefone: (38)991396605

RESUMO

Introdução: Pressupõe que, nas mediações de mais de 1.050.000 acontecimentos atuais de câncer de mama batem, anualmente, em todo o universo, referindo-se que para 2020, prevê 15 milhões de atuais acontecimentos por ano, o qual destes, 60% acontecerá em estado em desempenho ¹Independentemente de o câncer de mama ter eventos mais alto nos países mais desempenhados, sua mortalidade é diminuída conveniente a superior efeito tanto no andamento conforme na terapêutica. Contudo, nota-se no Brasil, o aumento tanto da incidência quanto da morbimortalidade ². **Objetivo:** Objetivou-se com este estudo identificar a desenvolvimento dos fatores de câncer de mama. **Matérias e Métodos:**A temática foi abordada por meio de revisão integrativa da literatura. Realizou-se um levantamento nas bases de dados BDNF, LILACSe SCIELO no mês de agosto de 2012. Os seguintes descritores foram utilizados: Epidemiologia, Incidência, neoplasias, fatores de risco. Fizeram parte do estudo artigos científicos em português que disponibilizassem o resumo nas respectivas bases de dados e que fossem publicados no período de 2010 a 2015. **Resultado e Discussão:** Apesar de que o câncer de mama não demonstre um fundamento completamente informado, muito se tem debatido a respeito da vivência de causas referentes a um grande perigo de evolução da doença. O Ministério da Saúde determina como causas de ameaça bem determinado para o progresso do câncer de mama aqueles que se constatam convivência à vida produtiva da mulher. (menarca antecipada, anterior aos 11 anos de idade, nuliparidade, primeira gravidez maior que 30 anos de idade, uso de contraceptivos bucais, menopausa vagarosa, depois dos 50 anos, e aplicação de tratamento de substituição hormonal) ³. Porém poucas outras situações relacionadas ao modo de vida têm sido referidas como provável interferência afirmativa para o acontecido desta tranquilidade, tal como: fumo, consumação de ⁶. bebida alcoólica, costumes alimentares, obesidade, apropriação, tratando-se de grande proveito a averiguação da associação desses com as prováveis razões da evolução do câncer de mama ^{4,5}. **Conclusão:**

Conclui-se mediante o presente estudo, que dentre os fatores de risco mais prevalentes nas mulheres para o desenvolvimento do câncer de mama estão em maior predominância a falta de informação sobre essa comorbidade levando ao distanciamento às práticas preventivas e diagnósticas; os hábitos de vida como má alimentação, sedentarismo, o tabagismo e etilismo. Outro fator de relevante predominância é o uso de repositórios hormonais que se usados em períodos de longa duração podem causar predisposição ao surgimento do câncer de mama feminino.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Neoplasias da mama; Fatores de risco; Prevalência.

Referências:

1. Anjos, J.C; Alayala, A; Hofelmann, D.A. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: estudo caso-controle Cad. Saúde Colet., v.20 n.3: 341-50, Rio de Janeiro, 2012.
2. Instituto Nacional de Cancer _ INCA. Tipos de câncer. Disponível em: <Tiphttp://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama + acessado em 15/10/2014 às 18:25>.
3. Batiston *et al.* Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, abr. / jun v.11 n.2: 163-171 Recife, 2011
4. Felden, J.B.B; Figueiredo, A.C.L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil, RevCiência& Saúde Coletiva, v.16 n.5:2425-2433, 2011.
5. Gonçalves *et al.* Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. Rev. Enf. UERJ, jul/set; v.18 n.3:468-72, Rio de Janeiro, 2010.
6. Lourenço, Mauad, Vieira. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. Rev. Bras. Enf. jul-ago; v. 66 n.4: 585-91. Brasília 2013.

ESPECTRO DAS DISPLASIAS EPITELIAIS NA LEUCOPLASIA BUCAL: UMA DOENÇA POTENCIALMENTE MALIGNA

Hanna Thaynara Alves Teixeira Magalhães¹; Thaina Ribeiro Santos¹; Débora Regina Durães¹; Sabina Pena Borges², Alfredo Mauricio Batista de Paula²; Marco Túlio Brazão Silva²

¹Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros –Unimontes.

²Doutores, Professores do curso de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros –Unimontes.

Autor para correspondência:
Marco Túlio Brazão Silva
E-mail: marcotullio@gmail.com
Telefone: (038) 3229-8284

RESUMO

Introdução: A Leucoplasia é uma doença bucal que se caracteriza clinicamente como mancha ou placa branca não removível por simples raspagem e sem nenhuma causa identificável exceto o tabagismo. O diagnóstico clínico é feito após exclusão da possibilidade de todas as outras doenças que podem manifestar-se com a formação de placas brancas na mucosa (*e.g.* hiperqueratose friccional, candidose e líquem plano). Considera-se que é uma doença pré-cancerígena, ou potencialmente maligna, o que torna especial a necessidade de seu diagnóstico. Fatores como uso crônico de tabaco e álcool estão associados com o aumento do risco. O exame histopatológico pode demonstrar distintos graus de atipias nas células epiteliais, de forma que os casos de Leucoplasia podem ser histologicamente classificados em: displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada e displasia epitelial severa, onde o risco de transformação em carcinoma de células escamosas aumenta do primeiro para o último. O objetivo central desse trabalho é demonstrar dois casos de Leucoplasia bucal com graus diferentes de displasia epitelial, ilustrando o espectro das displasias e como são avaliadas. **Metodologia:** Dois pacientes que foram diagnosticados com Leucoplasias associadas a diferentes graus de displasia epitelial no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Estadual de Montes Claros em 2017 serão apresentados e comparados microscopicamente, incluindo adicionalmente a apresentação dos dados clínicos correspondentes. **Relato dos casos:** Os pacientes avaliados apresentavam graus diferentes de displasia, constando como um caso de leucoplasia com displasia leve, outro com displasia moderada e um último com displasia intensa de modo a não excluir a possibilidade de carcinoma de células escamosas inicial. Como dados clínicos intrigantes observa-se que no primeiro caso há histórico passado de câncer bucal (cancerização de campo), e no último caso, surpreende o fato de ser paciente jovem e não tabagista. **Conclusão:** Em atribuição ao fato da Leucoplasia ser considerada uma lesão com potencial de malignidade apresentando diferentes formas e graus de displasia, o diagnóstico precoce, seguido de biópsia e acompanhamento terapêutico tornam-se fundamentais para o bom prognóstico.

Palavras-Chave: Leucoplasia; Lesão potencialmente maligna; Displasia epitelial.

Introdução

Clinicamente, as Leucoplasias são definidas como manchas ou placas brancas não removíveis à raspagem, assintomáticas e que não podem ser representadas clinicamente ou patologicamente como qualquer outra doença^{1,2,3,4,5,6}. Tratam-se de lesões consideradas pré-cancerígenas, potencialmente malignas ou ainda, “precursoras” para o carcinoma de células escamosas bucal (CCEB). As Leucoplasias podem ser grosseiramente divididas em dois padrões: Homogêneas e não-homogêneas. O primeiro tipo é representado geralmente por uma lesão especialmente branca, superfície plana e fina. O perfil não-homogêneo pode apresentar uma superfície irregular, exofítica ou nodular^{3,4,6}. A OMS denomina a Leucoplasia como uma lesão com potencial de malignização, apresentando modificações estruturais, de forma que um CCEB tenha maior probabilidade de se desenvolver nelas do que em tecidos normais^{7,8,9}. O predomínio da Leucoplasia se dá entre a quarta e a sexta década de vida e em homens. Os sítios mais envolvidos são em 70% no vermelhão labial, mucosa jugal e gengiva, seguido dos locais que mais se observou transformação maligna, como a Língua, vermelhão labial e assoalho de boca⁵. Os agentes de risco relacionados com o surgimento do CCEB também estão associados no desenvolvimento das Leucoplasias, sendo eles o tabagismo, alcoolismo associado ao tabagismo, deficiência nutricional, genética, exposição crônica à radiação e infecção por HPV^{2, 3}. Uma gama de lesões semelhantes torna o diagnóstico diferencial fundamental e deve levar em conta lesões como: hiperqueratose friccional, estomatite nicotínica, leucoedema, líquen plano, morsicatiobuccarium, candidíase leucoplásica e nevo branco esponjoso^{3,4}. A displasia epitelial apresenta modificações genótípicas e fenotípicas nas células epiteliais e constituem os passos da evolução de um tecido sadio para o neoplásico^{1,10}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica as displasias epiteliais como leve, moderada e intensa, sendo respectivamente: variações arquiteturais e celulares confinadas ao terço inferior do epitélio; alterações se prolongam até o terço médio do epitélio lesado; discrepâncias que superam o terço médio e encaminham até o terço superior. Por fim, no momento em que a lesão demonstra inúmeras displasias e estão localizadas na totalidade do epitélio se denomina carcinoma *in situ*^{1,2}. Em estudos, a transformação maligna na Leucoplasia foi encontrada de 0,6 a 18% dos casos, e ainda constatou-se um período de 10 anos para que os níveis de risco reduzissem para os mesmos níveis em não fumante^{2,12}. Desta forma se faz ainda mais necessária a biopsia para avaliação histopatológica, que guiará o tratamento, sendo em suma, a remoção cirúrgica.

Metodologia

Para a realização do trabalho foram selecionados artigos nas bases SCIELO, LILACS, PUBMED, usando descritores como: Leucoplasia, Lesão potencialmente cancerizável, Displasia epitelial. Os casos apresentados foram selecionados de forma a exemplificar e ilustrar os diferentes espectros da displasia epitelial (leve, moderada e intensa), ilustrando as diferentes alterações arquiteturais e celulares segundo a OMS. Todos os pacientes foram diagnosticados com Leucoplasia na Universidade Estadual de Montes Claros, departamento de Odontologia, clínica de Estomatologia, donde foram coletados os dados clínicos. Os dados coletados se ativeram à idade, sexo, raça, hábitos tabagistas e tempo do hábito, localização da lesão, duração, diagnóstico clínico e histopatológico. Os dados histopatológicos foram obtidos a partir dos laudos emitidos no Laboratório de Patologia Bucal da instituição, e imagens representativas dos casos foram realizadas pela equipe deste estudo.

Relato dos Casos

O primeiro paciente, sexo masculino, 72 anos, feoderma, morador de zona rural, apresentou como queixa principal “Estou com uma feridinha na boca que me incomoda”. O tempo de

surgimento da lesão segundo o paciente foi de 03 meses. O paciente relatou ser fumante há mais de 40 anos e que ingeriu bebidas alcoólicas por mais de 10 anos. Não apresentou nenhuma outra alteração sistêmica. No ano de 2010 o mesmo paciente manifestou uma lesão eritematosa em assoalho de boca medindo 2,5cm, de consistência firme com bordas irregulares e superfície rugosa, sendo posteriormente diagnosticada como Carcinoma Epidermóide através do exame histopatológico. O paciente foi encaminhado para o Cirurgião de cabeça e pescoço e foirealizada uma excisão cirúrgica conservadora. Tendo se passado alguns anos, em 2017 o paciente retornou, relatando ter parado de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas desde a cirurgia em 2010. Após o exame intra-orale encontrou-se uma lesão esbranquiçada no ventre da língua, em sua porção mediana com ausência de sintomatologia. Foi realizada uma biópsia excisional da lesão branca e o resultado do histopatológico constatou Leucoplasia com Displasia leve: Os cortes histológicos evidenciaram fragmento de mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso que exibe paraqueratose e formação de projeções epiteliais em “gota”, demonstrando inversão de polaridade, pleomorfismo, aumento de proporção núcleo citoplasma e mitoses típicas em camada basal e parabasal. Dando sequência, o mesmo paciente retornou ainda em 2017 após 03 meses da última biópsia apresentando novamente lesões esbranquiçadas em língua, região de dorso e freio, lesões estas que ainda serão investigadas, com a hipótese de leucoplasias, o que corrobora com o conceito de cancerização de campo, onde lesões multifocais surgem na cavidade bucal do paciente¹³. O segundo paciente, sexo masculino de 34 anos, feoderma, morador de zona urbana, apresentou como queixa principal “ Quero tratar machucado na língua”. O paciente relatou que o surgimento da lesão foi há aproximadamente 7 meses, localizada em borda lateral de língua do lado esquerdo, assintomática. Paciente não tabagista, não etilista e sem alterações sistêmicas. A lesão se apresentava como placa branca não removível a raspagem em borda lateral esquerda de língua com contornos bem definidos medindo aproximadamente 2,5cm. A hipótese diagnóstica era de Leucoplasia e foi realizada a biópsia incisional. O exame histopatológico evidenciou mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso com ortoqueratose, hipergranulose e exibindo alterações arquiteturais com formação de projeções em “gota”. Em camadas basal e parabasal nota-se pleomorfismo nítido e aumento do número de mitoses, com áreas disqueratóticas simulando pérolas de queratina. O resultado final foi interpretado como displasia intensa devido a áreas de extensão das atípicas em espessura maior que 2/3 do total do epitélio.

Conclusão

As Leucoplasias são consideradas as principais lesões potencialmente cancerizáveis, não apresentam sintomatologia e possuem relativa frequência na cavidade oral. É fundamental que a análise histológica seja voltada para a identificação do grau de displasia, analisando a extensão de alterações arquiteturais (estratificação irregular, perda de polaridade das células basais, projeções em forma de gota, aumento de mitoses, disqueratose, pérolas córneas) e citológicas (anisonucleose, pleomorfismo nuclear, anisocitose, pleomorfismo celular, aumento de proporção núcleo/citoplasma, aumento de tamanho dos núcleos; mitoses atípicas, aumento no tamanho e número de nucléolos). Tal identificação pode ter impacto no tratamento e prognóstico dos pacientes.

Referências:

1. Pilati, SFM.; Estudo de características clínicas e histopatológicas da queilite actínica e carcinoma epidermóide de lábio. Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
2. Maia, H.C.M *et al.* Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. *Einstein*. 2016;14(1):35-40.
3. Goes, C. Weyll, B; Sarmiento, V.A; Ramalho, L.M.P. Diagnóstico diferencial e manejo da Leucoplasia bucal – caso clínico: acompanhamento de 4 anos. *RGO*, Porto Alegre, v. 55, n.1, p. 95-100, jan./mar. 2007.
4. Silva, I.C.O; Carvalho, A.T.D; Silva, L.B.C; Nagahama, M.C.V.F.B. Leucoplasia: uma revisão de literatura *RGO*, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 287-289, jul./set. 2007.
5. Neville, B.W, Damm, D.D, Allen, C.M, Bouquot, J.E. *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
6. Barbosa, P. L.F, *Avaliação Retrospectiva de Pacientes com Leucoplasia oral*. Dissertação de mestrado- Universidade de Uberlândia Programa de Pós-Graduação em Odontologia. 2011.
7. Silveira, E. J. D *et al.* Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos • *J BrasPatolMedLab* • v. 45 • n. 3 • p. 233-238 • junho 2009.
8. Junior, O.L.H. *Definição do grupo de risco para Leucoplasias bucais: Estudo Retrospectivo entre os anos de 1999 e 2009*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2009.
9. Caldeira, P.C. *Leucoplasias bucais: estudo comparativo entre o grau histológico de displasia, imunexpressão de hmlh1 e p53 e análise quantitativa de agnor*. Universidade Federal de Minas Gerais belo horizonte, 2010.
10. Castro, L.S; Nunes, M.F; Zeidler, S.L.V.V; Ribeiro-Rotta RF; *Análise histopatológica das lâminas com diagnóstico de Leucoplasia arquivadas no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás*. Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia, 2010.
11. Rodrigues, T.L.C *et al.* Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *PesquiOdontol Bras*. 14(4): 357-61, 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- *INCA, Falando Sobre Câncer da Boca*. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.
13. Braakhuis, B.J.M; Leemans, C.R; Brakenhoff, R.H. Genetic progression model of oral cancer: current evidence and clinical implications. *J Oral Pathol* 2004; 33:317-3.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE LARINGE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Karyne Andrade de Oliveira¹, Darliane Soares Silva², Henrique Andrade Barbosa³, Henrique Nunes Pereira Oliva³, Tadeu Nunes Ferreira⁴, Sarah Michaele Coimbra Rodrigues⁵, Valéria Gonzaga Botelho de Oliveira⁶, Juliana Andrade Pereira⁷

¹ Graduanda em enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

² Graduanda em enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

³ Enfermeiro e Mestre em Ciência da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes

⁴ Graduando em Medicina pela Faculdades Integradas Pitagoras – PITAGORAS

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁶ Enfermeira e Professora do Instituto Federal

⁷ Enfermeira pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas-FUNORTE, Especialista em saúde da família, didática e metodologia científica do ensino superior pela Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes, Mestranda em Ensino e Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM.

Autor para correspondência:

Karine Andrade Oliveira

E-mail: Karyne-andrade@live.com

Telefone: (038) 99744-6694

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que terá um aumento de 60% de recentes fatos de câncer até 2020 e estará em áreas quase avançadas. E no Brasil, indicam cerca de 518.510 atuais acontecimentos de câncer. O câncer de garganta é encarregado por cerca de 73.500 óbitos por ano no hemisfério. **Objetivo:** este ensinamento conteve como finalidade relatar, fundamentado na bibliografia científica modificada, os fundamentos epidemiológicos do câncer de garganta. **Métodos:** trata-se de um estudo de revisão integrativa, com busca de artigos em banco de dados, utilizando as palavras-chave do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que foram: epidemiologia, câncer e laringe. **Resultados e discussão:** exposição das três qualidades e debates das mesmas, com logrados bibliográficos de motivos predispostos para o câncer de garganta, fenômenos inaugurais e sintomas clínicos após intervenção, e morbidez e letalidade do câncer de garganta. **Conclusão:** diante do levantamento de dados bibliográficos, podemos perceber os fatores predisponentes do câncer de laringe, alterações clínicas após tratamentos e morbidade e mortalidade do câncer de laringe e, assim, nota-se uma grande necessidade em realizar campanhas voltadas para saúde do homem.

Descritores: Epidemiologia. Câncer. Laringe.

Referência:

1.Almeida, L.I.M; Correia, P.C.G. Expressões faciais emocionais em indivíduos laringectomizados totais. Rev.cefac.v.16, n.1, p.260-273, jan-fev 2014.

2. Altemani, A.M. A *et al.* Uma nova realidade no câncer de laringe: segmento de 26 meses de linfonodo sentinela. Rev.Bras.cir.cabeça e pescoço.v.41, n.3, p.133-137, julho/agosto/setembro,2012.
3. Aquino, G. B; Dias, S.A.O. Aspectos psicológicos dos pacientes oncológicos diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. Rev. Científica da faminas. v.9, n.1, p.106-124, jan-abril 2014.
4. Augusti, A.C. V; Oliveira, I. B, Siqueira, D.M. Avaliação de voz e qualidade de vida após laringectomiasupracricóide. Rev.ACR. v.18, n.4, p.353-360,2013.
5. Barbosa, L.N. F; Francisco, A.L. Pacientes laringectomizado total: perspectivas para ação clínica do psicólogo.Rev. Paidéia.v.21, n.48, p.73-81,jan-abril, 2011.

FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE PELE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Carla Dayana Durães Abreu ¹; Thais Santos Neves ², Valéria Gonzaga Botelho de Oliveira Eulálio³, Amanda Leão Wanderley Athayde ⁴, Danilton Mendes Cunha ⁵, Júlio César Figueirêdo Junior ⁶, Fernanda Viana de Moraes ⁷, Juliana Andrade Pereira

¹ Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna- Fasi

² Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna- Fasi

³ Enfermeira e Professora do Instituto Federal

⁴ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Integradas Pitagoras- Pitagoras

⁵ Graduando em Medicina pelas Faculdades Integradas Pitagoras- Pitagoras

⁶ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde Ibituruna- Fasi

⁷ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna- Fasi

⁸ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, Mestranda em Ensino e Saúde (ENSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Autor corresponde: Carla Dayana Durães Abreu,
Cidade: Montes Claros- Minas Gerais,
email: carlinha.duraes111@gmail.com e
telefone: (38) 99183-1295.

RESUMO

Introdução: Cancro de pele é o tipo de câncer com maior incidência no Brasil. Compreender as causas que conduzem a defesa à exposição aos raios solares é de grande valia para a sua prevenção ¹. A exagerada preocupação com a beleza corporal e o culto ao bronzamento, comparados a veiculação de propagandas na mídia, podem levar à exposição duradoura aos raios solares e, por vezes, indefesos.^{2,3,4} Os jovens, em particular, corresponde ao grupo mais predisposto à exposição solar inadequada, seja pela interferência de causas estéticas, seja pelo aumento de práticas de exercício físico ao ar livre ⁵. A estimativa de cancro da pele não melanoma (carcinoma basocelular e espinocelular) no Brasil para 2008 foi de 115 mil casos atuais, sendo o Distrito Federal responsável por 930 deles. Quanto ao melanoma, apesar de apresentar grande letalidade, sua incidência ainda é pouca, mas tem-se observado um considerável aumento em pessoas com pele mais clara. **Objetivo:** Conhecimento de fatores de risco para câncer da pele de acordo com a literatura. **Matérias e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, foi realizada em 04 fases. A primeira foi através da coleta dos dados que ocorreu primeiro semestre de 2017, em bancos de dados eletrônicos. Os termos utilizados na seleção foram delimitados na segunda fase, a partir dos descritores presentes em artigos adequados ao tema, lidos previamente de forma não sistemática e por meio de consulta às coleções de termos cadastrados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs). A terceira fase foi através de análise de títulos e resumos obtendo 20 estudos relevantes, onde foram excluídos 10. Na quarta fase foram analisados 10 textos completos e selecionados 9 estudos,

onde 4 foram incluídos na revisão. **Resultado e Discussão:** Entre as condições de risco que beneficiam a produção de lesões na pele, questões genéticas, história de câncer de pele na família e radiação ultravioleta (UV) já estão bem ajustadas. A radiação UV, além de colaborar com mutações gênicas, vivenciam efeito supressor no sistema de defesa da pele.⁷ geralmente, no caso do melanoma, o histórico pessoal ou familiar desse câncer representa a maior incidência de risco ³. A utilização de fotoprotetores como método ativo de defesa tem sido amplamente comentada na literatura, sendo recomendada para precaução de todas os cânceres de pele ⁴. **Conclusão:** Em um perspectiva geral, as ações de fotoproteção são executadas pela grande parte dos entrevistados, contudo, de forma incorreta e nem sempre durante exposições propositais aos raios solares; as mulheres acabam se protegendo mais dos fotodanos que os homens; o fator de risco radiação UV é muito notório, obstante a genética ainda seja menos ligada à carcinogênese, Além da exposição à radiação solar, aumentou a exposição a fontes artificiais de radiação ultravioleta. A prática do bronzeamento artificial alastra-se aceleradamente, estando a obtenção de significativa fração da população. Apesar dos enormes progressos no seu tratamento, apresenta como responsável por um número considerável de falecimentos, iniciar campanhas com operações efetivas para modificar atitudes, naquilo que os motiva e os alimenta, poderia apontar resultados nas gerações futuras.

Palavra-Chaves: Prevenção. Fotoproteção. Radiação ultravioleta.

Referências:

1. Templier C et al. Systematic skin examination in an acute geriatric unit: skin cancer prevalence. *ClinExpDermatol*. 2015;40(4):356-60.
2. Perera E, Sinclair R. An estimation of prevalence of nonmelanoma skin cancer in U.S. *F1000Res*. 2013;107. 14.
3. Belda Júnior; W, Di Chiacchio, N; Criado, P.R. Tratado de dermatologia. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2015. 15. Batista T, Fissmer MC, Porton KRB, Schuelter-Trevisol F. Avaliação dos cuidados de proteção solar e prevenção do câncer de pele em pré-escolares [Assessment of sun protection and skin cancer prevention among preschool children]. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(1):17-23. 16.
4. Fabris, M.R *et al*. Avaliação do conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com os hábitos da exposição solar e fotoproteção em praticantes de academia de ginástica do sul de Santa Catarina, Brasil [Assessment of knowledge of skin cancer prevention and its relation with sun exposure and photoprotection among gymnasium members on the south of Santa Catarina, Brazil]. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):36-43.

IMPACTO EMOCIONAL DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Geisiane Murça Marques¹; Joyce Elen Murça de Souza²; Gabriella Aparecida de Almeida Rodrigues³; Ângela Christine Lourenço⁴

1- Psicóloga, Faculdades Integradas Pitágoras (2014).

2- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília (2015).

3- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Pós-graduanda em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente.

4- Fonoaudióloga, Faculdades Unidas do Norte de Minas (2010). Especialista em Audiologia pelo CEFAC (2013).

Autor para correspondência:
Geisiane Murça Marques
E-mail: geisimurca@gmail.com
Telefone: (038) 99182-6708.

RESUMO

Objetivo: Levantar e divulgar os aspectos emocionais comumente alterados no paciente oncológico após o diagnóstico de câncer. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura, uma vez que a saúde emocional do paciente oncológico é um tema relevante e possui estreita relação com enfrentamento da doença. Para isso, utilizou-se livros, artigos científicos, documentos eletrônicos, banco de dados públicos, entre outros. **Revisão de Literatura:** O diagnóstico de câncer é vivido com angústia e ansiedade, pois a doença é rotulada como dolorosa e mortal, desencadeando preocupações em relação à morte. O paciente tem consciência da evolução negativa dos sintomas e convive com a incerteza do futuro, aumentando assim sua ansiedade, depressão, desejo suicida, falta de esperança, sensação de desamparo e até desordem psíquica. A espiritualidade é despertada e praticada intensamente pelo paciente e sua família. **Conclusão:** O diagnóstico de câncer desorganiza o sistema emocional da pessoa afetada, gerando demanda de atendimento psicológico adequado imediato.

Palavras-chave: Câncer, diagnóstico, Estratégias de enfrentamento.

Introdução

A medicina vem progredindo cada vez mais no que se refere ao tratamento do câncer, porém inúmeras metáforas ligadas ao seu diagnóstico ainda persistem, gerando no paciente e em sua família diversas reações e emoções desesperadoras. Faz-se necessário relatar que esta patologia pertence a um grupo de doenças cuja taxa de mortalidade vai depender do tipo e do estágio de desenvolvimento.¹ Tanto a sociedade quanto os profissionais da saúde podem ter dificuldade para detectar alterações emocionais em doentes oncológicos. Uma possível explicação para isso é a falta de familiaridade com os sintomas, particularmente porque alguns sintomas somáticos, frequentemente associados à depressão, podem resultar do processo maligno subjacente.² Diante do exposto, o objetivo deste estudo consiste em levantar e divulgar os aspectos emocionais comumente alterados no paciente oncológico após o diagnóstico de câncer.

Material e Métodos

Para atingir o objetivo proposto, realizou-se uma revisão da literatura, uma vez que a saúde emocional do paciente oncológico é um tema relevante e possui estreita relação com enfrentamento da doença. A revisão de literatura é descrita como a busca de informações sobre um tema ou tópico que resuma a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa. O principal objetivo da revisão de literatura é fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, para auxiliar no manejo de determinado problema. Neste tipo de estudo são abordados os tópicos relevantes sobre o tema, de forma a proporcionar ao leitor uma compreensão do que existe publicado sobre o assunto. Assim a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento. Para isso, utilizou-se livros, artigos científicos, documentos eletrônicos, banco de dados públicos, entre outros.

Revisão de Literatura

O termo câncer originou-se do latim (cancrī) e significa caranguejo. Tal terminologia está relacionada à característica do câncer - semelhante às pernas do crustáceo- e à ideia de que o câncer torna sua vítima encarcerada.³ Esta identidade expressa o impacto que o câncer tem em nosso contexto social e emocional. Atualmente, 8,2 milhões de pessoas morrem por ano de câncer no mundo. De acordo com a estimativa 2016/2017, a incidência deve aumentar, registrando 596 mil novos casos.⁴ Os agentes causadores do câncer envolvem fatores internos ou externos, porém os dois possuem fortes ligações. Em relação às causas internas podemos citar questões genéticas e a capacidade imunológica do organismo frente às causas externas. Os hábitos sociais e culturais, bem como as características do meio ambiente fazem parte dos agentes externos.⁵ As implicações físicas do câncer são reconhecidas, valorizadas e tratadas com muita eficiência, em contrapartida o equilíbrio emocional geralmente é negligenciado em vários estágios da doença. Tal afirmativa é preocupante, uma vez que dependendo do local da lesão e do estágio da doença/tratamento, o câncer pode causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desordem psíquica.⁶ O diagnóstico de câncer é vivido com angústia e ansiedade, pois a doença é rotulada como dolorosa e mortal, desencadeando preocupações em relação à morte. O paciente tem consciência da evolução negativa dos sintomas e convive com a incerteza do futuro, aumentando assim sua ansiedade.⁷ A literatura relata maior prevalência de depressão em pacientes com câncer do que em pacientes acometidos por outras enfermidades. Isso reforça o valor da detecção e reabilitação do indivíduo deprimido, haja vista que a depressão afeta a adesão ao tratamento, bem como influencia a evolução do câncer e a qualidade de vida.⁸ Outro dado clinicamente relevante consiste no alto risco de suicídio entre os pacientes com câncer.⁹ Vários fatores estão associados à conduta suicida em pacientes com câncer, tais como: sexo masculino, presença de depressão, doença maligna com pior prognóstico, declínio da função física, dor, delírio, fadiga, exaustão, falta de esperança, sensação de desamparo e deficiente apoio social.¹⁰ Em meio a angustia, ansiedade, depressão, desordem psíquica e desejo suicida, outro fato atrai a atenção após o diagnóstico de câncer, tal comportamento diz respeito à espiritualidade e seu papel como estratégia de enfrentamento da patologia, pois têm impacto admirável sobre o modo como a pessoa lida com a enfermidade.¹¹⁻¹² Cada indivíduo expressa a espiritualidade à sua maneira, relacionando-a à expectativa de sobreviver, visto que a doença amedronta e a espiritualidade renova, o que demonstra a importância do reconhecimento da mesma no tratamento psicológico do paciente.¹³

Conclusão

Contudo, faz-se necessário que os profissionais da saúde e familiares do paciente estejam cada vez mais sensíveis aos sinais e sintomas emocionais desencadeados após o diagnóstico de câncer, objetivando assim minimizar o desgaste emocional e disponibilizar o apoio psicológico necessário precocemente.

Referências:

1. Torres, W.C. A criança diante da morte. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
2. Stumm, E.M.F; Leite, M.T; Maschio, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enfermagem*. 2008;13(1): 75-82.
3. Argemi-Camon, V.A. Tendências em psicologia hospitalar. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2009.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2016/2017 de incidência de mortalidade câncer no Brasil [Internet]. INCA; 2016.
5. Kugaya, A *et al.* Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Câncer*. 2000; 88:2817-23.
6. Penna, T.L.M. Dinâmica psicossocial da família de pacientes com câncer. In: Mello Filho J, Burd M. (Orgs.) *Doença e família*: 379-89. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
7. Venâncio, J.L. Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev brasileira de cancerologia*. 2004;50(1):55-63.
8. Fanger, P.C. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 156(2):173-8.
9. Rasic, D.T *et al.* Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology*. 2008; 17:660-7.
10. Kendal, W.S. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*. 2007; 18:381-7.
11. Balboni, T.A *et al.* Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555-60.
12. Travado L *et al.* Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative Supportive Care*. 2010;8(4):405–13.
13. Guerrero, G.P; Zago, M.M.F; Sawada, N.O; Pinto, M.H. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.

IMPORTÂNCIA DO ZINCO EM PACIÊNTES ONCOLÓGICOS

Mariana Mendes Pereira¹; Rodrigo Pereira Prates²; Kássia Héllen Vieira³; Mayara Karoline Silva Lacerda⁴; Matheus Mendes Pereira⁴; Thaís Dantas de Carvalho⁵

¹ Nutricionista; Pós-graduanda em Nutrição Clínica pela Estácio.

² Nutricionista, Mestrando em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³ Nutricionista; Pós-Graduanda em Nutrição e Metabolismo na Prática Clínica e Desportiva pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE; Mestranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

⁴ Enfermeiros; Residentes em Saúde da Família.

⁵ Nutricionista; Pós-Graduanda em Nutrição e Metabolismo na Prática Clínica e Desportiva pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

Mariana Mendes Pereira
mariana.mendes05@yahoo.com.br
(38) 9 9152-8235

RESUMO

Introdução: O processo de transição nutricional é evidenciado pelo aumento da prevalência de câncer. Sendo que, tal neoplasia é responsável por 16% das mortes do mundo, caracterizando um problema de saúde pública. No Brasil, as regiões sul e sudeste são as mais prevalentes entre homens e mulheres⁽¹⁾. A nutrição vem se tornando cada vez mais importante na prevenção e no auxílio do tratamento de pacientes oncológicos. Desta maneira, os micronutrientes, principalmente o zinco, tem se mostrado eficiente nessa função. **Objetivo:** Avaliar a importância do aporte adequado de zinco em portadores de câncer. **Materiais e métodos:** O presente estudo caracteriza-se como revisão de literatura, em que foram consultados artigos científicos indexados nas bases de dados do Scielo, do Portal Capes e Bireme, priorizando os estudos mais recentes, dos últimos quatro anos (2014 a 2017). Os critérios de inclusão abrangeram a adequação à temática e o ano de publicação, enquanto os estudos que não apresentaram resultados relevantes foram excluídos. **Resultados e discussão:** O câncer é uma neoplasia que altera as células geneticamente, propiciando o crescimento e produção das mesmas de forma exacerbada, podendo invadir outros tecidos. A alimentação pode influenciar diretamente no surgimento e no tratamento dessa patologia. Dietas pobres em minerais, flavonoides, compostos fenólicos, dentre outros, comprometem a função antioxidante, características desses nutrientes. O zinco possui tal função, que tem como propriedade o combate dos radicais livres em situação de exposição e potenciais agentes agressores. Ele é um íon que também tem função estrutural e catalítica, participante do metabolismo de proteínas, carboidratos e lipídeos. Destaca-se sua fundamental participação no sistema imunológico, mantendo a integridade das células de defesa, bem como, das mucosas, protegendo o organismo de infecções. Além do exposto, ele auxilia as enzimas que participam da síntese de DNA e RNA, tendo efeito inibitório para as células cancerosas. Sendo assim, a deficiência desse mineral prejudica a produção e transcrição dos genes, aumentando assim, a prevalência da doença^(2,3,4). Tal deficiência pode ocasionar também, em disgeusia e xerostomia, prejudicando assim, a ingestão alimentar e o estado nutricional,

agravando o quadro do paciente oncológico. Estudos evidenciaram a deficiência do zinco em muitos pacientes neoplásicos antes de iniciarem o tratamento. Em um estudo realizado em São Paulo, a suplementação de zinco mostrou-se eficiente durante o tratamento quimioterápico, promovendo diminuição da fadiga e aumento da qualidade de vida⁽⁵⁾. **Conclusão:** Portanto, o aporte adequado de zinco é importante na prevenção e no tratamento do câncer, propiciando a homeostase do organismo, diminuição dos riscos e da prevalência da doença.

Palavras-chave: Câncer. Zinco. Deficiência.

Referências:

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [internet] Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Fernandes, Alicia Gomes. "Zinco e câncer: uma revisão." Saúde. com 1.2 (2016).
3. Mendes, Tamiris Gressler, and Franceliane Jobim Benedetti. "Fatores nutricionais associados ao câncer em crianças e adolescentes." *Disciplinarum Scientia| Saúde* 14.2 (2016): 265-272.
4. Silva, F.R. M. "Efeitos da exposição gestacional, lactacional e juvenil às dietas com deficiência e suplementação de zinco e suscetibilidade a carcinogênese da mama em fêmeas Sprague-Dawley." (2016).
5. De Figueiredo R. S. M *et al.* "Efeitos da suplementação de zinco na fadiga e na qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal." *Einstein (16794508)* 15.1 (2017).

IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA PREVENÇÃO DE CÂNCER

Josiane Pinto da Silva¹, Júlio César de Melo Paim¹, Ana Cristina Santos Costa¹, Rodrigo Pereira Prates², Letícia Josyane Ferreira Soares³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Acadêmicos de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

²Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autora para correspondência:

Josiane Pinto da Silva.

E-mail: silvajosiane083@gmail.com

Telefone: (38) 9 9826-4082

RESUMO

Introdução: O câncer é caracterizado pelo crescimento descontrolado de células que forma uma massa de tumor. Esta enfermidade é definida como uma doença crônica degenerativa de genes vulneráveis à mutação⁽¹⁾. A alimentação é responsável por cerca de 35% de diversos tipos de câncer, o consumo de alimentos com alto teor gordura saturada, colesterol, açúcares e baixo aporte de verduras, frutas, fibras contribui para o surgimento da doença. Acredita-se que uma alimentação saudável poderia prevenir de três a quatro milhões de novos casos a cada ano⁽²⁾. O desequilíbrio no organismo provocado pelo excesso dos radicais livres é conhecido como estresse oxidativo, o acúmulo do estresse oxidativo está relacionado com o processo de envelhecimento e com o surgimento de várias doenças, dentre elas o câncer⁽²⁾.

Objetivo: Avaliar quais são os principais tipos de alimentos que tem efeito preventivo no desenvolvimento de cânceres. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo. Foram selecionados 10 artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês para esta revisão. **Resultados e discussão:** As vitaminas A, C, E, bem como os carotenoides auxiliam na prevenção do surgimento do câncer, funcionando como antioxidantes⁽³⁾ esses são responsáveis por proteger as células contra o estresse oxidativo que pode iniciar e promover o processo carcinogênico, induzindo mutações genéticas, danos do DNA, proliferação celular e inflamação. Os carotenoides (betacaroteno, precursor de vitamina A e licopeno), vitamina C e vitamina E têm potentes propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias.⁽⁴⁾ Os flavonoides possuem propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias e contribui com o tratamento de várias doenças crônico-degenerativas, como: dislipidemias, diabetes, aterosclerose e câncer, essas doenças estão intimamente ligadas aos processos oxidativos e inflamatórios. Os flavonoides possuem a função de prevenir ou retardar o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, principalmente o câncer de cólon^(5,6). O licopeno também possui função preventiva no desenvolvimento do câncer, este nutriente atua como agente quimiopreventivo antioxidante, combate os radicais livres, retarda o envelhecimento e protege contra o câncer, principalmente de próstata, o licopeno é também encontrado no plasma e nos tecidos do corpo humano, contudo a absorção do licopeno pelo organismo é maior em molhos do que pelo tomate, uma vez que o processamento térmico melhora a biodisponibilidade, o uso de gordura insaturada associada ao uso do licopeno também eleva a sua biodisponibilidade e sua atividade antioxidante.⁽⁶⁾ Sendo assim, observa-se

a importância da alimentação em especial, dos alimentos fontes de antioxidante. Os bons hábitos alimentares auxiliam na promoção, recuperação, reabilitação, desintoxicação das células, proporcionando uma maior vitalidade aos órgãos e tecidos e auxiliando na qualidade de vida e prognóstico dos pacientes. **Conclusão:** Portanto os alimentos têm a função de desenvolver ou inibir a formação do câncer, sendo de extrema importância uma alimentação saudável rica em vitaminas antioxidantes para que se possa mudar o cenário da doença.

Palavras-chave: Alimentos. Antioxidantes. Hábitos alimentares. Neoplasias.

Referências

1. Rosa, L. M; Búrigo, T; Radunz, V. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. *Revista de enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 463-467, 2011.
- 2 - Munhoz, M. P. *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016.
- 3 - Bau, F. C; Huth, A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. *Revista Contexto e Saúde Ijuí*, v. 11, n. 21, p. 16-24, 2011.
- 4 - Sucupira, N. R. Métodos Para Determinação da Atividade Antioxidante de Frutos. *Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 14, n. 4, p. 263-269, 2012.
- 5 - Pereira, K. C; Santos, C. F. Micotoxinas e seu potencial carcinogênico. *Ensaio e ciência: Ciências biológicas, agrárias e da saúde*, v. 15, n. 4, p. 147-165, 2011.
- 6 - Miyamoto, S *et al.* Dietary flavonoids suppress azoxymethane-induced colonic preneoplastic lesions in male C57BL/KsJ-db/db mice. *Química-Biological Interactions*, v. 183, n. 2, p. 273-283, 2010.

Influência do consumo dos alimentos industrializados e a interação com as substâncias cancerígenas

Júlio César de Melo Paim¹, Aline Lopes Nascimento¹, Suzy Alice de Souza¹, Rodrigo Pereira Prates², Letícia Josyane Ferreira Soares³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Acadêmicos de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

²Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autor para correspondência:
Júlio César de Melo Paim.
E-mail: juliopaimbass@gmail.com
Telefone: (38) 9 9119-8803

RESUMO

Introdução: O câncer é uma patologia de causa silenciosa, e verifica-se o crescimento descontrolado de células que forma uma massa de tumor. Observa-se que a alimentação industrializada representa um alto índice de exposição, uma vez que o organismo tem o contato com os corantes, aditivos químicos e conservantes utilizados pela indústria, além do alto teor de sódio, gorduras e açúcares. **Objetivo:** Avaliar quais são os principais alimentos industrializados que predispõe diferentes tipos de cânceres. **Material e métodos:** Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, PubMed, Scielo com os seguintes descritores e combinações: alimentos industrializados e conservantes de alimentos; hábitos alimentares e neoplasias. Inicialmente 8 artigos foram selecionados para essa revisão, 3 artigos foram excluídos por fugir a especificidade da proposta. Assim foram abordados 5 artigos. Incluíram-se estudos nacionais e internacionais dos últimos cinco anos. **Resultados e discussão:** Observa-se o consumo excessivo dos alimentos fontes de nitritos e nitratos, presentes nos alimentos embutidos e enlatados, e associado a esta ingestão verifica-se baixo consumo de fibras que favorece uma exposição mais demorada da mucosa aos agentes cancerígenos encontrados no conteúdo intestinal, e o consumo elevado de gordura provoca alteração dos níveis hormonais, predispondo o organismo ao câncer de mama (nas mulheres) e próstata (nos homens). **Conclusão:** Portanto, é necessário limitar a ingestão de carnes vermelhas e evitar carnes processadas, evitar o consumo de alimentos e bebidas com alta densidade energética, bebidas açucaradas e alimentos do tipo *fast-food*. Além dos alimentos salgados, processados ou preservados em sal, e consumir o mínimo possível ou nenhuma carne processada (defumados, charqueados, salgados, embutidos e enlatados).

Palavras-chave: Alimentos Industrializados. Conservantes de Alimentos. Hábitos alimentares.

Introdução:

O câncer é caracterizado pelo conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. A vigilância de câncer destina-se, como em qualquer sistema de vigilância, a produzir informações para a tomada de decisões.⁽¹⁾ Essas informações provêm dos registros de câncer, dos grandes sistemas de informação em saúde, de análises e estimativas, bem como de pesquisas e estudos epidemiológicos, além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais.⁽²⁾ Esses fatores

causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese).⁽³⁾ A alimentação é responsável por cerca de 35% de diversos tipos de câncer, o consumo de alimentos com alto teor gordura saturada, colesterol, açúcares e baixo aporte de verduras, frutas, fibras contribui para o surgimento da doença. Acredita-se que uma alimentação saudável poderia prevenir de três a quatro milhões de novos casos a cada ano.⁽⁴⁾

Objetivo:

Avaliar quais são os principais alimentos industrializados que predispõe diferentes tipos de cânceres.

Metodologia:

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de cunho exploratório, baseado na análise de literaturas publicadas nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo, com os seguintes descritores e combinações: alimentos industrializados e conservantes de alimentos; hábitos alimentares e neoplasias. Inicialmente 8 artigos foram selecionados para essa revisão, 3 artigos foram excluídos por fugir a especificidade da proposta. Assim foram abordados 5 artigos. Incluíram-se estudos nacionais e internacionais dos últimos cinco anos.

Resultados e discussão:

Os alimentos industrializados, principalmente os embutidos como salsicha, salame, presunto, estão relacionados diretamente com o surgimento da doença, pois estes tipos de alimentos possuem nitritos e nitratos, usados como conservante de alimentos aos quais é um importante agente carcinogênico, este tipo de alimento é responsável pelo alto índice de câncer de estômago, uma vez que os nitritos e nitratos no estômago transformam em nitrosamina que é uma substância cancerígena.⁽⁵⁾ A ingestão de alimentos que contenham nitritos e nitratos faz com que as células formem tumores por mecanismos que aumentam os compostos nitrosos e, agregado ao aumento de radicais livres, provocam lesão das células na parede do estômago, diminui a produção do muco, fator de proteção, o que aumenta a chance de desenvolvimento de câncer de estômago.⁽⁶⁾ A principal preocupação com o uso de nitratos nos alimentos é devido ao excesso na dieta e pela formação endógena de nitrosaminas. O processo de nitrosação endógena pode ser bloqueado pela ação de antioxidantes, pois o processo de nitrosação não acontece na presença de ácido ascórbico (vitamina C), o qual bloqueia a conversão de nitrato e nitrito.⁽⁷⁾ A aflatoxina é outra micotoxina que possui efeito carcinogênico. Essas micotoxinas são produzidas pelos fungos *Aspergillus flavus*, *Aspergillus parasiticus* e *Aspergillus nomius* é a micotoxina mais disseminada no Brasil. O mecanismo de carcinogênese gerado pela aflatoxina envolve o surgimento ou a progressão do tumor. Ela participa na ativação da proto-oncogênese causando também mutações no gene p53. A p53 é uma fosfoproteína envolvido no processo de crescimento e diferenciação celular. Quando a fosfoproteína p53 perde suas funções as mutações são transmitidas para as células e em algum momento desencadeia a transformação celular. As aflatoxinas contaminam principalmente o amendoim, mais pode causar contaminação também no milho e castanha-do-brasil. Ela é conhecida como a substância natural que mais tem o poder carcinogênico, devido a sua hepatotoxicidade.⁽⁸⁾ O uso de carne assada tem se mostrado outro fator de risco para o câncer, principalmente de estômago e esôfago, pois produzem compostos como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e aminas heterocíclicas que apresentam efeito carcinogênico.⁽⁹⁾ Os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos são formados a partir do processo de combustão de matérias orgânicas e possui uma ampla distribuição no ambiente,

considerada altamente cancerígena por ser metabolizada por enzimas hepáticas que ligam-se ao DNA causando erros de replicação e mutação.⁽¹⁰⁾

Conclusão:

Pode-se concluir que os fatores ambientais como, por exemplo, a alimentação inadequada, ou seja, rica em alimentos gordurosos, açucarados e industrializados corroboram para o surgimento do câncer, entretanto uma alimentação saudável rica em vitaminas antioxidantes pode mudar o cenário da doença, principalmente na sua fase inicial impedindo os danos oxidativos no DNA das células. É necessário realizar medidas preventivas como palestras sobre alimentação saudável, atividades de educação nutricional, acessibilidade ao diagnóstico precoce com o intuito de mudar os números alarmantes de novos casos da doença.

Referências:

1. Munhoz, M. P *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016.
2. Bau, F. C; Huth, A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. Revista Contexto e Saúde Ijuí, v. 11, n. 21, p. 16-24, 2011.
3. Polônio, M. L. T; Peres, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. Caderno de Saúde Pública, v. 25, n. 8, p. 1653-1666, 2009.
4. Pereira, K. C; Santos, C. F. Micotoxinas e seu potencial carcinogênico. Ensaio e ciência: Ciências biológicas, agrárias e da saúde, v. 15, n. 4, p. 147-165, 2011.
5. Oliveira, V. A. Relação entre consumo alimentar da população nordestina e o alto índice de câncer gástrico nesta região. Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade, v. 7, n. 3, p. 06-24, 2014.
6. Song, M; Garrett, W. S; Chan, A. T. Nutrients, foods, and colorectal cancer prevention. Gastroenterology, v. 148, n. 6, p. 1244-1260, 2015.
7. Sucupira, N. R. Métodos Para Determinação da Atividade Antioxidante de Frutos. Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde, v. 14, n. 4, p. 263-269, 2012.
8. Miyamoto, S. *et al.* Dietary flavonoids suppress azoxymethane-induced colonic preneoplastic lesions in male C57BL/KsJ-db/db mice. Química-Biological Interactions, v.183, n. 2, p.273-283, 2010.
9. Costa, J. A. P; Matias, A. G. C. Câncer de próstata e a relação quimiopreventiva do licopeno: revisão sistematizada. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 8, n. 4, p. 223-238, 2014.

LINFOMA DE BURKITT: RELATO DE CASO

Polliana Ferreira Mendes Capuchinho¹; Mário Rodrigues de Melo Filho²;Lucyana Conceição Farias³; Priscila Bernadirno Miranda Soares⁴

¹Graduanda em Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros

²Doutor em Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros

³Doutora em Medicina Molecular - Universidade Federal de Minas Gerais

⁴Mestre em Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros

Autor para correspondência:
Polliana Capuchinho
pollycapuchinho@hotmail.com
(38) 9 9217-9067

RESUMO

Introdução: O Linfoma de Burkitt (LB) é uma neoplasia maligna, de caráter altamente agressivo, originada nos linfócitos B, que representa um linfoma indiferenciado. ^(1,2) Foi documentado pela primeira vez em 1958 pelo médico Denis Burkitt, como uma neoplasia maligna que acometia, principalmente, os ossos gnáticos de crianças africanas. ^(2,3) Por ter sido constantemente observado na África, o termo Linfoma de Burkitt africano também pode ser aplicado à doença. ⁽¹⁾ Tem sido postulado em diversos estudos, que esta malignidade está fortemente relacionada ao vírus Epstein-Barr (EBV), entretanto os mecanismos envolvidos ainda não são inteiramente compreendidos. ^(4,5,6) Aparentemente, o EBV altera os mecanismos de morte celular, o que contribuiria para o desenvolvimento e manutenção do LB. ⁽⁴⁾ O LB acomete especialmente crianças, com pico de prevalência por volta dos 7 anos de idade, com predileção pelo masculino. Em torno de 50% a 70% dos casos envolvem os ossos gnáticos, sendo a maxila duas vezes mais comumente afetada que a mandíbula. ^(1,2,4) Os sinais clínicos mais comuns da lesão são tumefação da região afetada, de rápida evolução, podendo levar a assimetria facial. Pode ser observado também mobilidade dentária quando os processos alveolares estão envolvidos. ^(2,4) Radiograficamente as características são consistentes de uma lesão maligna, com destruição óssea radiolúcida com margens irregulares e mal definidas. ⁽¹⁾ **Objetivo:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de Linfoma de Burkitt em criança de 11 anos de idade, enfatizando os aspectos clínicos exibidos por esta lesão. **Relato de caso:** Paciente L.V.M., gênero feminino, feoderma, 11 anos e procedente de Pirapora-MG, foi encaminhada à Clínica de Estomatologia da Unimontes, com a queixa de tumefação na região da maxila do lado esquerdo, com aproximadamente um mês de evolução e de crescimento rápido. Ao exame físico foi observado um grande aumento de volume na maxila esquerda com elevação da asa do nariz, causando deformidade facial. Ao exame intraoral observou-se uma massa tumoral de coloração variável, alternado entre áreas de coloração normal, hiperemiadas, ulceradas e até necróticas, envolvendo quase todo hemiarco esquerdo. O dente 23 apresentou-se completamente envolvido pelo tumor. As radiografias periapical e oclusal revelaram uma destruição óssea difusa com perda de sustentação dos dentes da região e deslocamento dos elementos 22 e 23. A radiografia panorâmica indicou ainda, perda óssea do dente 17, deslocamento do dente 18 e invasão do seio maxilar direito. Também foi observado imagens tipo "saca bocados" nos ramos mandibulares. Foi realizado

biópsia incisional e o resultado do exame histopatológico foi Linfoma de Burkitt. A paciente foi encaminhada para o Serviço de Oncologia do Hospital Santa Casa de Montes Claros, onde foi iniciado o tratamento com sessões de quimioterapia. **Conclusão:** O Linfoma de Burkitt é uma neoplasia rara, que exhibe afinidade pelos ossos gnáticos, principalmente em pacientes na primeira década de vida. O caso relatado apresentou características clínicas em concordância com as observadas na literatura. Apesar de rara, esta lesão deve ser considerada como possibilidade de diagnóstico em caso de lesões de crescimento rápido, envolvendo mandíbula e maxila, com limites radiográficos indefinidos e que causem aumento de volume, uma vez que o prognóstico do paciente está diretamente relacionado ao tempo de evolução da lesão.

Palavras-chave: Linfoma de Burkitt. Linfoma Oral. Neoplasia Oral. Vírus Epstein-Barr.

Referências

1. Neville, B.W; Damm, D.D; Allen, C.M; Bouquot, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
2. Santos, I.G.P; Danda, T.F.Q; Teixeira, A.L.S. Clinical and tomographic findings of Burkitt's lymphoma in pediatric patients - case report. Rev. Cir. Traumat. Buco Maxilo-Facial. V. 15, n.2, p 21-26; abr./jun, 2015.
3. Franche G; Arrame, J.L.F; Brinckman, C.A; Oliveira, J.B.R. Linfoma de Burkitt: Relato de caso. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. V. 64; n 5; p 526-530; set/out, 2008
4. Freitas, R.A; Barros, S.S.L.V; Quindere, L.B. Linfoma de Burkitt oral: relato de caso. Rev. Bras. Otorrinolaringol. V. 74; n 3; p 458-461; jun, 2008.
5. Rebelo, P. H.A *et al.* Burkitt's lymphoma of the jaws in the Amazon region of Brazil. Patologia Oral e Cirurgia Bucal. V. 19; n 1; p 32-37; jan, 2014.
6. Simette, R.L *et al.* Burkitt's lymphoma. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. V. 36; n 1; p 53-55; fev-mar, 2007.

METÁSTASE PARA CAVIDADE ORAL: RELATO DE DOIS CASOS

Naiara Alves Maciel Schiavinato³; Lívia M.R. Paranaíba¹; Ciro Dantas²; Mário Rodrigues de Melo Filho³; Luis Antônio Nogueira dos Santos³; Breno A. Rocha⁴

¹Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

²Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP-FOP)

³Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

⁴Serviço de Odontologia Oncológica, Santa Casa de Montes Claros

Autor para correspondência:

Naiara Alves Maciel Schiavinato

E-mail: naiaraschiavinato@hotmail.com

Telefone: (38) 991967516

RESUMO

Introdução: Tumores metastáticos em boca são raros, representando cerca de 1% de todas as neoplasias malignas da cavidade oral.¹ Tais metástases surgem de várias localizações incluindo pulmão, mama, rim, próstata e colon.² **Objetivo:** Apresentar dois casos clínicos de metástases para cavidade oral originando de tumores primários de pulmão e esôfago em pacientes com 55 (caso 1) e 61 (caso 2) anos de idade, respectivamente. **Relato de caso:** A gengiva inferior e anterior foi o sítio de envolvimento oral das metástases e, clinicamente, uma tumefação indolor de consistência firme com, no mínimo, 2cm em seu maior diâmetro foi observada. Uma parestesia em lábio inferior também foi identificada no caso 2. Os exames de imagem revelaram reabsorções extensas com contornos irregulares (“roído de traça”) e dentes em flutuação nas áreas envolvidas. As lesões foram submetidas à biopsia incisional e os resultados anatomopatológicos e imuno-histoquímicos revelaram adenocarcinoma de pulmão (caso 1) e carcinoma espinocelular de esôfago (caso 2). Os pacientes seguiram com progressiva piora do estado geral e vieram a óbito um mês após o diagnóstico das metástases em boca. Vale ressaltar que o diagnóstico de metástase em boca ocorreu depois de um mês para o caso 1 e 4 meses para o caso 2, após o diagnóstico do tumor primário. **Conclusão:** Metástase em boca são sempre um diagnóstico desafiador e tais lesões se assemelham com distúrbios comuns inflamatórios e reacionais da cavidade oral. Alguns tumores também devem ser considerados no diagnóstico diferencial, como linfomas e carcinomas espinocelulares. Portanto, consideramos que aspectos microscópicos e imuno-histoquímicos são fundamentais para o diagnóstico. Vale mencionar que a presença de sensibilidade alterada nas áreas dos maxilares e lesões em mucosa oral de pacientes com diagnóstico prévio de neoplasias malignas devem ser um alerta para os clínicos considerando a possibilidade de lesões malignas metastáticas.

Palavras – chave: Metástases. Cavidade oral. Lesões malignas.

Referências:

1. Antunes, A.A; Antunes, A. P. Metástases dos ossos gnáticos: estudo retrospectivo de 10 casos. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [Internet]. 2008 Aug [cited 2017 May 27]; 74(4):

561-565. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992008000400012>.

2.Machado, B.E. L. Metástases para a cavidade oral: estudo retrospectivo e análise crítica da literatura [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016 [cited 2017-05-27]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23139/tde-03112016-144355/>.

NEOPLASIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE EM ÂMBITO NACIONAL

Mariana Paranhos Magalhães¹; Flávio Marconiedson Nunes¹; Daniel Costa Silveira¹; Inácio Luiz Morais Neves¹; Gabriella de Sá Oliveira²; Henrique Nunes Pereira Oliva^{1,3}

¹Graduando em Medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

²Psicóloga especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior-UNIMONTES

³Mestre em Engenharia e Professor das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

Mariana Paranhos Magalhães
marianaparanhosmagalhaes@gmail.com
(38)99890-4162

RESUMO

Introdução: O câncer infanto-juvenil representa cerca de 3% do total de neoplasias em grande parte das populações⁽¹⁾. No Brasil, caracteriza-se como a terceira causa de morte por doença em pessoas de zero a 14 anos e vem apresentando taxas crescentes⁽²⁾. Apesar da alta sobrevida, a doença é considerada incomum e, por isso, tem o diagnóstico frequentemente realizado de forma tardia⁽³⁾. **Objetivo:** Analisar as internações hospitalares decorrentes de neoplasias em crianças e adolescentes no Brasil e identificar a faixa etária, a raça e o gênero mais acometidos, bem como demais dados referentes às internações. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo, com delineamento retrospectivo e transversal na coleta de dados. A fonte utilizada foi o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As internações foram pesquisadas conforme a Lista de Tabulação CID-BR da CID-10, segundo os locais de internação, em indivíduos de 0 a 19 anos, no período de 2008 a 2016, e os dados foram analisados a partir de estatística descritiva com uso do Microsoft Excel 2007. Inicialmente foi estabelecido um cruzamento dos dados referentes às internações hospitalares por neoplasias em crianças e adolescentes no respectivo período e território e, posteriormente, procedeu-se ao estudo quantitativo destes para identificação das variáveis pré-estabelecidas. O presente estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em virtude da caracterização secundária dos dados. **Resultados/Discussão:** Foi identificado um total de 501.719 internações hospitalares por neoplasias em indivíduos de até 19 anos de idade. Destas, 271.542 foram do sexo masculino e 230.177 do sexo feminino. Do total de internações, 4,4% ocorreram em crianças menores de 1 ano; 22,8% em crianças entre 1 e 4 anos; 22,2% em crianças entre 5 e 9 anos; 23,5% entre 10 e 14 anos e 27,1% entre 15 e 19 anos. Observou-se uma isonomia na distribuição dos casos quanto à faixa etária, não sendo identificada predominância significativa entre as idades, exceto entre crianças com menos de 1 ano de idade, que apresentaram baixa prevalência. Quanto à raça, o estudo evidenciou maior predominância entre brancos/amarelos/pardos, responsáveis por 87,2% dos casos. O valor médio das internações foi de 1.425,23 reais. Há de se ressaltar, entretanto, o alto valor médio gasto com crianças menores do que 1 ano de idade, que foi de 3.388,21 por internação. A média de permanência hospitalar foi de 6,4 dias, com destaque novamente para os < 1 ano que apresentaram média de 11,5 dias. A taxa de mortalidade foi diretamente proporcional à idade, com exceção dos < 1 ano que apresentaram as maiores taxas. Em relação às regiões brasileiras, a Região Sudeste apresentou os maiores números absolutos de internações, sendo responsável por 44,3% do total de casos estudados. As demais regiões apresentaram os seguintes números: Norte, 4,2%; Nordeste, 24,2%; Sul, 20,9%; Centro-Oeste, 6,4%.

Conclusão: A análise das internações hospitalares decorrentes de neoplasias infanto-juvenis no Brasil permitiu identificar uma isonomia em relação à faixa etária e gênero. A raça, entretanto, apresentou discrepância significativa, sendo os negros menos acometidos. As neoplasias em crianças menores de 1 ano mostraram-se bastante onerosas, tanto para os pacientes quanto para o Estado, apresentando altos gastos com internações.

Palavras-chave: Neoplasias. Câncer infantil. Câncer infanto-juvenil.

Referências

1. Parkin, D.M *et al.* International incidence of childhood cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1988.
2. Braga, P.E; Latorre, M.R.D.O; Curado, M.P. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cad Saúde Pública*.jan-fev;18(1):33-44, 2002.
3. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: WHO, 1998.

PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL: INCIDÊNCIA E ESTADO NUTRICIONAL

Letícia Josyane Ferreira Soares¹, Jéssica Cristine Dias Acácio², Aline Lopes Nascimento², Ana Cristina Santos Costa², Rodrigo Pereira Prates³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

²Acadêmicas de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

³Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autora para correspondência:

Letícia Josyane Ferreira Soares.

E-mail: leticiasoes.nutricionista@yahoo.com.br

Telefone: (38) 9 9921-1596

RESUMO

Introdução: É comum o quadro de desnutrição em pacientes oncológicos. Na maioria das vezes, este quadro pode sinal da presença de neoplasia maligna. **Objetivo:** Descrever a estimativa do câncer no Brasil e o estado nutricional de pacientes oncológicos. **Material e métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo. Foram selecionados 11 artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês para esta revisão. **Resultados e discussão:** No ano de 2012 em todo o mundo houve incidência de mais de 14 mil novos casos de câncer. Para o gênero masculino a maior incidência foi pulmão, próstata e reto. Para o gênero feminino foi mama, reto e colo do útero. No ano de 2014 estimaram-se para o Brasil 12.870 casos novos de câncer de estômago em homens e 7.520 em mulheres. Aproximadamente 80% dos pacientes com câncer apresentam desnutrição no momento do diagnóstico. **Conclusão:** Dentre os estudos analisados observou-se uma considerável presença de desnutrição, concomitante com manifestação de sintomas gastrointestinais decorrentes do tratamento antineoplásicos que prejudicam a adequada nutrição.

Palavras-chave: Neoplasias. Câncer. Epidemiologia. Estado Nutricional

Introdução:

O câncer inicia-se a partir de mutações no genoma celular, as quais provocam alterações na expressão ou função dos genes, originando uma célula transformada que não atende aos sinais de controle, proliferação, morte e diferenciação. Como consequência dessas mutações têm-se o câncer. O quadro de desnutrição é frequente em pacientes oncológicos e muitas vezes esse quadro pode ser o sinal que revelará a presença do câncer. Diversos fatores contribuem para a perda de peso, dentre eles, ocupam papéis importantes a produção de mediadores inflamatórios e catabólicos⁽¹⁾.

Objetivo:

Descrever a incidência do câncer no Brasil e o estado nutricional de pacientes oncológicos.

Material e métodos:

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Portal Capes, Medline e Scielo com os seguintes descritores: Neoplasias. Câncer. Epidemiologia. Estado Nutricional. Foi dada atenção especial aos artigos que associavam os termos/expressões ‘Câncer/epidemiologia’, ‘Câncer/estado nutricional’, ‘neoplasias’. Apenas artigos disponíveis na íntegra e em português e inglês foram considerados para essa revisão. Foram selecionados trabalhos publicados no período de 2000 a 2017 com seres humanos de ambos os sexos. Inicialmente foram selecionados 14 artigos com a temática proposta. Em seguida 3 artigos foram excluídos por fugir à especificidade do tema. Assim 11 artigos foram selecionados. Utilizou-se de leitura de caráter exploratório e seletivo de forma a permitir a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

Resultados e discussão:

No ano de 2012 em todo o mundo houve incidência de mais de 14 mil novos casos de câncer. Para o gênero masculino a maior incidência foi pulmão, próstata e reto. Para o gênero feminino foi mama, reto e colo do útero. O câncer de estômago esteve em quarto lugar para homens e em quinto para mulheres⁽²⁾. No Brasil, a incidência de câncer masculino, para 2014, foi próstata, traqueia, brônquio, pulmão, cólon e reto e feminino foi mama, cólon, reto e colo de útero. Para homens, o câncer de estômago esteve em quarto lugar e, para mulheres, em sexto. No ano de 2014 estimaram-se para o Brasil 12.870 casos novos de câncer de estômago em homens e 7.520 em mulheres. Esses valores predizem um risco estimado de 13,19 casos novos a cada 100 mil homens e 7,41 a cada 100 mil mulheres. Estimou-se ainda 17.530 casos novos de câncer de cólon e reto em mulheres e 15.070 em homens. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15,44 casos novos a cada 100 mil homens e 17,24 a cada 100 mil mulheres⁽³⁾. Em um estudo multicêntrico foi avaliada a incidência de desnutrição em pacientes hospitalizados utilizando o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI), que classificou como desnutridos 66,4% dos pacientes internados com diagnóstico de câncer, sendo 45,1% desnutridos moderados e 21,3% desnutridos graves. Por ser sistêmico, o tratamento quimioterápico afeta tanto as células cancerígenas quanto as células saudáveis do organismo, desencadeando reações adversas no paciente. As células do trato gastrointestinal, com alta capacidade de replicação, são umas das mais atingidas dentre as células normais do organismo durante o tratamento antineoplásico. Esse fato explica a recorrente ocorrência de sintomas gastrointestinais adversos, como mucosite, vômito, náusea, anorexia, xerostomia, disfagia, constipação e diarreia nos pacientes⁽⁴⁾. No hospital Barão de Lucena, em Recife, um estudo realizado entre abril e maio de 2010 com 30 pacientes de ambos os sexos, diagnosticados com câncer gastrointestinal e indicados para cirurgia, com idade entre 27 e 91 anos, 83% da amostra foram considerados desnutridos de acordo com a ASG-PPP, enquanto 40% foram classificados segundo o IMC. Sintomas gastrointestinais, como dor (38%), vômito (28%), náusea (25%) e diarreia (22%), também foram relatados pelos indivíduos investigados⁽⁵⁾. A utilização de suporte nutricional apresenta-se como uma alternativa para minimizar o risco de desnutrição e consequente complicação do tratamento antineoplásico nesses pacientes. A suplementação oral foi a mais utilizada pelos pacientes avaliados neste estudo (42,5%) dentre as opções disponíveis. Outro estudo classifica o suplemento oral como o método mais natural e menos invasivo para aumentar a ingestão calórica dos pacientes⁽⁶⁾.

Conclusão:

Dentre os estudos analisados observou-se uma considerável incidência de neoplasias além da presença de desnutrição, concomitante com manifestação de sintomas gastrointestinais decorrentes do tratamento antineoplásicos quais prejudicam a adequada nutrição. A terapia nutricional reduz os efeitos adversos do tratamento e do risco de desnutrição, melhorando a tolerância ao tratamento, a qualidade de vida e o prognóstico dos pacientes.

Referências:

- 1.Santarpia, L; Contaldo, F; Pasanisi, F; Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2011;2(1):27-35
2. Ferlay, J *et al*. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base [Internet]. Lyon, France. International Agency for Research on Cancer; 2013 [acesso 2017 abr 09]. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>.
- 3.Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil – 2014 [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [acesso 2017 abr 09]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>
4. Calixto, L.L *et al*. Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy. *Nutr Hosp*. 2012;27(1): 65-75.
5. Lima, K.V.G; Maio, R. Nutritional status, systemic inflammation and prognosis of patients with gastrointestinal cancer. *Nutr Hosp*. 2012;27(3):707-14.
- 6.Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *Eur J OncolNurs*. 2005;9(suppl 2):S74-83

PERFIL DAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS PELA PATOLOGIA DE CÂNCER DE ÚTERO E COLO DO ÚTERO:

Darlíane Soares Silva¹; Karyne Andrade de Oliveira²; Valéria Gonzaga Botelho de Olibeira³; Henrique Andrade Barbosa⁴; Claudia Daniela Leão⁵. Júlio César Figueirêdo Junior⁶, Fernanda Viana de Moraes⁷, Bruna Queiroz Vieira⁸, Juliana Andrade Pereira⁹

¹Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

²Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

³ Enfermeira e professora pelo Instituto Federal

⁴ Enfermeiro e Mestre em Ciência da saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES

⁵ Enfermeira e Mestre em Ciência da saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES

⁶ Enfermeiro pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁷ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI

⁸ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, Mestranda em Ensino e Saúde (ENSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Autor correspondente: Darlíane Soares Silva

Cidade: Montes Claros- Minas Gerais

E-mail: darlianesoares30@hotmail.com

Telefone: (38) 9 97294275

RESUMO

Introdução: O cancro de útero e colo do útero é a segunda neoplasia mais frequente que atinge mulheres de todo o mundo, está previsto em torno de 500.000 casos novos a todo ano, havendo maior impacto nos países em progresso, pois tem um perfil significativo, observada em todos os territórios do mundo que é a maior ocorrência de cancro uterino em relação direta com vulnerabilidade social¹. **Objetivo:** Teve como objetivo conhecer a caracterização das portadoras de câncer de útero e colo de útero. **Matéria e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa segundo artigos publicados entre 2009 a 2014. Dos 60 artigos potencialmente relevantes 25 foram excluídos, 35 artigos analisados integralmente, selecionados 23 artigos e incluído 12 na revisão. **Resultado e Discursão:** Constatou-se que os elementos socioeconômicos e sociodemográficos são assinalados pela faixa etária, condições de escolares e o não acesso ao zelo a saúde, os elementos epidemiológicos caracterizados pela regularidade do Papanicolau, alimentação, sobrepeso, tabagismo e etilismo, e os elementos clínicos marcados pelo princípio prematuro da relação sexual, e pelo HPV, e outras ISTs. O cancro de útero e colo de útero tem ligação direta com as circunstâncias socioeconômicas do público feminino, seu maior índice se dá nos países em progresso quando comparado aos avançados, pois tem uma característica significativa, ponderada em todo o mundo em que a maior ocorrência de cancro uterino com associação direta a instabilidade social². Todavia, no que diz respeito ao rastreamento do cancro de colo do útero, constata-se uma menor incidência de mortalidade quando se faz o exame. Há grande consciência de vantagem para as mulheres quando realizado frequentemente pelo exame citopatológico, sendo esta a estratégia de precaução mais realizada no país. Estudos demonstram uma ligação direta com mulheres que fumam e/ou bebem e com vida sedentária são mais vulneráveis a um diagnóstico de cancro de colo de útero^{3,4}. **Conclusão:** Conclui-se que no intervalo estudado, qual seja entre 2009 e 2014, a produção científica sobre a caracterização das portadoras do câncer de útero e colo do

útero está centralizada nos fatores socioeconômico/sociodemográfico, epidemiológico e clínico das portadoras deste câncer. Neste estudo, pode-se observar a falta de orientação e entendimento da população feminina em relação às prevenções do câncer de útero e colo do útero e sobre os hábitos de uma melhor qualidade de vida. Evidencia-se também a necessidade de ampliar o acesso da população feminina adolescente de forma a ter uma maior adesão dessas mulheres ao Papanicolau, é preciso praticas de promoção de saúde nas instituições de ensino para que estas ofereçam suporte educacional em saúde para as adolescentes.

Palavras-chaves: Cancêr útero. Cancêr do colo útero. Diagnostico.

Referências:

1. Albuquerque, K.M *et al.* Cobertura d teste Papanicolau e fatores associados a não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.2,p.301-309, 2009.
2. Anjos, S J.S.B *et al.* Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 4, p.508-513, 2013.
3. Bitencourt, L. M. P. Câncer de endométrio: mortalidade populacional e sobrevida de uma coorte hospitalar, no Rio de Janeiro, Brasil. 2011. 83. Dissertação (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública e Meio Ambiente) -Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.
4. Cirino, F.M.S. B; Nichiata, Y. I; Borges, A.L.V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14. n.1, p.126-134, 2010.
5. Farnese, J.M.; Hoffman, E. J. Avaliação do Rastreamento para câncer de colo uterino em duas equipes de Estratégia de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Revista Baiana de Saúde Pública, v. 37, n.1, p.34-44, 2013.
6. Fonseca, A.J *et al.* Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo do útero no Estado de Roraima: perspectiva do SUS, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p.940-946, 2010.

PERFIL DAS PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

Carla Dayana Durães Abreu ¹; Thais Santos Neves ¹. Valéria Gonzaga Botelho de Oliveira ², Amanda Leão Wanderlet Athaderley ³, Danilton Mendes Cunha ⁴, Bruna Queiroz Vieira ⁵, Fylipe Guimarães Barbosa ⁶, Juliana Andrade Pereira ⁷

¹ Graduandas em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

² Enfermeira e professora do Instituto Federal

³ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Integradas Pitágoras – PITÁGORAS

⁴ Graduado em Medicina pelas Faculdades Integradas Pitágoras – PITÁGORAS

⁵ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁶ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁷ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE, Especislista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, Mestranda em Ensino e Saúde (ENSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Autor corresponde: Carla Dayana Durães Abreu,
Cidade: Montes Claros- Minas Gerais,
E-mail: carlinha.duraes111@gmail.com
Telefone: (38) 99183-1295.

RESUMO

Introdução: O Brasil vem vivendo modificações em sua representação demográfica, relevância, entre outros motivos, do método de urbanização habitacional, da industrialização e dos progressos da ciência e da tecnologia. A essas novas especificidades da população brasileira, fixam-se os recentes modos de viver e a apresentação, ainda mais intensa, a fontes de risco referente ao mundo moderno ⁽¹⁾. as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem causando menos mortes desde a década de 1940, a início com queda aguda, atualmente de forma mais prolongada, apesar de contínuo. Entre os anos 2000 e 2010, a mortalidade associada a DIP decaiu de 4,7 para 4,3% ^(1,2). **Objetivo:** Objetivou-se com este estudo identificar a caracterização do perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil. **Matérias e Métodos :** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, foi realizada em 04 fases. A primeira foi através da coleta dos dados que ocorreu primeiro semestre de 2017, em bancos de dados eletrônicos. Os termos utilizados na seleção foram delimitados na segunda fase, a partir dos descritores presentes em artigos adequados ao tema, lidos previamente de forma não sistemática e por meio de consulta às coleções de termos cadastrados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs). A terceira fase foi através de análise de títulos e resumos obtendo 20 estudos relevantes, onde foram excluídos 10. Na quarta fase foram analisados 10 textos completos e selecionados 9 estudos, onde 4 foram incluídos na revisão. **Resultado e Discussão** A idade em média para o diagnóstico do cancro do colo do útero foi de 49,2 anos, sendo que 55,3% das pacientes estavam abaixo dos 50 anos de idade na ocasião do diagnóstico. As ocorrências por ano caracterizaram-se entre 5.146 e 9.078, com um valor equivalente nos dois quinquênios averiguados (2000-2004 *versus* 2005-2009). No que diz respeito as características demográficas, analisou-se que as mulheres de cor parda (47,9%),

com ensino fundamental incompleto (49,0%) e casadas (51,5%) prevaleceram.³ Confirma-se, a partir do levantamento dos anunciadores selecionados para esta pesquisa que o Estado de Mato Grosso do Sul apontou estabilização do índice anual de exames citopatológicos realizados pelo SUS entre 150 e 200 mil, com evolução de 22,3% (88,9 em 2003 para 91,3% em 2008) no percentual de mulheres de 25 a 59 anos que assumiram ter sido exigido o exame preventivo. Apesar do progresso do alcance, entre 2008 e 2010, apenas um terço das cidades do Estado obteve a meta para a alegação entre a quantidade de exames citopatológicos na comunidade feminina.⁴ É interessante evidenciar que, no Estado, segundo os números do SISCOLO nos últimos três anos (2009-2011), em 472.561 citologias efetuadas, em 88,4% dos casos, as mulheres declararam realizações do exame nos últimos três anos e em 95,9% das ocorrências o último exame havia sido efetivado em até cinco anos ou mais.⁴ **Conclusão:** o êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, do estabelecimento de políticas públicas que visem à diminuição da vulnerabilidade individual, organizacional/programática e social a que estão potencialmente expostas as mulheres é essencial o estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas com a finalidade de proporcionar aos indivíduos condições sociais e econômicas favoráveis ao exercício pleno de um maior controle sobre sua saúde.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Incidência. Neoplasias. Fatores de risco.

Referências:

1. Guerra, M. R; Gallo, C. V.M; Mendonça, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3): 227-234.
2. Rodrigues, J.S.M; Ferreira, N.M.L.A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(4): 431-441.
3. Rêgo *et al.* Câncer Colorretal em Pacientes Jovens. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(2):173-180.
4. Freitas, H. G; Silva, M. A; Thuler, L. C. S. Câncer do Colo do Útero no Estado de Mato Grosso do Sul: Detecção Precoce, Incidência e Mortalidade. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 399.

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS

Suzy Alice de Souza¹; Josiane Pinto da Silva¹, Ana Cristina Santos Costa¹, Rodrigo Pereira Prates², Letícia Josyane Ferreira Soares³, Paula Karoline Soares Farias⁴

¹Acadêmicas de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

²Mestrando em Nutrição. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

³Pós-graduanda em Metodologia do Ensino Superior. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

⁴Docente do Curso de Nutrição. Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS.

Autora Correspondente:
Suzy Alice de Souza
E-mail:sasnutri@hotmail.com
Telefone: (38) 9858-7985

RESUMO

Introdução: Ao longo dos anos o câncer vem ganhando maiores dimensões tornando-se um problema de saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é a principal causa de óbitos no mundo, atingindo cerca de seis milhões de pessoas anualmente. O câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado de células que agredem os tecidos e órgãos, as causas de câncer são variadas e podem ser externas ou internas ao organismo^(1,2). O estado nutricional do paciente oncológico é um fator determinante na evolução da doença, uma vez que as alterações fisiológicas oriundas da enfermidade podem causar grave perda de peso levando ao desenvolvimento de desnutrição ou até mesmo caquexia que se caracteriza por lipólise, atrofia muscular, anorexia, náusea crônica e astenia, contribuindo de maneira significativa para um declínio na qualidade de vida e tempo de sobrevivência^(3,4). A avaliação do estado nutricional e consumo alimentar desses pacientes deve ser uma rotina, pois a alimentação é parte importante da terapêutica, não apenas por seus aspectos nutricionais, mas também por sua dimensão simbólica e subjetiva. A identificação do risco nutricional é fundamental na detecção dos indivíduos em risco para desnutrição, uma vez que a intervenção nutricional precoce pode evitar a ocorrência e o agravo dessa condição, e em alguns casos auxiliar na melhora do prognóstico do paciente⁽⁵⁾. O paciente desnutrido apresenta menor tolerância aos cuidados oncológicos, sendo assim, pacientes com perda de peso grave ou classificados como desnutridos devem receber suporte nutricional adequado e serem acompanhados durante a evolução da doença⁽⁶⁾. **Objetivos:** avaliar a incidência de desnutrição em pacientes submetidos ao tratamento oncológico. **Material e Métodos:** A literatura foi selecionada através de consulta dos artigos científicos de periódicos online (LILACSeSCIELO) no período de 2013 a 2017. Todos os artigos que incluíam as palavras “Câncer”, “Estado Nutricional”, “Neoplasia”, “Hábitos Alimentares” e “Caquexia” foram incluídas nesta revisão. **Resultados e Discussão:** Foi possível identificar grande prevalência de perda de peso e desnutrição durante o processo terapêutico das neoplasias, em alguns trabalhos verificou-se maior quantidade de pacientes em estado nutricional adequado, havendo um paralelo entre a quantidade de pacientes eutróficos e emagrecidos, esse resultado pode ser explicado devido à epidemia da obesidade, em muitos casos foi relatado perda de peso grave, porém com diagnóstico nutricional adequado, uma vez que o paciente iniciou o tratamento

com peso elevado⁽⁷⁾. Diante dos dados, ressalta-se a importância de uma triagem nutricional adequada, com intervenção precoce e o monitoramento constante nos pacientes oncológicos, cuja prática deve ser incorporada a rotina da nutrição clínica, com o objetivo de melhorar a recuperação e proporcionar qualidade de vida nestes pacientes^(8,9). **Conclusão:** Sendo assim, foi possível identificar a incidência de perda de peso grave nos pacientes oncológicos, por isso, faz-se necessário acompanhamento nutricional não só durante a terapêutica da doença, uma vez que a prevenção ainda é a melhor etiologia para a luta contra esse mal, sendo o câncer uma patologia de grande complexidade associada à dor física e sentimental.

Palavras-chave: Câncer, Estado Nutricional, Neoplasias, Hábitos Alimentares.

Referências

1. Polli, E.L; Bordignon, J. Incidência da síndrome da caquexia Cancerígena em pacientes com câncer de pulmão submetidos a Tratamento oncológico no meio oeste de Santa Catarina. *Unesc & Ciência - ACBS Joaçaba*, v. 7, n. 1, p. 77-82, jan./jun. 2016.
2. Munhoz, M.P. *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.37, n.2, p. 09-16, Maio/Agosto, 2016.
3. Rocha, L.A. Incidência de caquexia, anemia e sintomas de impacto nutricional em pacientes oncológicos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo. 40(3):353-361, 2016.
4. Duval, P.A. Prevalência de Caquexia Neoplásica e Fatores Associados na Internação Domiciliar. *Revista Brasileira de Cancerologia*.61(3): 261-267, 2015.
5. Ferreira, D; Guimarães, T.G; Marcadenti, A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein*. 11(1):41-6, 2013.
6. Hackbarth, L; Machado, J. Estado nutricional de pacientes em tratamento de câncer gastrointestinal. *Revista brasileira de nutrição clínica*.30 (4): 271-5, 2015.
7. Dutra, I.K.A; Sagrillo, M.R. Terapia nutricional para pacientes oncológicos com caquexia. *Revista DisciplinarumScientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 14, n. 1, p. 155-169, 2013.
8. Miranda, T.V. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento Quimioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*.59(1): 57-64, 2013.
9. Vieira, E.M.M. Perfil nutricional de pacientes oncológicos atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital filantrópico do município de Cuiabá(MT), Brasil. *Revista Archives of Health Investigation* 3(3) 2014.

RABDOMIOSSARCOMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nayara Lopes de Souza¹; João Lucas Lopes Alves²; Aline Lopes Nascimento³; Giovanna Silva Alves⁴; Maria Luiza Sales Araujo⁵; Edson Rabelo Cardoso⁶.

¹ Graduando em Medicina pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Graduando em Medicina pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

³ Graduanda em Medicina pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁴ Graduanda em Medicina pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁵ Graduanda em Medicina pela Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁶ Biólogo e Mestre em Biologia Celular; Professor da Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte- e Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes.

Autor corresponde:

Nayara Lopes de Souza

Cidade: Montes Claros-

Minas Gerais

E-mail: nahlopes@gmail.com

Telefone (38)9 92458555.

RESUMO

Introdução: Diferentemente da epidemiologia em adultos, o câncer atinge uma minoria das crianças. Dentre os subtipos mais encontrados, destaca-se o rabdomiossarcoma (RMS). A incidência deste tumor maligno de origem mesenquimal não é a mesma para as suas variantes histológicas. Na grande parte dos casos, os pacientes se apresentam já em fase tardia da doença, sendo este um fator determinante para o mau prognóstico desta patologia⁽³⁾. Diante desta realidade do impacto positivo da abordagem precoce no RMS, o conhecimento do assunto torna-se fundamental. **Objetivo:** Revisar RMS e avaliar os avanços em sua abordagem. **Material e Métodos:** Para o levantamento dessa pesquisa foram analisados artigos na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol no intervalo cronológico de 2013 a 2017, sendo utilizada a biblioteca virtual de saúde (BVS) na base científica SCIELO (Scientific Electronic Library). Podendo ser classificado em embrionário, alveolar e outros subtipos - sendo eles pleomórficos e anaplásicos - o RMS, tumor maligno da musculatura estriada, é o mais frequente na infância⁽⁶⁾. Dentre as suas variantes o embrionário é o de maior incidência, acometendo principalmente o sexo masculino em região de cabeça e pescoço, com pico de incidência entre 0 e 4 anos. O RMS pode se apresentar também nas extremidades, sistema urinário e órgãos reprodutivos, embora seja conhecida a sua capacidade de acometer qualquer parte do corpo independente da presença de músculo esquelético no local⁽¹⁾. Exemplo disso são os casos de rabdomiossarcoma cardíaco, que embora raro é considerado importante devido à alta morbidade⁽⁴⁻⁶⁾. Dentre os sítios de pior prognóstico, os tumores de localização parameningea são os primeiros do ranking. O RMS está associado a condições neonatais, como o elevado peso ao nascer e o grande tamanho para a idade gestacional⁽⁵⁾. Apesar de sua agressividade, notou-se que em países desenvolvidos pacientes apresentam altas taxas de sobrevivências, permanecendo com prognóstico reservados os pacientes de países subdesenvolvidos. Atribui-se essa diferença às dificuldades de acesso ao serviço especializado, diagnóstico tardio, baixa disponibilidade de quimioterápicos, etc⁽¹⁾. Há benefícios claros ao se realizar o tratamento do RMS em centros especializados, sendo que esse se baseia em: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, tripé que se adapta de acordo com

estadiamento da doença. Além das três modalidades, o transplante de medula óssea ganha espaço atualmente como um aditivo, por possibilitar administração de doses de quimioterapia bem mais altas que o usual ⁽⁵⁾. No entanto lactentes mostram-se vulneráveis a esta modalidade, sendo poucos os estudos que advoguem a favor do seu uso no RMS. Pacientes em estágios metastáticos ao diagnóstico possuem pior prognóstico. **Conclusão:** Após a análise dos fatores prognósticos (sítio do tumor primário, histologia, extensão da doença e sequela tardia previsível) percebeu-se melhores resultados com a associação: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e abordagem multidisciplinar. Pouco se sabe ainda sobre os benefícios do transplante de medula óssea. Por ser de alta complexidade em seu manuseio, o RMS exige suporte tecnológico em centros especializados no câncer infantil. Apesar do prognóstico sombrio, mais crianças com RMS tem atingido a idade adulta, tornando possível o aprofundamento no conhecimento das sequelas tardias de sua abordagem. Com essa evolução, espera-se que seja possível garantir a prevenção, controle de danos e melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Palavras Chave : Rbdomiossarcoma. Embriologia. Tumor. Infância.

Referências:

1. Otmani, N; Khattab, M. Advanced Orofacial Rhabdomyosarcoma: A Retrospective Study of 31 Cases. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 207-211, Sept. 2016 .
2. Junco Gelpi, D.A *et al* . Rbdomiossarcoma pleomórfico del muslo. *MEDISAN*, Santiago de Cuba , v. 19, n. 2, p. 252-255, feb. 2015 .
3. Mattos, V. D'A *et al*. Rbdomiossarcoma Embrionário: Relato de Caso com 15 Anos de Sobrevida e Revisão de Literatura. *Rev. bras. cancerol.* 2014, vol. 60, n 4, p 337-344.
4. Vilcarromero, A. G. A. Rbdomiossarcoma cardíaco. *Rev. argent. cardiol.*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires , v. 81, n. 2, p. 174-176, abr. 2013.
5. PDQ Pediatric Treatment Editorial Board. Childhood Rhabdomyosarcoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2017 Apr 6. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65802>.
6. Aggarwal, T; Goyal, S; Zaheer, Su. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the left atrium mimicking myxoma. *Indian Journal of Pathology e Microbiology*, v. 59, n.3, p. 379-381, 2016.

REGIÃO PERILABIAL COM USO DE APARELHO INTRAORAL RADIOPROTETOR

Gabriela Medeiros da Cruz¹; Mário Rodrigues de Melo Filho²; Lucianne Maia Costa Lima³;
Breno Amaral Rocha⁴

¹Estudante do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

²Departamento de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

³Serviço de radioterapia do Hospital Santa Casa de Montes Claros

⁴Serviço de Odontologia Oncológica do Hospital Santa Casa de Montes Claros

Autor para correspondência:
Breno Amaral Rocha
E-mail:brenoamaralrocha@gmail.com
(38)99164-4455

RESUMO

Introdução: aparelhos intraorais radioprotetores podem ser utilizados durante a radioterapia (RT) visando à profilaxia de complicações orais radioinduzidas.¹**Relato de casos:** três mulheres e dois homens com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de lábio e região perilabial(T1-T2N0), idades entre 47 e 72 anos foram elegíveis à RT curativa com feixe de elétrons (60-66 Gy) com uso de aparelho intraoral radioprotetor. **Material e Métodos:** os pacientes foram encaminhados ao serviço de odontologia oncológica previamente à RT para confecção dos aparelhos intraoraispersonalizados. As avaliações basearam-se no exame clínico e avaliação de fotografias realizadas antes, durante e após a RT.Os principais aspectos observados foram a ocorrência de xerostomia e mucosite oral com as escalas de Eisbruch et al., 2003 e da Organização Mundial da Saúde^{2,3}. **Resultados:**um dos pacientes queixou-se de discreta secura oral sem interferências nos hábitos. Os demais não apresentaram xerostomia. Com exceção das margens tumorais, regiões da mucosa oral protegidas da radiação não apresentaram mucosite. Não houve alteração no paladar. Os pacientes tratados apresentaram resposta completa. Um ótimo resultado estético e preservação funcional foram obtidos. **Conclusão:**verificou-se que os aparelhos intraorais previnem a irradiação desnecessária dos tecidos normais, reduzindo o risco de morbidades como mucosite e osteorradionecrose.

Palavras – chave:Radioprotetores. Neoplasia de lábio. Carcinoma de células escamosas.

Referências:

- 1-Taniguchi I. Radiotherapy Prosthesis. J MedDentSci 2000; 47:12-26.
- 2- Eisbruch A, Rhodus N, Rosenthal D, et al.How should we measure and report radiotherapy-induced xerostomia? SeminRadiatOncol 2003; 13(3):226-234.
- 3- Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al.Perspectives on therapy-induced mucositis: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer 2004;100(9):1995-2025.

SINAIS DA CANCERIZAÇÃO DE CAMPO: CARCINOMAS E LEUCOPLASIA EM REGIÕES DISTINTAS DO MESMO PACIENTE

Thainá Ribeiro Santos¹; Hanna Thaynara Alves Teixeira Magalhães²; Naiara Alves Maciel Schiavianato³; Rayane Soares Maia⁴; Rafael Veloso Rebello⁵; Marco Túllio Brazão Silva⁶.

¹Acadêmica do curso de Odontologia, 6º período, Universidade Estadual de Montes Claros/MG;

²Acadêmica do curso de Odontologia, 9º período, Universidade Estadual de Montes Claros/MG;

³Acadêmica do curso de Odontologia, 9º período, Universidade Estadual de Montes Claros/MG;

⁴Acadêmica do curso de Odontologia, 8º período, Universidade Estadual de Montes Claros/MG;

⁵Cirurgião-Dentista profissional liberal em Montes Claros/MG;

⁶Professor de Patologia Especial e Semiologia, curso de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros/MG.

Autor para correspondência:

Marco Túllio Brazão Silva

E-mail: marcotullio@gmail.com

Telefone: (038) 3229-8284

RESUMO

Introdução: O conceito de cancerização de campo vem sendo mudado desde 1953, quando foi empregado por Slaughter no intuito de esclarecer os mecanismos de desenvolvimento de múltiplos tumores em áreas próximas ao tumor primário. Basicamente, diz-se que, células-filhas geneticamente alteradas permanecem no tecido circundante ao primeiro tumor primário, mesmo após o seu tratamento cirúrgico, e assim, desenvolve uma nova neoplasia maligna. A cavidade oral aparece como um dos órgãos mais acometidos pela condição de campo de cancerização, pois possui contato direto com agentes carcinógenos como o tabaco sendo o carcinoma de células escamosas a neoplasia maligna mais prevalente nesse órgão, tendo características específicas de desenvolvimento superficial devido as alterações ocorridas nessa camada da mucosa pelo íntimo contato com os agentes carcinógenos e de ser bastante invasivo. **Metodologia:** O presente relato foi baseado em informações como: imagens clínicas e histológicas, registros cirúrgicos e de laudos histopatológicos obtidas nos registros do paciente, que deu autorização, através de documento devidamente assinado, para uso em estudos, resguardando assim os princípios éticos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, feoderma, 60 anos de idade procurou atendimento por incômodo devido a uma lesão ulcerada presente no palato e que após o exame clínico, foram encontradas mais duas lesões esbranquiçadas, uma no assoalho da boca, próximo ao freio lingual e a outra, na borda látero-posterior da língua. Foram feitas biópsias excisionais e levadas para a análise, resultando em carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo. **Conclusão:** O diagnóstico e tratamento das lesões malignas epiteliais deve abordar não somente o tumor isolado mas sim, todo o campo onde se desenvolveu.

Palavras chaves: carcinogênese, displasias, mucosa oral.

Introdução

O conceito de cancerização de campo foi introduzido por Slaughter em 1953, a partir da observação de que: 1) as neoplasias malignas tinham como origem, áreas multifocais associadas a alterações pré-cancerígenas; 2) o tecido adjacente ao tumor primário também apresentava alterações histológicas; 3) significativa possibilidade de coalescência dos tecidos neoplásicos, embora suas características fossem multifocais; 4) mesmo após tratamento

cirúrgico, tecidos alterados permaneciam, podendo provocar recidiva, e assim, iniciar um novo desenvolvimento do tumor³. O conceito de cancerização de campo explica como se dá o desenvolvimento dos segundos tumores primários em áreas que possuem células alteradas histologicamente que engloba toda a cavidade oral, um dos órgãos mais acometidos². Nesse sentido, a mucosa oral aparece como um dos principais órgãos de desenvolvimento de neoplasias malignas devido ao íntimo contato com agentes cancerígenos como o tabaco^{1,2,3}. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o 4º e em mulheres, o 10º mais frequente na região Sudeste (14,58/100mil), (5,29/100mil) respectivamente. Dentre as neoplasias malignas que mais acometem a cavidade oral, o carcinoma de células escamosas (CCE) aparece com maior prevalência (90%) e com uma maior preferência ao sexo masculino entre a quinta e a oitava década de vida⁴. A palavra carcinoma, indica neoplasia maligna de epitélio de revestimento. Inicia-se por uma mutação de células superficiais, tornando-as malignas que se multiplicam e invadem o tecido conjuntivo subjacente⁴. As leucoplasias, eritroplasias ou leucoeritroplasias, representam o indício de um possível desenvolvimento do CCE, podendo ainda aparecer em forma de úlceras que não cicatrizam⁴. O desenvolvimento de recidivas ou de outros tumores primários em locais já tratados cirurgicamente, com o cuidado de retirada de margens que possam estar histologicamente alteradas, corrobora a definição de cancerização de campo¹. A possibilidade do desenvolvimento de um segundo tumor primário em pacientes com o câncer de células escamosas se dá pela existência de um campo pré-maligno geneticamente alterado em toda a mucosa bucal que entrou em contato com o agente carcinógeno¹.

Metodologia

O presente estudo de caso partiu da obtenção e revisão de registros do paciente para a coleta das informações que culminaram no diagnóstico: imagens clínicas e histológicas, registros cirúrgicos e de laudos histopatológicos. Para tal, o paciente concordou em assinar um termo de consentimento livre e esclarecido para a concessão do direito de acesso às informações e estudo dos dados. O suporte teórico foi obtido a partir de consulta à literatura mais atual sobre os conceitos de “cancerização de campo” e sobre o diagnóstico das alterações “carcinoma de células escamosas bucal superficialmente invasivo” e “leucoplasia bucal”, utilizando para tal artigos relevantes publicados em literatura médica-odontológica disponíveis na biblioteca digital do NCBI (www.pubmed.com).

Relato de caso

Paciente feoderma, do sexo feminino, 60 anos de idade, procurou o serviço em consultório odontológico tendo como queixa principal: “lesãozinha no céu da boca que não cicatriza”. A lesão iniciara há aproximadamente 2 anos, inicialmente ardia com alimentos ácidos e com o hábito de fumar. A paciente relata que já usou Betametasona com Cetoconazol tópicos, que havia sido indicado por um profissional previamente, além de Fluconazol. A paciente relatou ser tabagista há 49 anos e etilista social. A primeira em questão, ao exame físico, apresenta-se como uma úlcera de aproximadamente 12 mm de diâmetro, com bordos apenas ligeiramente elevados, no palato mole lado direito, com eritema nos tecidos adjacentes e aspecto de fundo hemorrágico. Durante exame clínico, também foram encontradas outras duas lesões em tecido mole, assintomáticas e sem tempo de evolução conhecido: uma lesão em forma de placa esbranquiçada pequena (aprox. 4mm), com superfície rugosa, bem delimitada, em região defreio lingual, e outra também em forma de placa branca, porém maior, de aproximadamente 4 cm, em bordo lateral esquerdo de língua com extensão para assoalho e base, bem

delimitada, irregular, de aspecto homogêneo e com área focal de espessamento. Foi realizada biópsia excisional das lesões de palato e freio lingual e biópsia incisional da lesão em bordo de língua, as hipóteses eram úlcera eosinofílica, papiloma e leucoplasia, respectivamente. Os resultados histopatológico das lesões foram os seguintes: 1. Lesão em palato mole, carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo (os cortes histológicos evidenciaram fragmento de mucosa parcialmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado, exibindo nas áreas próximas às margens de região ulcerada alterações celulares que conferem pelomorfismo, além de formação superficial de ilhotas invasivas com formação de pérola córnea, marcando margens cirúrgicas livres de neoplasia); 2- Lesão em freio lingual, carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo (os cortes histológicos evidenciaram fragmento de mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com área de espessamento celular epitelial associado a pleomorfismo e disqueratose, com invaginações e invasão inicial de lâmina própria, marcando também margens cirúrgicas livres de neoplasia); 3. Lesão em bordo lateral de língua, leucoplasia com displasia leve (os cortes histológicos evidenciaram fragmento de mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com áreas extensas de ortoqueratose, mostrando perda de polarização da camada basal, grupos de células hiper cromáticas, mitoses e pleomorfismo que envolvem camada basal e início de camada espinhosa).

Conclusão

O diagnóstico e tratamento das lesões malignas epiteliais deve abordar não somente o tumor isolado, mas sim, todo o campo onde se desenvolveu. Com os achados do caso apresentado, concluiu-se estar diante de uma situação clínica de evidente cancerização de campo, o que deve ser um alerta para os profissionais no exame clínico, e mais uma forma de conscientizar o paciente dos riscos do tabagismo crônico.

Referências

1. Mohan, M.; Jagannathan, N. Oral field cancerization: an update on current concepts. *Oncology Reviews* 2014; volume 8:244 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419611/>
2. Sabharwal, R *et al.* Genetically altered fields in head and neck cancer and second field tumor. MINI SYMPOSIUM: HEAD AND NECK CANCER Review Article. *South Asian Journal of Cancer* ♦ July-September 2014 ♦ Volume 3♦ Issue 3. Downloaded free from <http://www.journal.sajc.org> on Friday, May 5, 2017, IP: 189.76.90.202.
3. Torezan, L.A.R.; Neto, C, F. Cutaneous field cancerization: clinical, histopathological and therapeutic aspects. c2013 by Anais Brasileiros de Dermatologia. *An Bras Dermatol.* 2013;88(5):775-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132300>
4. Venturi, B. R. M; Pamplona, A. C. F.; Cardoso, A. S. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in young patients and its increasing incidence: literature review. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V.70, n.5, 679-86, set. /out. 2004. <http://www.sborl.org.br/> e-mail: revista@sborg.br. Disponível em: (<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n5/a16v70n5>)
5. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de boca. Disponível em (<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca+/definicao>) Acesso em 25/05/2017.

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PULMÃO E CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS

Lucélia Souza Martins¹ Alberth Emanuel Almeida Monção ¹, Simone Ferreira Lima Prates ², Sélen Jaqueline Souza Santos ³, Jaqueline Rodrigues Ferreira Santos ⁴, Fylipe Guimarães Barbosa da Silva ⁵ Júlio César Figueirêdo Junior ⁶, Fernanda Viana de Moraes ⁶, Juliana Andrade Pereira ⁷

¹ Graduandos em Fisioterapia pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Enfermeira pelas Faculdade Unidas do Norte de Minas- FUNORTE- Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior- FAVENORTE

³ Enfermeira pela Universidade Estadual de Montes Claros, Professora da FUNORTE e FASI

⁴ Graduanda em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁵ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE

⁶ Enfermeiros pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

⁷ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, Mestranda em Ensino e Saúde (ENSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

Autor corresponde: Lucélia Souza Martins

Cidade: Montes Claros- Minas Gerais

E-mail: lumartins14@hotmail.com

Telefone: (38) 9 91148520

RESUMO

Introdução: O Brasil tem vivenciado transformações em seu perfil demográfico, decorrências entre outras causas, do método de urbanismo populacional, da industrialização e dos progressos da ciência e da tecnologia. A essas atuais qualidades dos habitantes brasileiros, fundem-se os recentes estilos de vida e a apresentação, ainda mais forte, a questões de risco no mundo contemporâneo. ¹ A taxa de morte por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem caindo desde 1940, primeiramente com queda aguda, há pouco tempo mais lenta, embora insistente. Entre os anos 2000 e 2010, a mortalidade proporcional por DIP decresceu de 4,7 para 4,3%^{1,2}. **Objetivo:** Objetivou-se com este estudo verificar a tendência da taxa de morte por cancro de pulmão e cancro colorretal em clientes jovens. **Matérias e Métodos:** A temática foi abordada por meio de revisão integrativa da literatura. Realizou-se um levantamento nas bases de dados BDENF, LILAC e SCIELO no mês de agosto de 2012. Os seguintes descritores foram utilizados: Epidemiologia, Incidência, neoplasias, fatores de risco. Fizeram parte do estudo artigos científicos em português que disponibilizassem o resumo nas respectivas bases de dados e que fossem publicados no período de 2005 a 2012. **Resultado e Discussão:** De 1980 a 2011, foram apontadas 513.717 mortes na cidade de Salvador, dos quais 284.627 (55,41%) aconteceram em homens e 226.563 (44,10%) em mulheres. Entre essas mortes, 62.692 (12,20%) foram por câncer, tendo sucedido 6.246 mortes por cancro de

pulmão, sendo 4.184 (66,99%) em homens e 2.062 (33,01%) em mulheres, com uma razão de cerca de 2:1. Os custos brutos da taxa de morte para os homens variaram de 7,90/100.000, em 1980, para 13,93/100.000, em 2011, e de 2,71/100.000, em 1980, para 9,23/100.000, em 2011, para as mulheres. As taxas padronizadas por idade mudaram de 18,60/100.000, em 1980, para 18,45/100.000, em 2011, para o sexomascuino e de 5,06/100.000, em 1980, para 9,19/100.000, em 2011, para o sexo feminino. O custo mais baixo padronizado para os homens, 14,17/100.000, aconteceu em 1984 e a mais elevada, 23,09/100.000, em 1998. Para o sexo feminino, a taxa mais baixa foi de 2,93/100.000, em 1984, e a elevada foi de 9,19/100.000, em 2011 ³. **Conclusão:** Os clientes de com câncer no Brasil compõem um grupo típico e facilmente identificável, em sua maior parte são homens devido não procurar o centro de saúde para fazer prevenção.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Incidência. Neoplasias. Fatores de risco.

REferência

1. Guerra, M. R; Gallo, C. V.M; Mendonça, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3): 227-234.
2. Rodrigues, J.S.M; Ferreira, N; M;L;A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(4): 431-441.
3. Rêgo *et al.* Câncer Colorretal em Pacientes Jovens. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(2):173-180.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM COMPLICAÇÕES BUCAIS DA RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA: REVISÃO DE LITERATURA

Gilvanete Soares Rios¹; Thaís Santos Almeida²; Thaynara Fernandes da Silva³; Juliana Andrade Pereira⁴

¹ Graduanda em Odontologia pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte

² Graduanda em Odontologia pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte

³ Graduanda em Odontologia pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte

⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-Funorte, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes

Autor corresponde:
Gilvanete Soares Rios,
Cidade: MontesClaros- Minas Gerais,
E-mail:netesoares1@hotmail.com ,
Telefone: (38) 991432401.

RESUMO

Introdução: É comum, notar em pacientes submetidos à terapia antineoplásica, o desenvolvimento de Complicações orais agudas ou tardias, o efeito biológico da radiação ionizante na indução de danos diretos ou indiretos ao DNA e membrana celular, tornou a radioterapia um recurso potencial para o tratamento do câncer. Porém, altas doses de radiação em extensos campos que irão incluir a cavidade bucal, maxila, mandíbula e glândulas salivares frequentemente resultam em diversas reações indesejadas. Dentre as complicações da radioterapia estão a mucosite, candidose, disgeusia, cárie por radiação, osteorradionecrose, necrose do tecido mole e xerostomia. Dessa forma, é de suma importância o acompanhamento por parte de um profissional da Odontologia onde este profissional irá fazer o acompanhamento antes, durante e após o tratamento para minimizar e estabilizar infecções no meio bucal.^(1,2) **Objetivo:** objetivou-se identificar o tratamento realizado nos pacientes com complicações bucais da radioterapia e quimioterapia através da Literatura. **Matérias e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa nos últimos nove anos, em língua portuguesa e que se encontravam disponíveis na íntegra nas bases de dados da BVS, LILACS e SCIELO. A coleta de dados foi realizada em 04 fases. A primeira foi através da coleta dos dados que ocorreu primeiro semestre de 2017, em bancos de dados eletrônicos. Os termos utilizados na seleção foram delimitados na segunda fase, a partir dos descritores presentes nos artigos. A terceira fase foi através de análise de títulos e resumos que era importante para o estudo. Na quarta fase foram analisados textos completos e selecionados o estudos que iria compor esta revisão de literatura. **Resultado e Discussão:** Atualmente, existem três formas terapêuticas utilizadas em conjunto ou isoladamente no tratamento do câncer: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, variando apenas na ordem de sua indicação⁽³⁾. A radioterapia e a quimioterapia agem de forma inespecífica, afetando não apenas as células neoplásicas, que se reproduzem de maneira desordenada, mas também as células do tecido sadio, gerando reações adversas em nível sistêmico e na cavidade bucal⁽⁴⁾, dessa forma o tratamento para pacientes que apresentam essas complicações bucais deve ser minucioso e preciso, lembrando que cada paciente é diferente um do outro, e para o tratamento ser eficaz ,deve incluir uma

equipe multidisciplinar sendo essa, a melhor alternativa para minimizar ou mesmo prevenir tais complicações. **Conclusão:** Diante da análise crítica da literatura realizada que se teve acesso, é de suma importância a presença de cirurgiões-dentistas e esses tenham conhecimento a cerca dos tratamentos que os pacientes são submetidos e suas complicações na cavidade bucal para tratar a partir da radioterapia e quimioterapia, sendo que esses devem ser orientados e receberem ações de promoção de saúde para que tenham uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Radioterapia. Quimioterapia. Tratamento. Cavidade bucal.

Referência

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de bases técnicas da oncologia: sistema de informações ambulatoriais. 14. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
2. Freire, C. A. R. Terapia biológica. In: Forones, N. M. *et al.* Oncologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri: Manole, 2005.
3. Vilar, C. M. C.; Martins, I. M. Princípios de cirurgia oncologia. In: VIEIRA, S. C. *et al.* Oncologia Básica. Teresina: Fundação Quixote, 2012.
4. Rolim, A. E. H; Costa, L. J; Ramalho, L. M. P. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radiol Bras., São Paulo, v. 44, n. 6, 2011.