

O ODONTÓLOGO FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA

Valesca Zelik¹

Eduarda Faust Grassi²

Franciele do Nascimento Santos Zonta³

ZELIK, V.; GRASSI, E. F.; ZONTA, F. do. N. S. O odontólogo frente aos cuidados paliativos na oncologia. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama. v. 26, n. 3, p. 927-948, set./dez. 2022.

RESUMO: Cuidados paliativos são um conjunto de procedimentos ofertados ao paciente por uma equipe multidisciplinar com objetivo de garantir bem-estar, autonomia, conforto e alívio de sintomas decorrentes de doença ou tratamento quando a cura é impossibilitada. O câncer representa uma das doenças que possuem chances de evoluir o paciente ao estágio terminal, momento em que cuidados paliativos são indicados e necessários. Dentro da equipe responsável, o cirurgião-dentista atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões expressas no sistema estomatognático que se manifestam estimuladas pelo câncer ou pelos tratamentos utilizados. O objetivo desta pesquisa é destacar a função do odontólogo dentro da equipe multidisciplinar paliativista para pacientes oncológicos. Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática da literatura. Foram feitas buscas nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 14 artigos. A literatura evidencia que alterações orais estão relacionadas com o curso da neoplasia ou seu tratamento; as lesões mais descritas foram: mucosite, xerostomia, candidíase, cárie, periodontite e osteorradionecrose. Isso faz com que o paciente sofra limitações em realizar atividades básicas, alterando negativamente a sua qualidade de vida. A complexidade da manifestação oral pode interromper o tratamento antineoplásico. As medidas de enfrentamento mais empregadas para a saúde bucal do paciente oncológico são a laserterapia, bochechos com clorexidina 0,12%, instrução de higiene oral, uso de anti-inflamatórios, analgésicos e antifúngicos. A atuação do odontólogo na equipe multidisciplinar oncológica paliativista é indispensável para o controle das manifestações orais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Odontologia; Oncologia; Mucosite; Radioterapia.

THE DENTAL SURGEON FACING PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGY: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Palliative care comprises a set of procedures offered by a multidisciplinary team to patients who cannot be cured, aiming to restore and ensure well-being, autonomy, independence, comfort and relief from symptoms resulting from illness or treatments. Cancer commonly leads the patient to the terminal stage, and at this stage palliative care is indicated and necessary. Composing the multidisciplinary team, the dentist works in the prevention, diagnosis and treatment of injuries that arise in the stomatognathic system, which manifest themselves due to cancer or its treatments. The objective of this research was to highlight the work of the dentist in the multidisciplinary team of palliative care for cancer patients. This is a systematic bibliographic review of the literature, with an integrative character. Study searches were performed in the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). After applying the inclusion and exclusion criteria, 14 articles were selected. Results showed that oral alterations are completely related to the

DOI: [10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8716](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8716)

¹ Bacharel em Odontologia. Universidade Paranaense. E-mail: valesca.zelik@edu.unipar.br

² Bacharel em Odontologia. Universidade Paranaense. E-mail: e.grassi@edu.unipar.br

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade Paranaense. E-mail: franciele.ns@prof.unipar.br

development of the neoplasm or its treatment; the most described lesions were: mucositis, xerostomia, candidiasis, osteoradionecrosis, radiation caries and periodontitis. These injuries make the patient suffer limitations to perform basic activities, such as eating or communicating, negatively altering their quality of life. The complexity of the oral manifestation can determine the interruption of the anticancer treatment. The most used coping measures for the oral health of cancer patients are: low-potency laser therapy, mouthwash with 0.12% chlorhexidine, instruction in oral hygiene and use of anti-inflammatory, analgesic and antifungal drugs. The role of dentists in the multidisciplinary palliative oncology team is essential for the control of oral lesions.

KEYWORDS: Palliative care; Dentistry; Oncology; Mucositis; Radiotherapy.

EL ODONTÓLOGO ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA

RESUMO: Los cuidados paliativos son un conjunto de procedimientos ofrecidos al paciente por un equipo multidisciplinar con el objetivo de garantizar el bienestar, la autonomía, el confort y el alivio de los síntomas derivados de la enfermedad o del tratamiento cuando la curación es imposible. El cáncer representa una de las enfermedades que tienen posibilidades de evolucionar al paciente hasta la fase terminal, momento en el que los cuidados paliativos son indicados y necesarios. Dentro del equipo responsable, el cirujano dentista actúa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones expresadas en el sistema estomatognático que se manifiestan estimuladas por el cáncer o por los tratamientos utilizados. El objetivo de esta investigación es destacar la función del odontólogo dentro del equipo paliativo multidisciplinar para pacientes oncológicos. Se trata de una revisión bibliográfica sistemática. Se realizaron búsquedas en las plataformas Virtual Health Library (BVS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO) y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 14 artículos. La literatura muestra que las alteraciones orales están relacionadas con el curso del cáncer o su tratamiento; las lesiones más comúnmente descritas fueron: mucositis, xerostomía, candidiasis, caries, periodontitis y osteoradionecrosis. Esto hace que el paciente sufra limitaciones para realizar actividades básicas, alterando negativamente su calidad de vida. La complejidad de la manifestación oral puede interrumpir el tratamiento antineoplásico. Las medidas de afrontamiento más utilizadas para la salud bucodental de los pacientes con cáncer son la terapia láser, los enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12%, las instrucciones de higiene bucodental y el uso de fármacos antiinflamatorios, analgésicos y antifúngicos. La actuación del odontólogo en el equipo multidisciplinar de oncología paliativa es fundamental para el control de las manifestaciones orales.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Odontología; Oncología; Mucositis; Radioterapia.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a expectativa de vida alcançou a média de 76,6 anos em 2019, um aumento de mais de trinta anos em relação a 1940, e essa diferença é vista como positiva, pois maiores são as chances de um brasileiro viver uma vida longa e ativa, ou então, menor são as chances de uma morte antecipada (IBGE, 2020).

Em um primeiro momento, a quantidade de anos pode representar a qualidade da vida. A discussão acerca da morte é comumente opressiva, pois embora seja natural e esperada, é acompanhada de um sentimento de derrota, tanto para os familiares e amigos da pessoa falecida, quanto para a equipe de saúde que a acompanhou. O impedimento da morte está diretamente relacionado ao avanço e desenvolvimento das áreas científicas, abrangendo desde o diagnóstico até o tratamento de determinada patologia, ao passo que o cuidado para que o paciente expresse sua

autonomia, sentimentos e opiniões não são priorizados (KOVÁCS, 2014).

Anualmente, milhares de pessoas evoluem suas condições de saúde para o estágio terminal, que é caracterizado pela impossibilidade da cura e a certeza da progressão da doença ao óbito. Nesse caso, a equipe multiprofissional de saúde não está com possibilidades de trabalho esgotadas, pois os cuidados paliativos são essenciais para o bem-estar do paciente e das pessoas ao seu entorno. Porém, de acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (2014), menos de 8% das pessoas que poderiam se beneficiar com cuidados paliativos o fazem.

Dentre os atos executados em cuidados paliativos, pode-se citar: controle de dor e outros sintomas, obtenção de conforto, prevenção de agravos e incapacidades, promoção da independência e autonomia, manutenção de atividades e pessoas significativas para o doente, ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade, ativação de redes de suporte, apoio e orientação à família e cuidadores (GOMES; OTHERO, 2016).

É somente com o trabalho realizado por meio de equipe multidisciplinar que o paciente irá usufruir dos cuidados paliativos com eficiência e resolutividade. Nesse contexto, a presença do cirurgião-dentista é de suma e insubstituível importância, principalmente levando em consideração que a cavidade oral pode ser considerada um reflexo da saúde sistêmica do indivíduo, e a incidência de complicações orais em pacientes oncológicos em estágio terminal é elevada, devido à evolução da doença e à ocorrência de reações adversas decorrentes da terapia antineoplásica, pois, o corpo humano funciona de forma conjunta e sistêmica (ORCINA; JACCOTTET; SAVIAN, 2021).

Um levantamento feito em São Paulo (SP), em 2017, com 20 pacientes em tratamento oncológico em região de cabeça e pescoço, com diferentes idades, mostrou que 75% deles apresentaram xerostomia, 70% dor na cavidade oral, 65% sensação de queimação e úlceras dolorosas em boca, 55% dificuldade de deglutição, 30% dificuldade de falar, 15% sangramento na gengiva e 10% lesões cáries ativas; todas essas condições foram atenuadas com os procedimentos odontológicos propostos (FERNANDES; FRAGA, 2019).

Diante do exposto, o presente estudo torna-se relevante para a compreensão do papel de um cirurgião-dentista em uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, devendo estar preparado para cuidar do paciente terminal como um todo, atuando de forma preventiva, curativa e educativa, e procurando sempre a melhora da qualidade de vida do enfermo.

Contudo, surge a questão problema: Qual o papel do cirurgião-dentista frente aos cuidados paliativos na oncologia? Assim, o objetivo desta pesquisa é descrever a atuação do cirurgião-dentista frente aos cuidados paliativos em oncologia, por meio de uma revisão sistemática.

2. METODOLOGIA

Para construção deste estudo utilizou-se o método de revisão integrativa, com análise

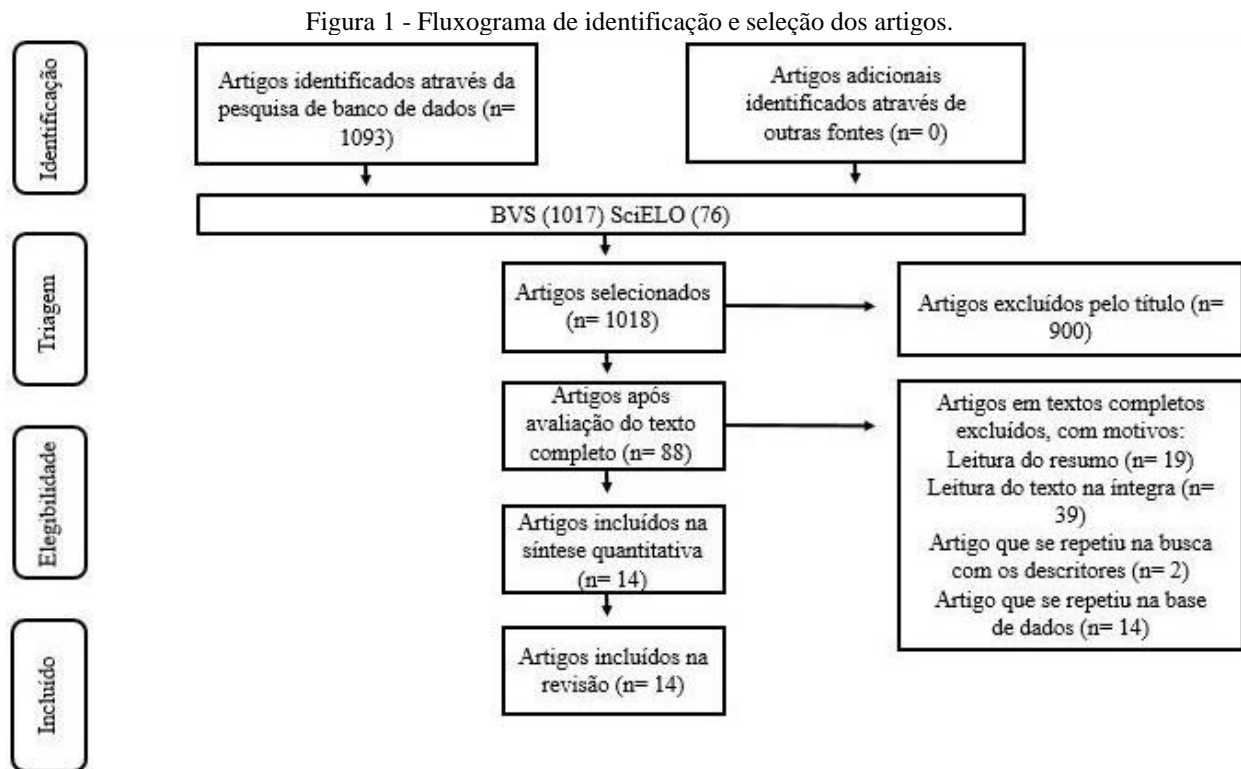
qualitativa dos dados. As bases de dados escolhidas para realização da pesquisa foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

As buscas na literatura ocorreram no período de julho a setembro de 2021, sendo norteadas pelos seguintes descritores: “Cuidados paliativos odontológicos”; “Mucosites”; “Radioterapia e odontologia”; “Quimioterapia e odontologia”; “Odontologia e câncer”; “Câncer bucal”; “Cuidados paliativos oncológicos” e “Estomatologia”. Os descritores quais foram escolhidos para responder a pergunta central deste estudo, que avalia “Qual o papel do cirurgião-dentista frente aos cuidados paliativos na oncologia?”.

Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais, em português, publicados em periódicos, no período de 2011 a 2021, disponíveis on-line em texto completo e que estivessem relacionados à pergunta central do estudo. Já os critérios de exclusão foram: artigos de outros idiomas, não compatíveis com o tema, publicados fora do período préestabelecido, trabalhos que não estavam disponíveis em texto completo, Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações, Teses e Manuais de órgãos governamentais e de especialistas.

Foram utilizadas oito combinações com os descritores para a busca em cada base de dados. Na SciELO obteve-se um total de 76 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 17 foram selecionados, restando três após análise do resumo e texto completo. Na BVS foram encontrados 1017 artigos, destes 70 encaixaram-se nos critérios, restando 11 após a leitura completa deles (Figura 1).

Esse método de revisão é utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), o qual proporciona a incorporação das evidências na prática clínica. A PBE é uma abordagem que envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos.



3. RESULTADOS

Foram selecionados 14 artigos. Destes, sete foram publicados em revistas de odontologia, um em revista de fonoaudiologia, um em revista com foco em enfermagem, dois em revistas com foco em áreas da saúde multidisciplinares, um em revista de cancerologia, um em revista com foco em odontopediatria e um publicado em revista da área de periodontia.

Houve prevalência de publicações no ano de 2011 com três trabalhos, seguido por 2012, 2013 e 2017 com duas publicações em cada ano, um trabalho publicado em cada ano de 2014, 2015, 2016, 2018 e 2021.

Quanto ao método, observaram-se dez estudos quantitativos e quatro com abordagem qualitativa.

Com relação à avaliação local dos artigos, todos os estudos foram realizados no Brasil. Os locais de desenvolvimento das pesquisas foram: Passo Fundo – RS (n=1), Uberlândia - MG (n=1), Pelotas - RS (n=1), Belo Horizonte - MG (n=2), cidade não especificada em Santa Catarina (n=1), São Paulo - SP (n=2), Araçatuba - SP (n=1) e Guaratinguetá - SP (n=1).

As pesquisas foram realizadas em hospitais, domicílios, clínicas universitárias ou consultórios odontológicos particulares, sendo as amostras constituídas por pacientes, prontuários e questionários.

Quadro 1 - Descrição da produção científica sobre a atuação do odontólogo frente aos cuidados paliativos na oncologia quanto a: autor, objetivo, tipo de estudo, amostra, intervenções e principais resultados dos estudos selecionados do período entre 2011-2021 (n=14). Francisco Beltrão-PR, Brasil 2021.

Autores e ano	Objetivo	Tipo de estudo	Amostra	Intervenções	Resultados
FREITAS, Daniel Antunes <i>et al.</i> (2011).	Mostrar aos profissionais de saúde uma reflexão sobre as questões pertinentes às sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço.	Revisão de literatura.	Foram utilizados artigos publicados no período entre o ano 2000 e o ano 2010, preferencialmente em inglês, que apresentavam relevância relativa ao tema pesquisado.	Foram realizadas buscas de literatura científica nas plataformas: Pubmed/ Medline, Scielo, Lilacs e Bireme. Os descritores e expressões utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: oral health, head and neck radiotherapy, mucositis, xerostomia, osteoradionecrosis, salivary glands, hyposalivation.	A radioterapia pode provocar efeitos indesejáveis sobre o organismo humano, e estes efeitos ocorrem com frequência entre os pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. Médicos oncologistas e fonoaudiólogos da área hospitalar devem apoiar na detecção e abordagem destas sequelas. Afecções bucais são esperadas para estes pacientes, cabendo ao profissional de Odontologia orientar e intervir para proporcionar mais qualidade de vida a estas pessoas.
GAETTI-JARDIM JÚNIOR, Elerson <i>et al.</i> (2011).	Verificar a frequência de efeitos colaterais da radioterapia e a evolução desses quadros após o fim do tratamento radioterápico.	Estudo clínico descritivo.	113 pacientes oncológicos com lesões malignas na região de cabeça e pescoço, 50 finalizaram a radioterapia (RT) e o acompanhamento clínico nos primeiros seis meses após a RT.	A anamnese foi realizada em formulários padronizados, constando a identificação do paciente, idade, aspectos étnico-raciais, história da doença atual, histórico social, médico e familiar. Realizou-se o exame das mucosas bucais para avaliação da ocorrência de diferentes graus de mucosite. As avaliações clínica periodontal, dentária e extrabucal foram realizadas antes da RT, imediatamente após a última sessão da RT, 30 dias após a conclusão da RT e seis meses após a RT.	Verificou-se que a ocorrência de mucosite, dermatite, xerostomia, disgeusia, disfagia e candidose foram bastante comuns nos pacientes irradiados e que a frequência dessas alterações se manteve bastante elevada nesses pacientes mesmo seis meses após a conclusão da radioterapia. A grande maioria dos pacientes com mucosite grau III e IV apresentava higiene precária e não recebeu quaisquer procedimentos odontológicos preventivos, pertencendo a esse grupo a quase totalidade dos pacientes que abandonaram o tratamento.
POZZOBON, João Luiz <i>et al.</i> (2011).	Detectar as principais complicações bucais decorrentes dos tratamentos antineoplásicos com radioterapia e quimioterapia e as condutas indicadas	Revisão de literatura.	52 artigos completos publicados entre 1999 e 2010 nos idiomas inglês, português e espanhol foram usados como referência.	Os artigos continham informações que respondiam às seguintes perguntas: “Quais as principais complicações bucais decorrentes destes tratamentos?” e “Quais as condutas sugeridas para a prevenção e o controle dessas complicações?” Foram recuperados 115 artigos, dos quais 63 foram excluídos: 45 não possuíam as informações necessárias para responder às	As manifestações bucais mais citadas na literatura revisada foram mucosite, xerostomia, candidíase, cárie de radiação e osteoradionecrose. Em relação à mucosite, as condutas mais corriqueiras são as sistêmicas e durante o tratamento do câncer, por meio da administração de medicamentos via oral, endovenosa ou intramuscular (antifúngicos, antiviróticos, analgésicos, antiinflamatórios,

	para prevenir e controlar essas manifestações.			questões discutidas, oito eram publicações com data anterior àquela definida na busca, nove não disponibilizaram o texto completo e um por estar em idioma diferente daqueles previamente definidos	entre outros), seguido da aplicação de laser. Para o controle da xerostomia são mais indicadas medidas locais durante o tratamento do câncer, como a utilização de lubrificantes, saliva artificial e gomas de mascar, a administração de medicamentos e aplicação de flúor.
ALMEIDA, Fernanda Campos Sousa <i>de et al.</i> (2012).	Descrever a experiência de tratamento e controle do agravo ORN mandibular, quando a terapia empregada foi baseada, em especial, no uso da clorexidina.	Relato de caso.	São relatados seis casos clínicos com diagnóstico clínico de osteorradionecrose de mandíbula medindo menos de 2 cm no maior eixo.	Foi utilizado o tratamento cauteloso baseado em irrigação local e caseira da lesão com 20 ml de Gluconato de Clorexidina a 0,12%, solução aquosa, três vezes ao dia, além de guiar o paciente quanto à suspensão do uso de próteses e substâncias irritantes como álcool e tabaco, e instruções de higiene oral rigorosa. O tempo de tratamento variou dependendo da resposta individual de cada caso.	Três pacientes apresentaram remissão parcial, três pacientes remissão total da lesão. Em todos os casos, após início da irrigação houve remissão total dos sinais prodômicos, portanto, para controle da dor e da secreção purulenta a irrigação se mostrou muito eficiente, mas ainda é indispensável em alguns casos o planejamento cirúrgico.
BUENO, Audrey Cristina; MAGALHÃES, Claudia Silami; MOREIRA, Allyson Nogueira (2012).	Relatar as reações adversas que ocorreram em pacientes durante a radioterapia associada ou não à quimioterapia, bem como analisar suas possíveis ligações com fatores de risco.	Estudo longitudinal prospectivo.	28 pacientes antes, durante e após completarem seis meses do término do tratamento oncológico	Os pacientes foram encaminhados pelos hospitais conveniados para o Projeto de Oncologia, no qual recebiam adequação do meio bucal antes do tratamento oncológico. Foi executado acompanhamento semanal dos pacientes, durante a radioterapia associada ou não à quimioterapia e quinzenalmente após o tratamento oncológico, até completar seis meses. Durante a primeira consulta clínica foram coletados dos prontuários e relatórios dos médicos oncologistas e radioterapeutas os dados relativos à: idade, gênero, cor da pele, tabagismo, etilismo, localização do tumor, classificação TNM (tamanho do tumor, presença de linfonodo acometido e metástase à distância), tipo histológico, grau de diferenciação, número de frações da radioterapia e tratamento oncológico proposto.	A prevalência da mucosite grau I, II e III, xerostomia, disfagia, candidose e ardência foram de 10,7%; 82,2%; 7,1%; 96,4%; 53,6%; 28,6% e 57,1%, respectivamente. As associações mucosite, xerostomia, ardência e candidose com fumo e álcool não demonstraram significância estatística. Relação estatisticamente significativa foi encontrada entre mucosite e local de irradiação
SERA, Eduardo	Analisar, através de	Estudo de	Foram avaliados 21 pessoas	Foi utilizado um questionário	15 pacientes (71,4%) passaram por

Aoki Ribeiro <i>et al.</i> (2013).	questionários, se pacientes irradiados na cabeça e pescoço receberam adequadamente os cuidados odontológicos antes e durante o tratamento radioterápico para diminuir ou prevenir tais efeitos; avaliar os hábitos de higiene bucal dos pacientes.	campo descritivo.	em tratamento no Hospital Frei Galvão, Guaratinguetá/SP. Destes, sete receberam aplicações por 15 dias (1 a 20 aplicações), sete por 30 dias (21 a 30 aplicações) e sete por 60 dias (31 a 40 aplicações). Dos 21 pacientes, 16 (76,1%) eram do sexo masculino e cinco (23,8%) feminino.	desenvolvido com o intuito de avaliar os cuidados odontológicos realizados durante o pré e trans-tratamento radioterápico, os hábitos de higiene bucal e os efeitos colaterais percebidos.	tratamento odontológico antes do tratamento radioterápico; 18 (85,7%) apresentaram efeitos da radiação, sendo os mais citados: xerostomia (17; 80,9%), disgeusia (17; 80,9%) e manchas ou irritações na pele (14; 66,6%). Em relação à higiene bucal oito (38,10%) escovam os dentes três vezes ao dia, apenas cinco (23,8%) realizaram raspagem periodontal nos últimos seis meses.
MAGNABOSCO NETO, Antonio Eugenio; WESTPHALEN N, Fernando Henrique (2013).	Interpretar os efeitos colaterais de alguns agentes quimioterápicos utilizados para o tratamento de pacientes.	Revisão sistematizada de literatura, sem meta-análise.	Foram escolhidos 24 artigos sobre a eficácia profilática e terapêutica do laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite bucal em pacientes submetidos ao tratamento do câncer, no período entre 1995 e 2013.	Foram selecionados artigos que debatiam a real eficiência da terapia de laser de baixa potência na terapêutica da mucosite oral; os dados obtidos foram organizados em planilha Microsoft Office Excel para Windows 2007, versão SP3 MSO (12.0), para facilitar a identificação e análise dos aspectos pertinentes para o estudo.	Os efeitos do uso da terapia com laser de baixa potência na prevenção de mucosite oral mostraram-se positivos, no entanto, os parâmetros utilizados foram extremamente variados.
MENDES, Thaís Rezende <i>et al.</i> (2014).	Analisar a ocorrência da dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidado paliativo.	Estudo transversal.	56 pacientes com câncer em tratamento paliativo.	Os dados foram alcançados durante atendimento domiciliar, por meio de três instrumentos aplicados a cada participante em um único encontro: (1) formulário para coleta de dados pessoais (idade e sexo) e clínicos (sítio tumoral e tratamento oncológico e analgésico nas últimas duas semanas que antecederam a coleta); (2) escalas de avaliação da dor (numérica, verbal e analógica) e (3) questionário WHOQOL <i>Bref</i> versão reduzida para a língua portuguesa e liberada pelos seus autores.	Trinta (53,7%) pacientes referiram alguma dor, sendo a de forte intensidade a mais frequente (n=11, 36,7%), seguida pela dor leve (n=10, 33,3%) e moderada (n=9, 30,0%). Os resultados afirmam ainda, que todos os pacientes com dor moderada ou intensa utilizavam algum tipo de analgésico.
GUIMARÃES, Aryane Nathália <i>et al.</i> (2015).	Relatar a conduta semiológica de três casos clínicos de dor orofacial em pacientes	Estudo descritivo.	Três pacientes oncológicos.	Os pacientes foram sujeitos ao exame clínico completo e a análise minuciosa em relação aos aspectos da dor para identificar a história do câncer, história	A dor foi a queixa mais descrita nos três pacientes acometidos por carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço. Embora não se tenha preconizado o tratamento de acordo

	com câncer de cabeça e pescoço e descrevera abordagem terapêutica utilizada, discutindo a escada analgésica da OMS.			odontológica e características da dor, como: início, localização, qualidade, frequência, duração, intensidade, fatores desencadeantes de melhora e piora, presença de fenômenos autonômicos e de hábitos parafuncionais. O exame físico extrabucal consistiu na palpação das cadeias linfáticas cervicais, avaliação musculoesquelética e avaliação neurológica. O exame neurológico foi utilizado para complementar o diagnóstico de dor, pelo qual realizou-se uma avaliação da sensibilidade facial	com a escada analgésica da OMS, observou-se uma melhora na dor em todos os casos, isto foi possível devido a um correto e eficiente diagnóstico da dor. Destaca-se também que dos cinco princípios do controle da dor, quatro foram seguidos, deixando de seguir apenas o princípio da escada analgésica da OMS.
JESUS, Leila Guerreiro de <i>et al.</i> (2016).	Interpretar os efeitos colaterais de alguns agentes quimioterápicos utilizados para o tratamento de pacientes oncológicos, e possíveis repercussões na mucosa oral.	Revisão de literatura.	29 artigos foram utilizados como referências.	Foram eleitos artigos que abordaram os efeitos colaterais que os principais agentes quimioterápicos causam no organismo.	Os agentes quimioterápicos estão diretamente ligados com o aparecimento de manifestações orais oriundas da estomatotoxicidade e da imunossupressão, as mais vistas na literatura são a mucosite e a xerostomia.
REOLON, Luiza Zanette <i>et al.</i> (2017).	Averiguar a qualidade de vida dos pacientes com mucosite oral induzida pelos tratamentos anti-neoplásicos previamente à aplicação de laserterapia e posterior à regressão das lesões orais.	Ensaio quase-experimental	18 pacientes oncológicos em atendimento ambulatorial ou internados no Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS.	O laser foi aplicado intra e extra oral por um minuto em cada ponto das regiões - lábios, glândulas salivares, mucosa jugal, palato e língua -, após um mapeamento das superfícies anatômicas por pontos de equidistância. O aparelho foi programado para o comprimento de onda de 660nm para todos os pacientes.	A média de pontos da qualidade de vida dos pacientes, analisada por meio do questionário Avaliação da Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), encontrada foi 456,2 ($\pm 329,38$), anteriormente ao início do tratamento com laserterapia, e 678,3 ($\pm 332,46$), posteriormente à intervenção.
FLORIANO, Deividi de Freitas <i>et al.</i> (2017).	Analisar as manifestações orais em pacientes tratados com radioterapia ou quimioterapia.	Estudo transversal, descritivo, observacional de campo.	96 pacientes, maiores de 18 anos, que estavam sob tratamento antineoplásico em um hospital de Santa Catarina.	O exame clínico foi executado por um cirurgião-dentista e por um acadêmico de odontologia. O exame foi realizado no leito de internação do paciente, consistindo da anamnese e do exame físico e clínico intrabucal, sob luz	Foram vistos seis tipos de lesões, alterações ou patologias em 90% dos pacientes, ressaltando a xerostomia, a mucosite e a candidíase.

				artificial, de forma clínico-visual não invasiva, com espátula de madeira, gaze e uso de luvas de procedimento, descartadas após o exame de cada paciente. O exame clínico intrabucal possibilitou verificar as alterações/lesões presentes nos pacientes da amostra. Utilizou-se um questionário com perguntas objetivas e subjetivas direcionadas ao paciente e preenchidas pelo pesquisador; foram colhidas informações sobre: etilismo; tabagismo; combinação de tratamento (radioterapia/quimioterapia/ambas); se realizou tratamento odontológico anterior ao tratamento antineoplásico; e se, junto ao tratamento oncológico, realizou algum tipo de tratamento ou acompanhamento odontológico.	
BORGES, Bianca Segantini <i>et al.</i> (2018).	Discutir o atendimento odontológico de uma paciente irradiada em região de cabeça e pescoço, salientando as principais complicações bucais, manejo odontológico e a importância da Odontologia na equipe multidisciplinar, no tratamento do câncer bucal.	Relato de caso.	1 paciente com diagnóstico de carcinoma espinocelular em orofaringe.	O tratamento odontológico executado foi de raspagem e alisamento coronaradicular, profilaxia dentária, instrução de higiene oral, bochechos com clorexidina a 0,12% por 7 dias, bochechos diários com fluoreto de sódio a 0,05% e orientação sobre as complicações bucais e prevenção dos efeitos colaterais do tratamento antineoplásico. Como terapia da mucosite, foi utilizado laser de baixa potência, com comprimento de onda de 660nm, potência de 100mW e energia de 2J, com aplicação pontual, no período de aparecimento das lesões bucais até 20 dias após o término da terapia antineoplásica. Para o tratamento da candidíase pseudomembranosa foram realizados bochechos com nistatina, e para a xerostomia, indicado o uso de lubrificantes bucal e labial.	A assistência odontológica do paciente irradiado em região de cabeça e pescoço antes, durante e após o tratamento antineoplásico é primordial para o controle e prevenção das complicações bucais, além de proporcionar melhora da qualidade de vida do paciente. Com a conclusão do tratamento antineoplásico, a paciente continuou o acompanhamento odontológico a cada três meses e não apresentou quaisquer focos de infecção bucal.
ORCINA,	Analisar predominância de	Estudo	61 pacientes assistidos pela	Coletar dados dos prontuários	No total, 11,5% dos pacientes receberam

Bernardo da Fonseca; JACCOTTET, Cleuza Marfisa Guimarães; SAVIAN, Monica Cristina Bogoni (2021).	alterações bucais em pacientes assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas; verifica associação das manifestações com o tipo de câncer e tratamento anti-neoplásico recebido.	transversal retrospectivo com dados secundários.	equipe da odontologia durante o período da coleta de dados, que compreendeu os meses de abril de 2018 a setembro de 2019.	odontológicos de pacientes atendidos no período de abril de 2018 a setembro de 2019, com informações da equipe relacionadas a aspectos clínicos, odontológicos, psicológicos, espirituais e sociais. Nos prontuários havia informações sobre a anamnese e exame clínico odontológico, como presença de dores na cavidade oral, presença e aspecto de lesões orais, aumento de volume na região de cabeça e pescoço, disfagia, disgeusia, xerostomia e manifestações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico, e a necessidade de tratamento odontológico.	tratamento quimioterápico e radioterapia de cabeça e pescoço. As manifestações bucais encontram-se presentes por 47 vezes em 35 pacientes (57,3%), sendo que, em 18% deles o diagnóstico de duas dessas variáveis esteve presente. Os pacientes mais acometidos por alterações tinham a localização do câncer nos seguintes grupos: sistema digestivo, cabeça e pescoço e próstata, sendo estes dois últimos com o mesmo número de manifestações. Ao relacionar as alterações bucais e a localização do câncer, apenas a xerostomia mostrou-se significativa.
--	--	--	---	--	---

4. DISCUSSÃO

Após a realização das buscas bibliográficas foram encontrados artigos que destacam a importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos aos pacientes oncológicos. A maioria dos artigos discute sobre as manifestações orais relacionadas à terapia antineoplásica com ênfase na quimioterapia e radioterapia, associadas ou não, e o manejo odontológico necessário para o tratamento das alterações bucais ou prevenção.

Para melhor compreensão do assunto, realizou-se a categorização da temática de acordo com os artigos supracitados, as quais serão apresentadas na sequência.

Categoria 1: Implicações do tratamento oncológico na cavidade oral

Dentre os tratamentos antineoplásicos destacam-se a quimioterapia e radioterapia como as terapêuticas comumente utilizadas, de forma isolada ou combinada.

A primeira se baseia em químicos que atuam sobre as células tumorais com o objetivo de destruição ou remissão tumoral, porém, sem diferenciação celular, por isso células e tecidos saudáveis também são afetados (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Já a radioterapia funciona pela emissão de radiação ionizante na região onde o tumor se localiza, causando sua regressão e, embora busque ser o mais local possível, também atinge células e tecidos saudáveis próximos à região irradiada (SOUZA *et al.*, 2019).

O câncer de cabeça e pescoço corresponde a 10% dos tumores malignos mundiais e 40% dos casos localizam-se na cavidade oral. Logo, a radiação irá atingir diretamente a mucosa oral. Cerca de 90% da saliva é produzida pelas glândulas salivares maiores, que são comumente atingidas na oncoterapia e com isso há hipossalivação e xerostomia, que pode ser uma consequência irreversível e possui tratamento paliativo; a mucosite oral é outra lesão frequente, com 100% de acometimentos em pacientes radioterápicos, e se não tratada irá evoluir à níveis severos, resultando em internamento hospitalar, interrupção da terapia antineoplásica e risco de morte; além da osteorradiocrose, que é associada à diminuição de oxigênio, vascularização e atividade celular nos tecidos ósseos irradiados, causando necrose na região e apresentando-se como um risco frente a intervenções cirúrgicas por cinco anos após a radioterapia, com relatos na literatura de osteorradiocrose após 45 anos de finalizada a terapia antineoplásica (FREITAS *et al.*, 2011).

Há indícios que certas lesões possam estar associadas com alguns fármacos utilizados na oncoterapia; a cisplatina e a ciclofosfamida são quimioterápicos que não agem diretamente no ciclo celular, porém, por provocarem leucopenia e imunossupressão, estão envolvidas na susceptibilidade a infecções fúngicas como a candidíase; o fluorouracil e a adriamicina são substâncias que possuem ação de antimetabólito e fase ativa no ciclo celular, respectivamente, e por isso são conectadas ao risco de mucosites; o metotrexato também é considerado um antimetabólito, porém possui secreção

salivar e por isso é correlacionado à xerostomia e à disgeusia, além de possuir um efeito de estomatotoxicidade elevado, causando mucosite e gengivite (JESUS *et al.*, 2016).

Fatores pessoais são estudados para saber se há relação entre a frequência de lesões orais expressas. Em pesquisa feita em Belo Horizonte, 28 pacientes que iriam começar o tratamento antineoplásico foram encaminhados para adequação do meio bucal em clínica universitária da região e dados de tabagismo, etilismo e localização do tumor foram registrados; após iniciada a oncoterapia, a população do estudo foi analisada novamente e se observou que não houve relação entre xerostomia, candidíase e mucosite com fumo e álcool, porém houve relação significativa entre mucosite e local de irradiação (associação aos maxilares) (BUENO; MAGALHÃES; MOREIRA, 2012).

A mucosite oral (MO) se caracteriza pela destruição quimioterápica de tecidos com ação mitótica intensa. Trata-se de uma doença de caráter inflamatório agudo. Clinicamente a MO apresenta-se como lesões erosivas/ulcerativas dolorosas e é dividida pela OMS em graus de evolução (0, 1, 2, 3 e 4): o grau 0 é quando não há sinais clínicos observados e nem sintomas expressos pelo paciente; o grau 1 é representado por lesões eritematosas, com presença ou não de sintomatologia dolorosa leve; o grau 2 já possui lesões ulcerativas - com tecido conjuntivo exposto - e por conta disso a dor é mais intensa, o cirurgião-dentista pode perceber, ao exame clínico, pseudomembranas ao redor das áreas ulceradas; o grau 3 apresenta progressão das úlceras, atingindo uma área maior e com sintomatologia dolorosa intensa, o que torna-se fator limitante ao paciente, pois dificulta a ingestão de alimentos sólidos e a fala - a nutrição por via enteral pode ser necessária -, há sangramento por traumas mínimos; o grau 4 é mais grave, as lesões apresentam necrose tecidual e os micro-organismos presentes no local podem ser disseminados pela corrente sanguínea resultando em infecção sistêmica; a dor relatada é extrema, a terapia antineoplásica precisa ser interrompida e o paciente precisa ser internado para tratamento da MO, e nesse momento há risco de morte (CICHELLI *et al.*, 2017).

Em relato de atendimento odontológico à paciente submetida à radioterapia, Borges *et al.*, (2018) descreveram múltiplas lesões orais diretamente conectadas à oncoterapia; a paciente tinha diagnóstico de câncer em orofaringe, com tratamento de 35 sessões de radioterapia com dose total de 70 cGy associada à quimioterapia, sem adequação bucal prévia com cirurgião-dentista; no exame clínico foi constatada candidíase, xerostomia, doença periodontal em arcada inferior (edêntula em arcada superior) e MO grau 4, a qual culminou em interrupção do tratamento antineoplásico por duas semanas, alimentação exclusiva por sonda nasogástrica e perda de 11 kg.

Outra lesão associada à terapia antineoplásica é a xerostomia, que é caracterizada pela secura sintomática na cavidade oral. Pode estar relacionada com a toxicidade da quimioterapia ou com fibrose nas glândulas salivares, estimuladas pela radioterapia. Ela altera a quantidade de salivar produzida em até 90% e/ou sua composição. Considera-se não apenas a ação direta da radiação nas

glândulas salivares mas também na vascularização e nos tecidos próximos a elas. As consequências da xerostomia podem levar à disgeusia, dificuldade no processo de digestão e deglutição, declínio da capacidade tampão da saliva, halitose, dislalia e sensação de queimação na boca, fazendo com que o paciente sinta desconforto e dificuldades em realizar funções básicas, além de representar maiores riscos à cárie dentária, periodontite, desnutrição e infecções fúngicas (GOULART *et al.*, 2016).

Em uma pesquisa realizada no sul do Brasil, uma amostra de 61 pacientes oncológicos em cuidados paliativos foi avaliada em relação à presença de lesões orais e os resultados obtidos foram que 35 pacientes apresentavam 47 lesões bucais ligadas à oncoterapia, sendo que em 11 pessoas havia ao menos duas manifestações presentes, sendo as mais prevalentes xerostomia (26,6%), candidíase (18%) e MO (13,1%), porém, a xerostomia não foi relacionada estritamente à radioterapia, mas ao desequilíbrio metabólico, desidratação e medicação em uso no paciente. A maioria da população estudada apresentava necessidades de manejo odontológico, ressaltando a importância do cirurgião-dentista dentro da equipe paliativista (ORCINA; JACCOTTET; SAVIAN, 2021). Consolidando tais observações, Floriano *et al.* (2017) mediram a ocorrência de lesões orais em 96 pacientes submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia, e os achados foram de 87 pacientes (90%) acometidos por alguma afecção, sendo a xerostomia a mais frequente (71,9%), seguido de MO (67,7%) e candidíase (32,3%); também foi constatado que nenhum dos 96 pacientes estava em atendimento odontológico, e que se o contrário ocorresse, a qualidade de vida da amostra seria aumentada.

Avaliando a incidência de lesões orais após conclusão de radioterapia há 6 meses, Gaetti-Jardim Júnior *et al.* (2011) observaram que de 50 pacientes examinados apenas 16% não possuíam cárie ativa, 20% eram acometidos por gengivite e 32% com periodontite crônica; logo após o término da radioterapia, 68% dos pacientes apresentavam MO grau 3, com sintomatologia dolorosa intensa e alimentação completamente líquida ou via enteral; a xerostomia foi considerada como condição muito comum nesses pacientes e houve deficiência na remineralização dentária pela diminuição de cálcio, proteínas e fosfatos na composição salivar, bem como um desequilíbrio da microbiota bucal por conta da diminuição do fluxo salivar que auxilia na remoção de bactérias e fungos e na disponibilidade de nutrientes a esses micro-organismos, aumentando o risco de infecções como a candidíase.

A candidíase é uma infecção de caráter oportunista, causada pelo fungo do gênero *Candida*, que em indivíduos saudáveis também está presente na microbiota oral. Pode estar relacionada com a imunossupressão causada pelo tratamento antineoplásico, assim como com a má higienização oral por falta de orientação profissional e com a xerostomia. O diagnóstico de candidíase oral é realizado pelo dentista por meio de exame clínico minucioso, podendo ser complementado com citologia esfaliada para identificação de hifas e leveduras; clinicamente há a presença de placas

esbranquiçadas ou eritematosas que podem estar presentes no palato, língua e mucosa oral, acompanhadas ou não de sintomatologia dolorosa leve ao deglutir (ROCHA *et al.*, 2017).

Com relação à doença periodontal, esta ocorre a partir da gengivite e é uma resposta inflamatória induzida pela placa bacteriana localizada no tecido conjuntivo adjacente à gengiva, resultando na perda de inserção colágena do dente ao osso. A evolução da patologia possui resultados limitantes, como a perda de dimensão vertical de oclusão pela perda óssea, mobilidade dentária que pode resultar na perda do elemento, sangramento espontâneo, presença de cálculo dentário, inflamação da gengiva, sintomatologia dolorosa, sensibilidade, e, portanto, desconforto para se alimentar, falar e realizar escovação e uso do fio dental. Além disso, a cavidade oral é um ponto importante de origem para bacteremias e um dos grandes riscos da doença periodontal é a endocardite bacteriana, e esse risco é diretamente proporcional ao nível de infecção dos tecidos orais. Se o controle de placa não for realizado pelo cirurgião-dentista, o acúmulo de placa bacteriana evolui à cárie (CANGUSSU *et al.*, 2014).

A cárie de radiação leva esse nome por estar relacionada com a ação direta da radioterapia sobre o tecido dental e apresenta características específicas como atingir a região cervical dos elementos dentários e ter evolução rápida sem sintomatologia dolorosa; outrossim, pode estar relacionada de forma indireta e ser resultante da hipossalivação decorrente da xerostomia, o que determina a diminuição na quantidade de anticorpos na saliva e a atividade de remineralização do esmalte dental é deficiente (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A osteorradionecrose apresenta essa denominação por estar relacionada à radioterapia. A radioterapia causa efeitos negativos nos tecidos e estruturas adjacentes à massa tumoral, como supressão da vascularização e hipóxia, o que, conseqüentemente, causa deficiência na atividade celular, formação de colágeno e na cicatrização de feridas. Quando é aplicada na região dos ossos, em especial na mandíbula por ser mais densa e menos vascularizada em comparação à maxila, pode causar a destruição dos osteócitos e ausência de osteoblastos em osso marginal. Logo, quando o paciente oncológico, que está recebendo ou já recebeu a radioterapia anteriormente precisa realizar um procedimento em boca que seja invasivo, como exemplo a exodontia, a osteorradionecrose pode ser vista clinicamente como a ferida cirúrgica que não cicatrizou em três meses, trazendo risco de infecção local e sistêmica por necrose dos tecidos, e acarretar extração cirúrgica parcial ou total da área afetada (DAVID *et al.*, 2016).

Entre as condições avaliadas nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, a dor se mostrou a mais relatada em pesquisa feita em um hospital de Uberlândia, em que aproximadamente 75% dos participantes expressaram a presença de dor, sendo que a forma intensa foi a mais vista mesmo quando os pacientes já estavam em uso de anagésicos opióides fortes - como a metadona -

equipe os domínios social, psicológico e físico possuíam avaliação negativa diretamente proporcional à escala de dor referida (MENDES *et al.*, 2014).

Dentro da odontologia a dor tem pontos específicos. Em publicação de 2015 foi relatada a presença de dor em três pacientes oncológicos com regiões afetadas, como infratemporal parotídeo-massetérica, submandibular, dor latejante em dentes que era intensificada durante a mastigação, ingestão de alimentos condimentados e água gelada e dor severa em palpação do masseter; houve melhora nos casos após uso de analgésicos associados a anti-inflamatórios receitados a partir de exames clínicos minuciosos com diagnóstico correto (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Categoria 2: Contribuições do cirurgião-dentista frente aos cuidados paliativos na oncologia

Embora a necessidade de acompanhamento odontológico a esses pacientes seja evidente, Sera *et al.* (2013) apuraram a deficiência do atendimento citado a 21 pacientes oncológicos em tratamento em um hospital do estado de São Paulo; entre os sujeitos da pesquisa, apenas um relatou ter sido atendido por um dentista, ao passo que 80,9% deles apresentou xerostomia e disgeusia; além dos tratamentos específicos a essas condições, o estudo avaliou que cuidados básicos com a higiene oral estavam insatisfatórios, pois 28,5% não realizava escovação dentária diariamente, 47,7% escovavam dentes pelo movimento de “vai-vem”, 15,8% pela técnica de Bass modificada, 42,8% escovavam língua apenas uma vez ao dia e 57,1% referiram ter halitose.

As medidas preventivas aos agravos de saúde a serem realizadas pelo cirurgião-dentista incluem o controle de placa bacteriana por instrução de higiene oral correta, profilaxias, indicação de colutórios, laserterapia, crioterapia, raspagem periodontal, exodontias, endodontia, indicação de lubrificantes e gomas sem açúcar, estimulação do consumo de água, aconselhar a dieta menos cariogênica e ácida (POZZOBON *et al.*, 2011).

Em MO grau 3 ou 4 é usado o cloridrato de tramadol (dose máxima de 400 mg) e o sulfato de morfina (dose máxima de 180 mg); dentre os anti-inflamatórios o frequentemente receitado é a prednisona (dose máxima de 60 mg) (BARILLARI; GOULART; GOMES, 2015). De acordo com Lopes *et al.* (2016), a crioterapia é também sugerida aos pacientes que fazem uso de doses altas de melfalano como forma de prevenção à MO, realizando-se 30 minutos de sucção de gelo antes da sessão de terapia antineoplásica. Gomes *et al.* (2021), concluíram em seus estudos que os bochechos feitos com chá de camomila gelado e sem açúcar foram mais eficazes na remissão da MO e prevenção comparados ao uso de corticóides. Em pesquisa realizada em hospital no estado de Rio Grande do Sul, 18 pacientes oncológicos com MO passaram pela laserterapia em comprimento de onda de 660nm com duração de 1 minuto em cada ponto de aplicação (lábios, mucosa jugal, glândulas salivares, palato e língua); após a intervenção foi medida a qualidade de vida da população

e relatada melhora nos sintomas de dor, deglutição, mastigação, fala, paladar e salivação (REOLON *et al.*, 2017). A laserterapia paraprevenção à mucosite oral também é muito estudada, e apesar de não haver um protocolo definido para esse uso, há consenso de que ondas a partir de 540 nm e entre 600 a 900 nm já estimulam a ação mitótica das células, intensificando a produção de colágeno e fibroblastos, diminuindo a ocorrência de MO e sua evolução aos graus severos (MAGNABOSCO NETO; WESTPHALEN, 2013).

Para aliviar os sintomas da xerostomia, o dentista pode orientar o paciente a ingerir água com frequência, mascar pastilhas sem açúcar, lubrificar a cavidade oral com saliva artificial e realizar bochechos com clorexidina 0,12% para suprir parte da ação antimicrobiana, que antes estaria sendo feita pelos anticorpos presentes na secreção salivar (GOULART *et al.*, 2016).

Para o tratamento da candidíase oral é preferível o uso de antifúngico tópico ao de uso sistêmico, por conta dos riscos de interações medicamentosas. O cirurgião-dentista pode prescrever uso de pastilhas mastigáveis de nistatina/clotrimazol de uma a duas vezes ao dia; há também enxaguantes bucais à base de fluconazol que são indicados para tratar a candidíase oral de pacientes oncológicos quando o fungo já apresenta certa resistência. Os antifúngicos de uso sistêmico, como ofluconazol e o itraconazol, podem ser necessários dependendo da situação do paciente e seu histórico anterior ao uso de antifúngicos tópicos (DANTAS *et al.*, 2020). A associação dos medicamentos tópicos com terapia fotodinâmica (PDT) também é um procedimento que se mostra eficaz em muitos casos.

O manejo da doença periodontal irá variar conforme a situação da enfermidade em cada paciente. Embora seja geralmente controlada por meio de procedimentos clínicos rotineiros, como: raspagem supra e subgingival com instrumentos manuais ou com o ultrassom periodontal para remoção completa de cálculos dentários; controle de placa por meio da instrução correta de higiene oral; uso de colutórios somados ao planejamento do tratamento da doença periodontal (STUANI *et al.*, 2016).

A cárie de radiação deve ser diagnosticada com antecedência para que seu tratamento possa ser baseado nos princípios fundamentais da dentística: remoção do tecido cariado infectado (mantendo o afetado), remoção do esmalte dentário sem suporte, regularização da cavidade dental em consideração ao material restaurador escolhido (resina composta, cimento de ionômero de vidro, amálgama, entre outros) e polimento da superfície dificultando a formação e aderência do biofilme no local, evitando recidivas. Porém, quando não controlada pelo profissional dentista, a cárie pode atingir a polpa do dente, fazendo com que o tratamento endodôntico seja necessário, e em alguns casos, a exodontia (SILVA; RIOS; GUEDES, 2021).

Em seus estudos, Carvalho *et al.* (2019) descreveram que em casos de osteorradionecrose sem

sintomatologia e lesão discreta, a irrigação com antisséptico e desbridamento da área afetada é recomendada; para alívio da dor, quando presente, são receitados analgésicos e quando houver infecção o recomendado é o exame de antibiograma para que a medicação seja específica, embora a antibioticoterapia de amplo espectro seja eficaz; já para lesões extensas, com presença de fístulas, fraturas ósseas, dor constante e trismo é necessária a retirada cirúrgica total da área comprometida com margem de segurança, com reconstrução indicada em momento posterior. Em relato de 2012, seis pacientes oncológicos com osteorradionecrose em mandíbula foram tratados por irrigação local com gluconato de clorexidina 0,12%, três vezes ao dia e a duração se estendeu até que a melhora da lesão fosse clinicamente confirmada (média de 16 meses); 50% desses pacientes apresentaram remissão total da lesão e 50% apresentaram remissão parcial dela (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Para Wiermann *et al.* (2014), a dor oncológica só é tratada satisfatoriamente por meio de associações entremedicamentos e terapias alternativas não farmacológicas e o uso de analgésicos não deve começar tardiamente; em sua publicação os mesmos autores também concordam que a atuação de uma equipe multidisciplinar é vital ao objetivo do manejo da dor oncológica.

5. CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista deve acompanhar o paciente oncológico paliativo durante todo o curso da doença, diagnosticando lesões orais relacionadas ao tratamento antineoplásico ou ao câncer com maior antecedência possível, para assim praticar o manejo odontológico necessário e eficaz, devolvendo ao paciente conforto e autonomia. Embora a necessidade de intervenção odontológica nesses pacientes seja consolidada, os estudos nacionais relacionando paliativismo à odontologia são escassos, tal o número de odontólogos especialistas em oncologia e o reconhecimento ainda discreto da odontologia hospitalar, por ora, presente por forma de habilitação. Dados referentes à contraindicação de laserterapia não foram encontrados. O manejo da dor não possui intervenções padronizadas e específicas. O número de pacientes com paralisia facial decorrente de osteorradionecrose não é explorado. Logo, para a evolução desse estudo se torna necessário que pesquisadores da área sejam norteados pelos especialistas em oncologia, estomatologia e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial; além de incluir em sua pesquisa trabalhos internacionais, que embora não representem o cenário brasileiro de condição dos pacientes, auxiliaria na fundamentação das possibilidades de intervenções adotadas ou que devem ser renunciadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernanda Campos Sousa de *et al.* Tratamento conservador de osteorradionecrose de mandíbula: equidade e racionalização de recursos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**,

Paraíba, v. 16, n. 1, p. 63-70, mar., 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789725>. Acesso em: 20 set. 2021.

BARILLARI, Matheus Elias; COSTA, Mariana Goulart Nunes de Souza; GOMES, Antônio Carlos Pereira. Complicação da terapia antineoplásica: prevenção e tratamento da mucosite oral. **Revista Investigação**, Franca, v. 14, n. 6, p. 121-124, dez., 2015. Disponível em: <https://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/921>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BORGES, Bianca Segantini *et al.* Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 332-340, jul./set., 2018. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/738>. Acesso em: 20 set. 2021.

BUENO, Audrey Cristina; MAGALHÃES, Cláudia Silami; MOREIRA, Allyson Nogueira. Associações entrefatores de risco e complicações bucais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia associada ou não à quimioterapia. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Campina Grande, v. 12, n. 2, abr./jun., 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=63723490007&cid=8632>. Acesso em: 20 set. 2021.

CANGUSSU, Patrícia Mendes *et al.* Endocardite bacteriana de origem bucal: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 11-13, jun., 2014. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/5>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CARVALHO, Denildo de Araújo *et al.* Prevenção e manejo terapêutico da osteorradionecrose dos maxilares: revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 40, n. 3, p. 38-44, set./dez., 2019. Disponível em: <https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/2019/10/trabalho7.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

CICHELLI, Monise Queiroz *et al.* Mucosite oral induzida por terapia oncológica – uma revisão de literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 16, n. 1, p. 85-88, jan./abr., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14008>. Acesso em: 20 set. 2021.

DANTAS, Juliana Borges de Lima *et al.* Candidíase oral em pacientes submetidos à terapia antineoplásica: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 50, n. 1, p. 25-34, mai./ago., 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/38251>. Acesso em: 15 set. 2020.

DAVID, Edielly Fernanda *et al.* Manejo terapêutico e preventivo da osteorradionecrose: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 150-156, abr./jun., 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v73n2/a13v73n2.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

FERNANDES, Isis Spadini; FRAGA, Cláudia Perez Trindade. A importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço. **Revista Científica UMC**, Mogi das Cruzes, v. 4, n. 1, p. 1-16, fev., 2019. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/290>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FLORIANO, Deivid de Freitas *et al.* Complicações orais em pacientes tratados com radioterapia ou quimioterapia em um hospital de Santa Catarina. **Revista de Odontologia da Universidade**

Cidade de São Paulo, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 230-236, set./dez., 2017. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/627>. Acesso em: 20 set. 2021.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 13, n. 6, p. 1103-1108, nov./dez., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefaca/a/9rdJV7GC7jGCcPVCPyjHXRY/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

GAETTI-JARDIM JÚNIOR, Elerson *et al.* Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos. **Revista da Pós-Graduação**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 96-101, abr./jun. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-56952011000200006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2021.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, set./dez. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155. Acesso em: 15 jul. 2021.

GOMES, Nílvia Maria Lima *et al.* Fitoterapia como opção de tratamento para a mucosite oral. **Archives of Health Investigation**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 11-17, jan. 2021. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3206>. Acesso em: 08 ago. 2021.

GOULART, Jamile Damáris *et al.* Xerostomia e suas causas na odontologia. **Revista Eletrônica AcervoSaúde**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 99-103, jun. 2016. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6536>. Acesso em: 08 ago. 2021.

GUIMARÃES, Aryane Nathália *et al.* Diagnóstico e manejo da dor orofacial oncológica: relato de três casos clínicos. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 51, n. 4, p. 205-209, out./dez., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosodontologia/article/view/3693>. Acesso em: 20 set. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=o-que-e>. Acesso em: 15 jul. 2021.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa de 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

JESUS, Leila Guerreiro de *et al.* Repercussões orais de drogas antineoplásicas: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 130-135, jan./abr., 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S14130122016000100020&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 set. 2021.

KOVÁCS, Maria Júlia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n.1, p.94-104, jan./abr., 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011. Acesso em: 15 jul. 2021.

LOPES, Lívia Dantas *et al.* Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, jul., 2016., Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zGJBzkHMXzhpnjWjQsRq7pR/?lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MAGNABOSCO NETO, Antonio Eugenio; WESTPHALEN, Fernando Henrique. Efetividade profilática e terapêutica do laser de baixa intensidade na mucosite bucal em pacientes submetidos ao tratamento do câncer. **Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 246-53, mai./ago., 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000200021. Acesso em: 20 set. 2021.

MENDES, Thaís Rezende *et al.* Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 356-61, ago., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sPktsvSryRr5STLwb5XYqKj/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 set. 2021.

ORCINA, Bernardo da Fonseca; JACCOTTET, Cleusa Marfiza Guimarães; SAVIAN, Mônica Cristina Bogoni. Prevalência de Manifestações Buciais em Pacientes com Câncer Assistidos em um Programa de Atenção Domiciliar na cidade de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro - RJ, v. 67, n. 2, p. 1-7, abr./jun., 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1184>. Acesso em: 15 jul. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. Genebra, 02 fev. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>. Acesso em: 20 ago. 2021.

POZZOBON, João Luiz *et al.* Complicações bucais dos tratamentos de câncer de cabeça e pescoço e de malignidades hematológicas. **Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 16, n. 3, p. 342-346, set./dez., 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-40122011000300020&lng=pt&nrm=is_o&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2021.

REOLON, Luiza Zanette; RIGO, Lilian; DE CONTO, Ferdinando; CÉ, Larissa Cunha. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 19-27, jan./fev., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/sBPZ8JgVvFtCFMTDDP8PrCw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROCHA, Flávia Godinho Costa Wanderley *et al.* Ocorrência de candidíase oral em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos aos tratamentos antineoplásicos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 318-322, set./dez., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/24386/15953>. Acesso em: 08 ago. 2021.

RODRIGUES, Renata Borges *et al.* Manejo da cárie relacionada à radiação em pacientes oncológicos de cabeça e pescoço: evidência científica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n.7, p. 1-14, jun., 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16733/15042>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SERA, Eduardo Aoki Ribeiro *et al.* Avaliação dos cuidados odontológicos pré e trans tratamento radioterápico. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 23, n. 3, p. 30-38, set., 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-853518>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, Jéssica Karolaine Mendes Campos da; RIOS, Tawane Luiza Branquinho; GUEDES, Cizelene do Carmo Faleiros Veloso. Cuidados odontológicos para pacientes submetidos a tratamentos antineoplásicos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 12, p. 1-12, set., 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20231>. Acesso em: 29 set. 2021.

SOUZA, Damaris Pacífico de *et al.* A importância da radioterapia no tratamento do câncer de mama. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 25, n. 1, p. 35-38, dez. 2018/fev. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181204_202621.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

STUANI, Vitor de Toledo *et al.* A relação entre doença periodontal e o câncer oral. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 218-222, jul./set., 2016. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/718/534>. Acesso em: 15 set. 2021.

WIERMANN, Evanius Garcia *et al.* Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 38, p. 132-143, out./dez., 2014. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57000673/Consenso_Brasileiro-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634423509&Signature=SEE4cXzgZgMehuXf0Q~atzB5Wm68EuW1kMkE4DU~y3~TrNRhWL7Ku~Q7S am2IGJ8E EilyHxYSpqJswNkUQyqj3iNINK~dxtPP2frKcFhnTLrXIEpqvmAwWogLvr1zR~Ie97EzhA9vI5-DBWFTE GT0p6~QTW-t9yoGSF-LNV364IHsR926DE3~D0mPg6B~zPUB6cnIAP7Pyna3qHLM339B3e-ONek4Sbn~9e wgC-oC6rsUBfWYKrVrasvXHwoDXtKQhusGRN0m2Q8UsUGvv8n85QAAtHIWjadPOkaRa ~- RcXodlW8ay I28y8WrtuYGSMDPklz35DsGKFR9ZIlmoDmA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 15 set. 2021.

Recebido em: 25/06/2022
Aceito em: 27/09/2022