

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
E DO MEIO AMBIENTE**

**MAÍRA TAVARES DE FARIA**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM CÂNCER:  
ORIENTAÇÃO PARA CIRURGIÕES DENTISTAS**

**VOLTA REDONDA  
2017**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
E DO MEIO AMBIENTE**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM CÂNCER:  
ORIENTAÇÃO PARA CIRURGIÕES DENTISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Maíra Tavares de Faria

Orientador:

Prof. Dr. Julio Cesar Soares Aragão

**VOLTA REDONDA**

**2017**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

F224a Faria, Maíra Tavares de.  
Atendimento odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgiões dentistas. / Maíra Tavares de Faria - Volta Redonda: UniFOA, 2017.

71 p. : Il

Orientador(a): Júlio Cesar Soares Aragão

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2017.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Neoplasia. 3. Odontólogo. 4. Saúde – assistência integral. I. Aragão, Júlio Cesar Soares. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610

## FOLHA DE APROVAÇÃO

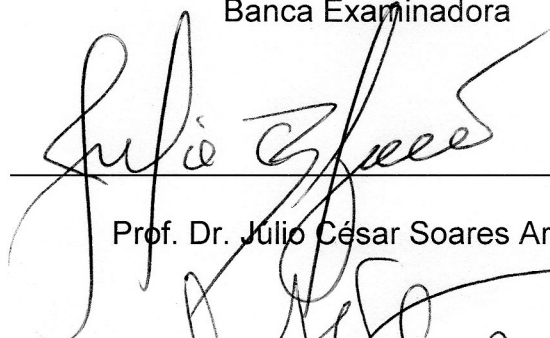
Aluna: Maíra Tavares de Faria

### ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM CÂNCER: ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES DENTISTAS

Orientador:

Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

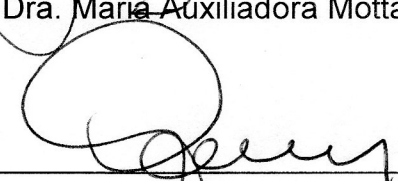
Banca Examinadora



Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão



Prof. Dra. Maria Auxiliadora Motta Barreto



Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Dedico à Deus, por que através da fé, consegui a graça de prosseguir em mais uma jornada.

Aos meus pais e meu irmão por estarem do meu lado e por me proporcionarem poder ter a oportunidade de um crescimento profissional.

Aos familiares que sempre acreditaram no meu futuro, assim como ao meu avô por ser minha inspiração profissional.

Aos meus amigos que me apoiaram durante meus períodos de ausência.

Agradeço meus pacientes oncológicos que me dão força para passar pelas dificuldades da vida e que apoiam as minhas condutas visando proporcioná-los uma melhor qualidade de vida.

Meu orientador pela paciência e pela atenção em desbravar um mundo que não o seu cotidiano, me auxiliando em todas as etapas.

Meus alunos e colegas do UniFOA que me dão motivação diária para dar continuidade a vida acadêmica.

“A capacidade de se colocar no lugar do outro é uma das funções mais importantes da inteligência. Demonstra o grau de maturidade do ser humano.”

(Fernando Cury)

## RESUMO

O número de casos de câncer vem crescendo não só no Brasil, mas em todo o mundo. Dentre as terapias indicadas para o tratamento oncológico temos a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e o transplante de células tronco hematopoiéticas. Todas essas terapias causarão efeitos colaterais bucais importantes para a atuação do cirurgião dentista, que deve ser inserido na equipe multidisciplinar oncológica. Além da função terapêutica nos casos de câncer em geral, cabe ao cirurgião dentista à realização de campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. O presente trabalho objetiva avaliar a assistência odontológica prestada a pacientes oncológicos, pelos cirurgiões dentistas da região Sul Fluminense e desenvolver um produto que os auxilie diariamente nos atendimentos. Foi realizado um estudo qualitativo através de entrevistas semi estruturadas a 14 cirurgiões dentistas que atuam nas cidades de Barra Mansa, Barra do Piraí e Volta Redonda, na área clínica e os dados encontrados foram agrupados de acordo com os principais tópicos abordados pelos entrevistados contemplando a abrangência das informações, além de revista a literatura relativa aos assuntos levantados. Vimos através da pesquisa que há uma falha tanto na atuação do dentista frente ao diagnóstico do câncer de boca, quanto na assistência ao paciente em tratamento oncológico. A falta de conhecimento dos profissionais foi a principal causa dessa falha, apontando uma carência do conteúdo em sua formação. Buscando auxiliar o cotidiano desses profissionais da classe odontológica, foi produzido um material didático discursivo (livro) assistencial contemplando as informações necessárias para o esclarecimento de dúvidas dos dentistas, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Neoplasia, Odontólogo, Relações Dentista-Paciente, Qualidade de vida, Assistência Integral à Saúde.



## ABSTRACT

The cases of cancer has been growing not only in Brazil, but around all world. Among the therapies indicated for cancer treatment, we have: surgery, radiotherapy, chemotherapy and transplantation of hematopoietic stem cells. All these therapies cause significant oral side effects that dentist may work, and this is why must be inside the cancer multidisciplinary team. Besides the therapeutic function in general types of cancer, it a dentist's function to carry out prevention and early diagnosis of oral cancer. This study aims to evaluate the dental care provided to cancer patients by dentists acting in cities of Volta Redonda, Barra Mansa and Barra do Piraí – RJ and develop a product that assists them in daily care. It was a qualitative study using semi-structured interviews to 14 clinic dentists working in the cities of Barra Mansa, Barra do Piraí and Volta Redonda. The collect data were grouped according to the main topics of the interviews, and a literature rewiew about the issues raised it was made. We have seen on research that there is a failure in the role of the dentist facing the diagnosis of oral cancer, and in patient care in cancer treatment. The main cause of this failure it was the lack of knowledge of the professionals, including the lack of this subject at graduation. To help the dentists daily life, it was produced an assistance book including all necessary information to be used on dental treatment of cancer patients, improving the quality of life of these group.

**Keywords:** Neoplasm, Dentist, Dentist-Patient Relations, Quality of life, Comprehensive Health Care

## LISTAS DE ABREVIATURAS

CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CD	Cirurgião Dentista
CEC	Carcinoma de Células Escamosas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Co-60	Cobalto-60
CTX	sérum C telopeptídeo terminal
DECH	Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMRT	Intensity-Modulated Radiation Therapy
INCA	Instituto Nacional de Câncer.
IV	Intra Venosa
MTX	Metotrexato
ONMAB	Osteonecrose dos Maxilares Associada ao uso Bifosfonato
PSF	Programa Saúde da Família.
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCTH	Transplante de células tronco-hematopoéticas
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
VO	Via Oral
5- FU	5-Fluouracil

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bifosfonatos e aminobifosfonatos que poderão induzir a osteonecrose dos maxilares .....	30
Quadro 2 - Divisão dos cirurgiões dentistas entrevistados de acordo com a idade ..	37
Quadro 3 - Divisão dos cirurgiões dentistas entrevistados de acordo com o tempo de formação .....	37

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	12
2	INTRODUÇÃO .....	14
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	15
3.1	Conceito de Neoplasia Maligna .....	15
3.2	Epidemiologia do Câncer .....	16
3.3	Tratamento oncológico e efeitos colaterais bucais.....	17
3.4	Importância do Cirurgião Dentista na Equipe Multidisciplinar Oncológica .....	21
3.5	Atuação do Cirurgião Dentista em pacientes indicados para Cirurgia Oncológica .....	23
3.6	Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para Radioterapia ....	24
3.7	Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para Quimioterapia ..	27
3.8	Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para transplante de células tronco hematopoéticas .....	31
3.9	Oncologia nos cursos de graduação em Odontologia.....	33
4	MÉTODO .....	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	37
5.1	Diagnóstico do Câncer de Boca.....	38
5.2	Educação em Saúde – Odontologia X Oncologia .....	40
5.3	Dificuldades encontradas pelos Dentistas.....	41
5.4	Domínio sobre o conteúdo Oncologia .....	43
5.5	Conteúdo câncer na formação .....	45
5.6	Papel do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar oncológica .....	48
6	APRESENTAÇÃO DO PRODUTO .....	52
6.1	Desenvolvimento do produto .....	52
6.2	Objetivos do produto.....	52
6.3	Função pedagógica do produto .....	52
6.4	Justificativa .....	53
6.5	Público alvo.....	54
6.6	Descrição do produto.....	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
8	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	57

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>71</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Durante a minha graduação em Odontologia, pude observar a carência de informações dos cirurgiões dentistas e professores quanto ao assunto Oncologia, tanto do ponto de vista teórico quanto do prático. Nesse período de formação, realizei um estágio observando o despreparo não só no âmbito acadêmico, mas em setores do próprio Sistema Único de Saúde, limitando a assistência aos portadores de câncer. Após a conclusão do meu curso, levantei a importância de trazer para a região Sul Fluminense – Rio de Janeiro, um cuidado odontológico diferenciado aos pacientes em tratamento de câncer. Nesse momento, ingressei na Residência Multiprofissional em Oncologia e Física Médica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Tratando-se de um serviço de atenção terciária, altamente especializado, tínhamos como função a preparação de pacientes para o início das terapias antineoplásicas no INCA, assim como o acompanhamento e combate aos efeitos colaterais bucais decorrentes do tratamento. Além disso, havia orientação aos pacientes para que pudessem, após a conclusão do tratamento oncológico, retornar para a atenção primária odontológica a fim de dar continuidade ao seu tratamento de acordo com determinação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao encaminhar esses pacientes para a atenção primária (de onde vieram) observei que a grande maioria retornava ao INCA, pois, segundo eles, os dentistas relatavam não saber tratar de pacientes que tiveram câncer. Alguns profissionais ainda ligavam para o nosso serviço a fim de se desculpar, pois tinham medo de tratar os pacientes, dizendo não entender, não saber o que poderia ou não poderia ser realizado.

Pacientes após o tratamento do câncer devem ser retornar a sua rotina social, sem qualquer discriminação. Algumas vezes esse fato é impossibilitado devido à falta de conhecimento dos cirurgiões dentistas, fazendo com que o paciente fosse de dentista em dentista, sem uma resolução para os seus problemas.

Observando o número de pacientes oncológicos crescerem e a assistência odontológica ficando menor, me prontifiquei a estudar se realmente existia essa limitação, porque existia, quais eram e de que forma poderia ajudar para que houvesse uma melhora.

Após o término da minha Residência no INCA, busquei um Mestrado para que eu pudesse entender melhor o problema através de uma pesquisa de campo. Atualmente, atuando na cidade de Volta Redonda continuo recebendo semanalmente dezenas de ligações de cirurgiões dentistas da região para que possam tirar dúvidas, além de pacientes encaminhados por colegas com medo de realizar o tratamento.

Buscando na literatura material que pudesse orientar esses dentistas, me deparei com a falta de livros e cartilhas relacionadas ao assunto e que pudessem ajudar os profissionais em seu cotidiano. Essa falta nos levou a pensar num produto de disseminação visando auxiliar o cirurgião dentista no atendimento diário aos pacientes oncológicos.

## 2 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública, uma vez que hoje é a segunda maior causa de morte no mundo e sua incidência vem crescendo cada dia mais (SILVA, 2015).

As modalidades terapêuticas oncológicas têm evoluído levando a cura de pacientes que antigamente eram tratados como paliativos. Ao destruir as células tumorais, as modalidades terapêuticas algumas vezes podem causar danos irreversíveis às células normais, levando a efeitos colaterais agudos e crônicos, reversíveis e irreversíveis. Dentre os locais acometidos com esses efeitos, a cavidade bucal é um dos mais agredidos, necessitando da atuação do cirurgião dentista.

A intervenção odontológica tem um papel importante na saúde geral dos pacientes, podendo impactar positivamente no seu tratamento e na sua qualidade de vida. A prevenção é o melhor controle das complicações orais causadas pelo tratamento antineoplásico, iniciando a partir da instituição de cuidados orais pré, acompanhamento durante e assistência após a conclusão da terapia planejada.

A partir disso, no cotidiano dos consultórios odontológicos o atendimento a esse paciente deveria ser uma rotina. Tratando-se de uma área especializada e delicada, o dentista deve não só saber das indicações odontológicas, mas também do processo de diagnóstico do câncer, estadiamento e planejamento da oncoterapia. Todo esse conteúdo não é fornecido nos cursos de graduação em Odontologia e nem em grande parte dos cursos de pós-graduação.

Com uma falha no processo de construção da educação dos dentistas, a assistência aos pacientes oncológicos torna-se limitada, já que os profissionais da odontologia não detêm do conhecimento necessário para lidar com situações delicadas durante o tratamento de uma patologia grave como o câncer.

O objetivo da nossa pesquisa foi avaliar a assistência odontológica prestada a pacientes oncológicos, por cirurgiões dentistas das cidades de Barra Mansa, Volta Redonda e Barra do Piraí e desenvolver um produto que os auxilie nos atendimentos.



### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **3.1 Conceito de Neoplasia Maligna**

O corpo do ser humano é formado por inúmeras células que se organizam em tecidos e órgãos. Essas células, quando em ciclo normal, se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada momento (INCA, 2011).

Tumores malignos por sua vez, são massas celulares que sofrem mutações podendo provocar danos em um ou mais genes de uma única célula, gerando uma proliferação desordenada que não responde aos mecanismos de controle normal do ciclo celular (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Por ter uma divisão independente, essas células malignas são muito agressivas e incontrolláveis, tendo características próprias que determinarão a formação do câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm o crescimento desordenado e proliferação independente como características comum, conforme mencionado anteriormente, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, o que chamamos de metástase (BRASIL, 1996).

A formação da neoplasia maligna é um processo complexo, denominado carcinogênese, que envolve múltiplos estágios (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). O processo da carcinogênese em geral acontece lentamente, podendo levar de meses a anos para a formação do câncer. Nos estágios iniciais há a formação de um tecido microscopicamente comprometido, porém invisível e indetectável clinicamente.

No primeiro estágio, chamado de iniciação, as células sofrem o efeito de agentes carcinogênicos, provocando modificações genéticas, deixando os genes preparados para a atuação de outros agentes que darão continuidade ao processo. Entretanto a célula portadora desse erro inicial pode ser levada ao processo de morte celular, à parada da proliferação ou ainda a não promoção do processo, o que não causará o câncer. No estágio seguinte, chamado de promoção, as células "iniciadas" sofrem o efeito de agentes oncopromotores sendo transformado em uma célula maligna de forma lenta e gradual. No último estágio, a progressão, há uma multiplicação desordenada e irreversível das células alteradas, associada à ativação

de oncogenes e perda da função dos genes supressores de tumor, levando ao início das manifestações clínicas do câncer (BRASIL, 1996; LOPES, CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

### **3.2 Epidemiologia do Câncer**

Nos países desenvolvidos, também como no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença, superada apenas pelas cardiovasculares (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2015), o documento World cancer report 2014 da International Agency for Researchon Cancer (Iarc), da Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta o câncer como um problema de saúde pública devido ao impacto do crescimento da incidência anual, o que leva a necessidade de planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle. Nos anos de 2012 e 2013 estimou-se um total de 518.510 novos casos enquanto para o biênio 2014/2015 foram 576 mil novos casos (INCA, 2011; INCA, 2014).

A estimativa do INCA de novos casos de câncer para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil. Excluindo o câncer de pele não melanoma, ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. Entre os homens, o câncer de próstata será o mais incidente, seguido do pulmão, intestino, estômago e cavidade oral. Já entre as mulheres, o câncer de mama aparece em primeiro lugar, seguido por intestino, colo de útero, pulmão e estomago, respectivamente e com a exclusão do de pele não melanoma (INCA, 2015).

Na transformação de genes normais em oncogenes há o envolvimento de agentes físicos, químicos e biológicos, consideramos, portanto, que o câncer tem causa multifatorial. A esses agentes transformadores damos o nome de agentes carcinógenos também conhecidos como agentes etiológicos ou fatores de risco (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Os fatores de risco poderão ser internos ou externos. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Sabe-se que cerca de 10% das neoplasias malignas são hereditárias (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Já os fatores externos, que são responsáveis por 80 a 90% dos cânceres, são fatores

ambientais, tais como o tabaco, a exposição ao sol e alguns tipos de vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). A idade é o maior fator de risco isolado para o desenvolvimento do câncer, associando o aumento progressivo da incidência de casos de câncer ao aumento da expectativa de vida da população, que na primeira metade do século XIX no Brasil era de 37 e hoje é de aproximadamente 73 anos (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Quanto ao aspecto socioeconômico, Wünsch Filho et al. (2008) relata haver uma associação entre níveis da população e a incidência de câncer. Segundo ele, padrões culturais diferentes entre classes sociais distintas podem influenciar nessa relação, mudando de acordo com o tempo, espaço, estilo de vida e exposição aos fatores de risco. Tumores de colo de útero e de cabeça e pescoço, por exemplo, apresentam maior incidência na população com piores condições sociais devido aos fatores de risco estar associados a infecções não tratadas e tabaco, sucessivamente. Em contraposição, tumores de mama e cólon são mais expressivos nos estratos diferenciados da sociedade por estarem ligados a fatores hereditários e genéticos. Baixos níveis socioeconômicos estão relacionados a um pior prognóstico após o diagnóstico de câncer (CONWAY, 2008).

A mortalidade por câncer mostra um padrão marcadamente heterogêneo entre as regiões do país (WÜNSCH FILHO et al., 2008). Sua taxa de mortalidade é um dado muito difícil de ser levantado já que além de fatores relacionados à incidência, outros aspectos precisam ser considerados, como os diferenciais de acesso a tratamentos efetivos e variações de sobrevida e, também, as características diferentes dos diversos tipos de cânceres. Em termos absolutos, o risco de morrer por câncer é maior no Sul e Sudeste, porém não se sabe se isto se deve ao maior acesso da população ao Sistema de Saúde, conseguindo ser inserida em base de dados para estudos epidemiológicos.

### **3.3 Tratamento oncológico e efeitos colaterais bucais**

O tratamento para os tumores malignos irá variar de acordo com o tamanho, sua localização, característica anatomopatológica e as condições clínicas do paciente (BUENO; MAGALHÃES; MOREIRA, 2012). Pacientes diagnosticados com câncer, em qualquer sítio corporal, têm como possibilidades terapêuticas a cirurgia,

a radioterapia, a quimioterapia e o transplante de células hematopoiéticas. O primeiro planejamento da terapia oncológica é fundamental no resultado final (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Todos esses métodos são eficazes no combate contra o câncer, porém não agem somente em células neoplásicas, danificando células de tecidos saudáveis, como a boca. Essa danificação gera consequências importantes para a atuação do cirurgião dentista (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2007; ROSALES et al., 2009; BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2010; VIEIRA et al., 2012; VOLPATO et al., 2014).

A cirurgia é a modalidade mais antiga de tratamento do câncer e ainda uma das mais importantes em tumores sólidos, visto que devidos aos avanços tecnológicos, podem ser tratadas de forma menos invasiva. Ela pode ser realizada de forma diagnóstica, estadiadora, curativa, paliativa, profilática, reconstrutora, dentre outras (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Dentre os pacientes com indicação cirúrgica para tratamento oncológico, o paciente com tumores malignos de região bucal serão os mais importantes para a atuação do cirurgião dentista, sendo o carcinoma espinocelular (CEC), também conhecido como carcinoma epidermóide ou carcinoma de células escamosas, o mais frequente apresentando-se como cerca de 90% a 95% dos casos e caracterizado pela sua agressividade e alta incidência de metástases locais (NEVILLE et al., 2009; SANTOS et al., 2013). Os tratamentos cirúrgicos de neoplasias malignas em determinadas regiões de cabeça e pescoço geram deformidades que afetam físico psicologicamente esses pacientes e a reabilitação protética pode ser uma opção para solucionar esses problemas decorrentes da mutilação maxilofacial, reinserindo o paciente a um satisfatório convívio social, através da reabilitação estética, funcional e fonética (LIMA et al., 2012).

A radioterapia é um método locorregional que busca destruir as células tumorais através de uma radiação ionizante. Seu início se deu no final do século XIX, impulsionada pela descoberta dos raios-X, da radioatividade e do rádio-226 (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Ela consiste na administração de uma dose de radiação a um volume-alvo. Dentre as indicações, a radioterapia pode ser curativa, paliativa, neoadjuvante (pré-operatória) e adjuvante (pós-operatória).

Por estarem em constante multiplicação, as células neoplásicas são passíveis de sofrer com a atuação da radiação, ficando algumas mais sensíveis do que outras como os linfomas e carcinomas (SILVA, 2015).

De acordo com Tolentino et al. (2011) a radioterapia, isolada ou associada à cirurgia ou quimioterapia, produz um aumento significativo das taxas de cura para doenças malignas. Contudo, infelizmente ela não atua somente nas células desejadas. Sendo uma terapia localizada, causará efeitos colaterais na região oral somente daqueles pacientes com lesões em região de Cabeça e Pescoço, pois esses receberão a radiação localmente na boca (GHELARDI et al., 2008).

A técnica radioterápica mais utilizada é a teleterapia, podendo ser através de diversas máquinas como o gerador convencional de raios-X, a unidade de Co-60 e os aceleradores lineares. Hoje, a técnica mais utilizada é a radioterapia com intensidade modulada do feixe (IMRT). Nela o tumor é tratado com vários pequenos feixes diferentes de intensidade e com isso atua de forma mais centralizada no tumor evitando que a radiação incida em tecidos saudáveis causando efeitos colaterais (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Dentre os efeitos colaterais orais causados pela radiação na região de cabeça e pescoço, temos a mucosite, a hipossalivação, disgeusia, disfagia, dificuldade de falar, maior suscetibilidade a infecções oportunistas, cáries rampantes, doença periodontal, trismo, fibrose tecidual, dores crônicas como neuropatias e disfunção temporomandibular (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014), osteorradionecrose (GHELARDI et al., 2008) e alterações no desenvolvimento craniofacial em crianças (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL, 2007).

Dentre os efeitos agudos, a mucosite é o principal e mais grave. Definida como uma irritação da mucosa, ela pode ocorrer também em uma grande parte de uso de quimioterápicos. Quando exclusiva, a radioterapia causa mucosite em 100% dos casos mesmo em hiperfracionamento, ou seja, com a divisão diária da dose total da radiação indicada ao tratamento (BONAN et al., 2005). Devido ao grande desconforto que os pacientes podem apresentar, ela pode interferir no curso do tratamento havendo inclusive relatos de abandono do mesmo (JHAM; FREIRE, 2006). A escala mais utilizada para definir o estágio em que se encontra a mucosite é proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988, que gradua a mucosite em 4 graus: Grau I – presença de ardência e eritema; Grau II – presença

de eritema e úlceras e alimentação com dieta sólida; Grau III - presença de úlceras e alimentação com dieta líquida/pastosa; Grau IV – alimentação por via oral não é possível (BONAN et al., 2005; BRASIL, 2009).

Uma das mais importantes complicações tardias da radioterapia, a osteorradionecrose é a necrose isquêmica do osso que sofreu radiação, resultando em dor bem como possíveis perdas de estrutura óssea, podendo levar a uma exposição óssea, episódios de osteomielite e fraturas patológicas (SERA et al., 2013). De acordo com Ghelardi et al. (2008) e Grimaldi et al. (2005), quando realizadas previamente ao tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço, as exodontias poderão prevenir o desenvolvimento de osteorradionecrose.

Outro efeito colateral importante da radioterapia é a hipossalivação decorrente da necrose das células acinares produtoras de saliva. Com a diminuição da saliva na boca, fatores desconfortantes ocorrerão como a perda do paladar (disgeusia), dificuldades na fala e na deglutição (disfagia). Além disso, devido a alterações em fatores biológicos qualitativos e quantitativos da saliva, esses pacientes terão maior propensão à formação de cáries, conhecidas como cáries de radiação (SERA et al., 2013).

A quimioterapia é outro dos tratamentos utilizados em pacientes oncológicos. Após a Segunda Guerra Mundial foram descobertos medicamentos eficazes contra o câncer, sendo o primeiro, o Gás de Mostarda, iniciando o uso da quimioterapia no combate à doença (VOLPATO et al., 2014). A associação entre rádio e quimioterapia tem sido utilizada com o intuito de melhorar o índice terapêutico do tratamento, levando a uma melhora na sobrevida do paciente (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013). Esse método de terapia sistêmica pode ser aplicado neoadjuvante, adjuvante, terapêutico ou radiosensibilizante.

Utilizada em cerca de 70% dos casos de câncer (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002), e tratando-se de uma terapia antineoplásica sistêmica, a quimioterapia também levará a efeitos colaterais orais devido ao seu efeito tóxico nas mucosas (CHENG; MOLASSIOTIS; CHANG, 2002). Dentre eles, temos mais uma vez a mucosite que diferentemente da causada pela radioterapia, ela pode afetar não só a mucosa oral como qualquer mucosa do indivíduo. De acordo com Martins, Caçador e Gaeti (2002), ela pode apresentar em 40 a 76% dos casos gerais e cerca de 40% dos pacientes pediátricos (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL,

2007) e é definida por McCarthy et al., (1998, p. 664) como: “*ulceração ou inflamação da mucosa bucal que ocorre durante a quimioterapia, não podendo ser caracterizada clinicamente ou histologicamente como nenhuma outra doença*”.

Xerostomia, neurotoxicidade, infecções oportunistas, sangramento bucal e hiperplasia gengival são outros efeitos colaterais relativamente comuns encontrados em pacientes em tratamento quimioterápico antineoplásico (MARTINS, CAÇADOR E GAETI, 2002).

Utilizado para o tratamento de tumores ou metástases ósseas, concomitante à quimioterapia, o bisfosfonato é um fármaco capaz de gerar complicações aos pacientes oncológicos, especialmente a osteonecrose. De acordo com Martins et al. (2009, p. 42):

a osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonatos (ONMAB) se caracteriza clinicamente por exposições ósseas na região maxilofacial persistentes por mais de oito semanas, com história médica de uso de bisfosfonatos e sem história de radioterapia nos maxilares.

Um grande número alterações com manifestações bucais pode acometer o paciente oncológico, limitando, em alguns casos, a continuidade ou a adesão do paciente ao tratamento. Esses efeitos e toxicidades podem alterar vários aspectos funcionais da boca e orofaringe afetando na dieta e conseqüentemente na nutrição (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014). Além disso, podem alterar a fonação, a capacidade de higienização da boca e a estética, gerando um impacto negativo para manutenção de uma vida social e emocional adequada.

### **3.4 Importância do Cirurgião Dentista na Equipe Multidisciplinar Oncológica**

No sistema único de saúde, o SUS, a política nacional de atenção oncológica instituída por meio da portaria do Ministério da Saúde visa atuar com ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A instalação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), um hospital com condições técnicas, físicas e um corpo clínico para a prestação de assistência especializada, possibilitou aos pacientes oncológico um melhor tratamento. Assim, foi criado o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para o diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer (SILVA, 2015).

Sendo uma doença multifatorial, o câncer exige uma abordagem multidisciplinar em seu tratamento (VIEIRA et al., 2012; VOLPATO et al., 2014). Segundo Vieira et al. (2012) a abordagem objetiva não só a melhoria do tratamento, mas aumento da qualidade de vida e a cura da doença. Por isso, uma equipe responsável por um cuidado desta magnitude necessita da presença do profissional da odontologia.

Com os avanços da patologia molecular, métodos de imagem, métodos terapêuticos, as neoplasias malignas hoje devem ser cuidadas em centros de referência e com competência ampla, conferindo um melhor prognóstico ao paciente (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

O cirurgião dentista tem uma grande importância no tratamento oncológico desde o diagnóstico até os cuidados paliativos (JALES; SIQUEIRA, 2009), apresentando uma enorme responsabilidade na eliminação dos fatores locais traumáticos, no reconhecimento de lesões cancerizáveis, na orientação para a redução à exposição de fatores carcinogênicos ambientais e no diagnóstico precoce das neoplasias da boca, no tratamento e na preservação do paciente (SANTOS et al., 2013). Durante todo o tratamento, a intervenção odontológica tem um papel importante na saúde geral dos pacientes, podendo impactar positivamente na sua qualidade de vida (VIEIRA et al., 2012).

Grande parte dos pacientes oncológicos têm condições bucais precárias, doença periodontal avançada, afecções associadas à falta de higiene oral. Esses fatores de risco são os mais comuns para complicações orais advindas do tratamento antineoplásico (VIEIRA et al., 2012).

A partir disso, o tratamento odontológico previamente ao tratamento oncológico objetiva a eliminação e estabilização de condições orais que desencadeiem uma infecção local ou sistêmica (VIEIRA et al., 2012). Para isso, o dentista deve não só saber das indicações odontológicas, mas também do processo de diagnóstico do câncer, estadiamento e planejamento da oncoterapia.

Além da atuação no paciente antes do início do tratamento, cabe ao cirurgião dentista o acompanhamento em longo prazo desse paciente a fim de evitar complicações bucais crônicas decorrentes do tratamento oncológico (MARTINS et al. 2009). Portanto para Silva (2015), a função do dentista é atuar junto à equipe



médica para prevenir e tratar complicações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico.

### **3.5 Atuação do Cirurgião Dentista em pacientes indicados para Cirurgia Oncológica**

Conforme relatado anteriormente, pacientes com encaminhamento para cirurgia oncológica de importância para a atuação odontológica serão pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço, especialmente em região bucal.

Antes de realizar o tratamento cirúrgico é importante que o cirurgião dentista oriente esse paciente quanto aos cuidados de higiene bucal e que realize exodontias de dentes com prognóstico duvidoso (BRASIL, 2009).

Em casos de tumores na região maxilar ou palatina, o paciente poderá apresentar grande defeito bucal, gerando complicações pós cirúrgicas, portanto sua reparação protética deve ser imediata (REZENDE, 1997). Pacientes com defeitos maxilares, uni ou bilaterais, apresentam colapso facial, debilidade funcional na mastigação e deglutição, fala dificultada, secura nas mucosas e formação de crostas na área cicatricial. Para que o paciente não apresente essas complicações e haja uma proteção da área cirúrgica, de acordo com Paiva e Mayhé (2015), deve ser confeccionada uma placa palatina ou placa cirúrgica. Segundo os autores, é realizada a moldagem com alginato, copiando a área tumoral, e a placa de resina acrílica é confeccionada a partir do modelo em gesso. A placa em resina será fixada imediatamente após a remoção tumoral, ainda no centro cirúrgico.

A face humana é o primeiro e mais importante estímulo visual nos contatos entre as pessoas. Goffman (1983), Orestes-Cardoso (1995) e Cardoso (2002) apud Cardoso et al. (2005) relataram algumas dificuldades encontradas por mutilados faciais, principalmente nos aspectos estéticos gerando transtornos psicossociais importantes. Para isso, cabe ao cirurgião dentista a reabilitação deste paciente após o período de cicatrização cirúrgica com próteses maxilofaciais. As principais próteses são as internas (buciais) e as restauradoras faciais que compreendem a ocular, óculo-palpebral, auricular, nasal e facial extensa (BROPHY, 2005).

### **3.6 Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para Radioterapia**

Por ser uma terapia localizada, pacientes que devem seguir em acompanhamento com o cirurgião dentista são os pacientes que receberão radiação na região bucal, ou seja, pacientes com tumores malignos na região de Cabeça e Pescoço (GHELARDI et al., 2008).

Antes do início da radioterapia é importante que o paciente consulte o cirurgião dentista para que seja realizado um tratamento odontológico preventivo, a fim de evitar complicações crônicas da oncoterapia (SERA et al., 2013). Além disso, cabe ao profissional da Odontologia nesse momento, a orientação quanto as possíveis sequelas e limitações das terapêuticas oferecidas assim como dos efeitos colaterais bucais (BRASIL, 2009).

Recebendo o paciente previamente ao tratamento oncológico, o cirurgião dentista deve avaliar fatores como o estado geral do paciente, condições de higiene oral e focos de infecção. A partir disso, cabe ao cirurgião dentista a realização de procedimentos que irão restabelecer e readequar a saúde bucal desse paciente (BRASIL, 2009).

Visando evitar complicações como processos infecciosos, abscessos e osteorradionecrose, elementos dentários com prognóstico duvidoso devem ser extraídos com intervalo de 3 semanas antes do início da radioterapia segundo Santos et al. (2013) e 10 dias segundo o Brasil (2009). Além disso, para evitar essas complicações, o paciente deve ainda redobrar os cuidados com os dentes que se manterão na arcada, higienizando com escova adequada, creme dental com flúor e consultas regulares com o cirurgião dentista.

Pacientes com presença de cáries e restaurações insatisfatórias devem ser reabilitados através de uma adequação do meio bucal. Nela, restaurações deverão ser realizadas com um material restaurador provisório, o cimento ionômero de vidro. Há evidências clínicas de que a presença de ionômero de vidro aumenta o teor de flúor da saliva e diminui a colônia bacteriana na boca, auxiliando na proteção dos dentes. Além disso, devem ser realizados procedimentos que restabeleçam a saúde bucal para que o paciente possa receber as doses de radiação (BACHI; BACHI; ANZILIERO, 2013; REIS et al., 2010).

Durante a radioterapia na região de cabeça e pescoço, 100% dos pacientes apresentarão a inflamação na mucosa denominada mucosite. Normalmente, perto do décimo quarto dia recebendo a radiação, os primeiros sintomas se iniciarão. O tratamento da mucosite oral é realizado através da aplicação do laser de baixa potência, objetivando acelerar a cicatrização das úlceras, aliviando o quadro álgico e proporcionando uma melhor qualidade de vida para o paciente (BRASIL, 2009). Além da utilização da laserterapia curativa, ela também pode ser utilizada de forma profilática visando à prevenção do quadro de mucosite (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL, 2007). Garcez, Ribeiro e Múñez (2012), relatam através de estudos que a utilização da laserterapia profilática em pacientes submetidos a radiação na região de Cabeça e Pescoço, pode diminuir 2 vezes a chance de desenvolver uma mucosite. Além de reduzir a severidade e a duração da mucosite, o laser de baixa potência atua com uma função analgésica temporária, cujo mecanismo de ação ainda não é entendido completamente. Em alguns casos, é necessária a prescrição de analgésicos para controle da dor (JHAM; FREIRE, 2006). Na laserterapia para a mucosite, é utilizada a aplicação diária do laser de baixa potência com a luz vermelha visível, com biomodulação de 4J/cm<sup>2</sup> pontual, até que ocorra a cicatrização da mucosa. É importante que a área tumoral não seja irradiada, para que não ocorra progressão do tumor (BRASIL, 2009).

Os pacientes irradiados têm maior tendência ao desenvolvimento de infecções bucais causadas por fungos e bactérias. A candidíase ou candidose é uma infecção comum em pacientes em tratamento radioterápico, podendo afetar a mucosa bucal e orofaringe. Ela poderá se apresentar da forma pseudomembranosa e da eritematosa, estando quase sempre relacionada ao quadro de ardência e dor. Para o seu tratamento, o uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos acompanhados da higiene da mucosa oral devem ser realizados (JHAM; FREIRE, 2006). Cabe ao cirurgião dentista avaliar cada caso para que seja prescrito o tratamento com a indicação correta.

As altas doses de radioterapia em extensos campos de radiação que irão incluir a cavidade bucal, maxila, mandíbula e glândulas salivares, poderão causar efeitos irreversíveis (JHAM; FREIRE, 2006). A exposição das glândulas salivares a essa radiação, induz a fibrose, degeneração adiposa, atrofia acinar e necrose celular, levando alteração qualitativa e quantitativa da saliva chamada de

hipossalivação. Ela gerará alterações importantes na cavidade bucal tais como: dificuldade na mastigação, deglutição, fonação, alteração do paladar e um aumento na prevalência de infecções como a candidíase, cárie e doença periodontal (LIMA et al., 2004). Visando a melhora do quadro de xerostomia, causado pela hipossalivação, o cirurgião dentista deve orientar o paciente a ingerir altas doses de líquido, além da prescrição de gel umectante ou saliva artificial (BRASIL, 2009).

Após o término do tratamento radioterápico é importante que o paciente continue sob os cuidados odontológicos, a fim de evitar complicações tardias. A mais comum complicação e de fácil controle é a cárie de radiação. Trata-se de uma cárie altamente destrutiva com rápida evolução causada principalmente pela falta de saliva e da sua função tampão. Visando evitar sua instalação, foi criado um protocolo para pacientes pós-irradiados, com uma terapia de aplicação diária de flúor nos dentes, onde o paciente fará a aplicação na sua própria casa do gel de fluoreto de sódio neutro a 2% em uma moldeira individual de acetato. Em paciente que sem condições da instalação da moldeira, poderá ser prescrito o uso de bochechos diários com flúor a 0,05% solução não alcoólica (BRASIL, 2009; SANTOS et al. 2013).

Ainda que o paciente necessite realizar um procedimento odontológico após o término da radioterapia, é importante que o dentista tome alguns cuidados prevenindo complicações mais graves como a osteorradionecrose. Pacientes com cáries pequenas devem ser tratados e restaurados com cimento ionômero de vidro, que auxiliará na liberação de flúor. Cáries médias e extensas devem ser avaliadas quanto ao comprometimento endodôntico. Em caso de comprometimento, o tratamento endodôntico pode ser realizado normalmente, porém, o cuidado deve ser reforçado com relação à sobreinstrumentação com a lima no canal, sempre respeitando 2 mm aquém do comprimento do canal (ZANETTE, 2007; BRASIL, 2009; SANTOS et al., 2013; SERA et al., 2013; TORRES; GOMES, 2016).

Em casos de dentes com indicação de exodontias após o período radioterápico, é importante que o cirurgião dentista avalie possibilidade de tratamento endodôntico e sepultamento da raiz. Exodontias estão contra indicadas em um período mínimo de 5 anos. Caso não seja possível a conservação do dente, as exodontias devem ser realizadas de forma unitária, iniciando preferencialmente pela arcada superior, em intervalos de 15 dias e sob profilaxia antibiótica. O paciente

deve ser orientado quanto ao risco da osteorradionecrose (ZANETTE, 2007; BRASIL, 2009; SANTOS et al., 2013; SERA et al., 2013; TORRES; GOMES, 2016).

### **3.7 Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para Quimioterapia**

As alterações orais compreendem as mais frequentes complicações da quimioterapia antineoplásica, devido à alta sensibilidade da mucosa bucal e dos efeitos tóxicos, estando presentes em 40 a 70% dos casos independente do sítio tumoral (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002).

Essas patologias bucais decorrentes da quimioterapia irão depender de fatores como tipo de quimioterápico, dose e frequência dos ciclos, indicado para cada tipo de câncer (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Elas podem ser divididas em estomatotoxicidade direta ou indireta. A estomatotoxicidade direta trata-se das manifestações causadas por uma droga que não atuem nas células em mitose, causando lesões como atrofia e ulcerações. Nesse momento, poderá aparecer a mucosite, a hipossalivação e a neurotoxicidade. Já na estomatotoxicidade indireta ocorrerá o efeito do quimioterápico em células específicas que levarão a um efeito bucal, como por exemplo, a atuação nas células da medula óssea do paciente que levará a uma trombocitopenia que acarretará em uma hemorragia gengival (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002).

A prevalência de complicações indiretas em pacientes com doença periodontal, cáries, próteses mal adaptadas e malignidade hematológica é maior, devendo o cirurgião dentista atuar previamente ao início dos ciclos de quimioterapia a fim de evitar complicações maiores. Quimioterápicos causadores de efeitos colaterais bucais indiretos poderão gerar neutropenias nos pacientes que conseqüentemente estarão mais suscetíveis a infecções odontogênicas graves (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002).

A quimioterapia é um tratamento que na maior parte dos casos ocorre de forma intravenosa e seus ciclos irão depender do estado do paciente, do tipo de câncer e do medicamento a ser utilizado. A maioria acontece em ciclos com intervalo de 15 ou 21 dias entre eles. A partir do sétimo dia após o ciclo, o paciente normalmente entra em um estágio de supressão da medula óssea, ficando mais

suscetível e infecções e requerendo alguns cuidados especiais (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002, PAIVA et al. 2004).

É importante que o paciente seja submetido a uma avaliação odontológica antes do início, pois complicações bucais advindas da baixa imunidade provocada pela quimioterapia podem exigir interrupção do tratamento oncológico. O objetivo dessa avaliação pré-quimioterapia é da eliminação de fatores infecciosos que poderão evoluir para um quadro mais grave, como doença periodontal, lesões endodônticas e cáries extensas. O ideal é o exame odontológico bem como os procedimentos sejam realizados de duas a quatro semanas antes do tratamento para permitir a cura adequada de qualquer procedimento bucal requerido. Deverá ser iniciado um programa de higiene bucal e instruir ao paciente a sua importância, antes de começar o tratamento oncológico (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002; PAIVA et al. 2004).

Quimioterápicos que causam efeitos citotóxicos de forma mais frequente como o Metrotrexato (MTX) e o 5-Fluouracil (5- FU), deverão ser avaliados pelo cirurgião dentista previamente ao seu uso para que possam ser esclarecidos efeitos colaterais como mucosite, presente em quase todos os casos (BRASIL, 2009).

A parte eletiva do tratamento odontológico poderá ser realizada durante os ciclos de quimioterapia, visando eliminar desconfortos bucais decorrentes do tratamento antineoplásico, como mucosite, infecções virais e fúngicas (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002; PAIVA et al., 2004; BRASIL, 2009).

A neurotoxicidade é um efeito colateral agudo raro, representando 6% dos casos, relacionado a quimioterapia em que o paciente relata dor semelhante a pulpíte, constante, sem sinais clínicos evidentes. Em grande parte dos casos, após a redução da terapia antineoplásica, ocorre a melhora do quadro álgico (PAIVA et al. 2004).

Pacientes com cânceres hematológicos irão requerer um cuidado especial visto que em alguns casos, mesmo antes do início do tratamento quimioterápico, apresentarão quadro de plaquetopenia, contra indicando alguns procedimentos sem um acompanhamento médico devido ao risco de hemorragias (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2008). Para esses pacientes, devido ao risco de sangramento gengival é

indicado o uso de escova de dente macia sem a realização de movimentos bruscos e contra indicado o uso de fio dental (EQUIPE ONCOGUIA, 2013).

O tratamento odontológico de rotina, como procedimentos restauradores, protéticos, endodônticos convencionais e raspagens podem ser realizados caso haja necessidade. Nesse momento é importante que o dentista esteja em interação com o médico responsável pelo tratamento oncológico (BRASIL, 2009).

De acordo com Neville et al. (2009), embora o tratamento ortodôntico não seja contraindicado, a sua evolução deve ser avaliada após 2 a 3 meses de terapia ativa. Neste momento, o tratamento pode ser continuado se o movimento dentário estiver ocorrendo como esperado com forças normais. Entretanto, o Ministério da Saúde, através de Rotinas internas do INCA: Serviço de Odontologia (2009), contra indica esse tipo de procedimento. Técnicas ortodônticas invasivas, como cirurgia ortognática, casos de extração de dentes e implantes, se possível, segundo eles também devem ser evitadas devido ao alto risco de infecções.

Os bisfosfonatos (BFs) são um grupo de medicamentos que alteram o mecanismo de reabsorção e remodelação óssea, sendo indicados terapeuticamente para o tratamento de metástases ósseas, mieloma múltiplo, doença de Paget, controle de doenças do metabolismo do cálcio, como osteoporose (BROZOSKI, 2012). Para metástases de câncer, a dose é geralmente 4 a 12 vezes mais alta do que aquelas usadas para tratar osteoporose (RIBEIRO et al., 2011). Por atuarem algumas vezes por anos no tecido, de acordo com o tipo indicado e a dose, mesmo que suspensos em curto prazo, esses medicamentos podem provocar a osteonecrose (BROZOSKI, 2012).

Os BFs alteram o mecanismo do tecido ósseo em vários níveis, inibindo a reabsorção e diminuindo o turnover ósseo (NEVILLE et al., 2009), podendo provocar lesões ósseas nos maxilares conhecida como osteonecrose dos maxilares, caso haja manipulação incorreta do tecido. De acordo com a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS), trata-se de uma área de exposição óssea na maxila ou na mandíbula que não se repara em oito semanas e acomete pacientes que estejam recebendo ou que receberam BF sistemicamente e não sofreram irradiação no complexo maxilomandibular (BROZOSKI, 2012). É uma condição irreversível, na qual o tecido ósseo não sofre remodelação e necrosa, é limitante, sendo seu tratamento na maioria das vezes paliativo (RIBEIRO et al., 2011).

O quadro 1 (POUBEL et al., 2012), mostra o conjunto de bifosfonatos e aminobifosfonatos que poderão induzir ao quadro de Osteonecrose dos maxilares.

Previamente ao uso do bifosfonato, é importante que o cirurgião dentista realize todos os procedimentos odontológicos necessários, principalmente envolvendo cicatrização óssea, como exodontias e tratamento periodontal, uma vez que o medicamento irá inibir o processo de reparação. O dentista poderá seguir os mesmos critérios de um paciente que iniciará a radioterapia em região de Cabeça e Pescoço. (BRASIL, 2009; BROZOSKI, 2012 apud AMERICAN ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS).

Um exame de sangue, o sêrum C telopeptídeo terminal (CTX) pode ser realizado para avaliar o risco de Osteonecrose em alguns pacientes em uso do medicamento ou que já utilizaram. Valores maiores que 150 pg/ml permitem a realização de procedimentos cirúrgicos envolvendo tecido ósseo, com o mínimo de risco. Contudo, a utilização do termo de consentimento esclarecido deve ser sempre preconizada (CASTILHO et al., 2013).

Quadro 1 - Bifosfonatos e aminobifosfonatos que poderão induzir a osteonecrose dos maxilares

<b>Medicamento</b>	<b>Nome Comercial</b>	<b>Geração</b>	<b>Administração</b>	<b>Potência</b>
Etidronato	Didronel	1 <sup>a</sup>	VO	1x
Tiludronato	Skelid	2 <sup>a</sup>	VO, IV	10x
Clodronato	Bonefos Loron	2 <sup>a</sup>	VO	10x
Pamidronato	Aredia	2 <sup>a</sup>	IV	100x
Alendronato	Fosfamax Alendil Recalife Endrox Cleveron Osteoral Osteoform Osteonan Osteotrat Bonalen Endronax Minusorb	3 <sup>a</sup>	VO	500x
Ibandronato	Bondronati Bonviva	3 <sup>a</sup>	VO	1000x
Residronato	Rusedrodd	3 <sup>a</sup>	VO	2000x
Zolendronato	Zometa	3 <sup>a</sup>	IV	10000x

Fonte - adaptado de Poubel et al. (2012)



Em pacientes com a Osteonecrose instalada, radiografias panorâmicas e periapicais devem ser realizadas com frequência para acompanhamento da evolução (CASTILHO et al., 2013). Em alguns casos, é formado um sequestro do osso necrosado e em algumas vezes o próprio organismo expelle. Em outros casos há necessidade de uma cirurgia para a remoção (NEVILLE et al., 2009). Em quadros de infecção instalada, a antibioticoterapia torna-se importante (SALDANHA et al., 2012).

### **3.8 Atuação do Dentista em pacientes encaminhados para transplante de células tronco hematopóéticas**

Pacientes com cânceres hematológicos e pacientes em preparação para a realização de transplante de medula óssea são pacientes que requerem cuidados especiais. A grande maioria dessa população é caracterizada por uma mielossupressão e imunossupressão causadas tanto pela doença como pela terapia. Esses pacientes apresentarão neutropenia, trombocitopenia e anemia (ELAD et al., 2014).

Essas alterações poderão gerar consequências odontológicas importantes para a atuação do cirurgião dentista. Dentre as consequências em um paciente neutropênico a formação de úlceras orais e infecções oportunistas são as mais prevalentes. Já em um paciente trombocitopênico a principal alteração é a dificuldade de coagulação, gerando algumas vezes sangramentos gengivais espontâneos. A anemia, por sua vez pode gerar palidez das mucosas, ardência oral, hipossalivação, alteração no paladar e maior suscetibilidade a infecções (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2002; NEVILLE et al., 2009).

Complicações orais em pacientes hematológicos estão presentes em 80% dos casos e alteram sua qualidade de vida uma vez que dificulta a se alimentar, falar. Essas complicações podem ser decorrentes do tratamento antineoplásico, que na maioria das vezes é a quimioterapia seguida ou não do transplante de medula óssea. A quimioterapia conforme abordada anteriormente, levará a situações como mucosite, hipossalivação e disgeusia (HESPANHOL et al., 2010).

O transplante de medula óssea, atualmente chamado de transplante de células tronco-hematopóéticas (TCTH), é definido pela Sociedade Brasileira de

Transplante de Medula Óssea como a substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas de medula óssea, com o objetivo de normalizar a hematopoese (SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, 2016). Ela é indicada em pacientes com leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, anemia anaplásica. Dentre os tipos de transplante temos o singênico (entre gêmeos idênticos), alogênico (aparentado ou não) ou autólogo. (INCA, 2012).

Pacientes para receber a nova medula passarão pela fase de condicionamento, onde serão realizadas altas doses de quimioterapia e em alguns casos radioterapia, com a finalidade de destruir todas as células imunes para o recebimento de uma nova medula óssea (INCA, 2012). Com o comprometimento do sistema imune do paciente, é importante que antes dessa fase, seja submetido a uma consulta com o cirurgião dentista a fim de erradicar qualquer infecção bucal presente (COSTA et al., 2014). Orientação de higiene bucal, remoção de focos de infecção e remoção de áreas de trauma devem ser realizadas nesse momento (BRASIL, 2009; LIMA, 2010; ELAD et al., 2014).

Após a realização do transplante, o paciente poderá apresentar lesões bucais de importante atuação do cirurgião dentista como a mucosite, reações liquenóides, eritemas e úlceras decorrentes da doença do enxerto contra o hospedeiro, púrpura trombocitopênica, infecções fúngicas e virais, e leucoplasia pilosa. Além das alterações mencionadas anteriormente decorrentes da doença do enxerto contra o hospedeiro, poderá ser encontrada pigmentação da mucosa, gengivite, atrofia, glossite migratória, granuloma piogênico, hipofunção de glândulas salivares, gerando uma hipossalivação, ardência oral, alteração do paladar (LIMA, 2010).

Após a realização do transplante e pega da medula, poderão ocorrer manifestações sistêmicas como a doença do enxerto contra o hospedeiro. Trata-se de uma síndrome sistêmica que ocorre em pacientes que receberam linfócitos imunocompetentes (SILVA; BOUZAS; FILGUEIRA, 2005) e está presente em cerca de 50% dos doentes que fizeram transplante alogênico. Embora não esteja totalmente compreendida sua causa, acredita-se que as células T do doador reconhecer alguns tecidos do novo hospedeiro como antígeno e a atacam similarmente a doenças auto-imune como o lupus e líquen plano. Seu diagnóstico é realizado através da anamnese, exame físico e biópsia de pele, boca ou trato

digestivo. Suas manifestações sistêmicas são diversas, podendo levar o paciente ao óbito (LIMA, 2010).

### **3.9 Oncologia nos cursos de graduação em Odontologia**

O Conselho Federal de Odontologia, aprovado na resolução CFO-63/2005, não reconhece a Oncologia como uma especialidade em sua consolidação revisada no ano de 2012. De acordo com ele, cabe à especialidade Estomatologia a prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das percurssões bucais do tratamento antineoplásico e à especialidade pacientes especiais aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas, bem como das doenças bucais que possam ter repercussões sistêmicas.

De acordo com Carneiro, Silva e Cruz (2007), a maioria dos cirurgiões-dentistas possui pouco conhecimento científico para realizar o atendimento do paciente com câncer. Um dos fatores que segundo os autores está associado é a deficiência na formação dos alunos dos cursos de graduação e pós graduação.

O atendimento do paciente com câncer requer não só conhecimento técnico e científico. O cirurgião-dentista deve se preocupar em lidar com as complicações físicas, mas, principalmente, tem que estar preparado para lidar emocionalmente com o paciente e seus familiares (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2007).

De acordo com Silva (2015), existe uma falta de conhecimento e treinamento por parte tanto da equipe médica quanto de cirurgiões dentistas sem orientação específica para tal, de como realizar um protocolo adjuvante ao tratamento antineoplásico para prevenção de complicações bucais. Entretanto, o Ministério da Educação e Cultura não torna obrigatória a inserção da disciplina Oncologia em sua matriz curricular, entrando como um tópico opcional em pacientes especiais ou ainda em Estomatologia.

Poucas escolas médicas têm a disciplina de oncologia como matéria obrigatória em sua matriz curricular. O conteúdo é então dado através da observação de casos isolados em disciplinas que em geral não abrangem a importância do caráter multidisciplinar do problema, resultando em uma oferta de conhecimentos fragmentados e confuso aos estudantes (LOPES; CHAMMAS;

IYEYASU, 2013). As escolas odontológicas também tem carência do assunto. De acordo com a Associação Britânica de Oncologistas de Cabeça e Pescoço, há uma necessidade de implementação de especialistas com um treinamento e experiência para promover cuidado oral efetivo em pacientes oncológicos (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014), visto que é um tratamento delicado com diversas complicações na vida do paciente e da família.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), cabe ao curso de graduação a formação do aluno quanto a algumas habilidades práticas, incluindo as conhecer e compreender as características das doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais que podem ter especial significância para comunidades específicas, a interrelação entre os efeitos de tratamentos específicos e inespecíficos à odontologia e as principais aplicações de especialidades da área da saúde e técnicas com relação à saúde bucal. Além disso, de acordo com o próprio Ministério, o aluno deve ser capaz de prevenir doenças e distúrbios bucais e identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios bucomaxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle.

O MEC, em sua proposta de matriz curricular para o curso de graduação em Odontologia traz como competência do curso de formação a educação permanente. De acordo com ele (2002, p.2):

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

O aluno deve ser capaz de realizar educação continuada relativa à saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações. Segundo, Ricaldoni e Sena (2006), a educação permanente é uma sequência de ações de trabalho-aprendizagem que parte de uma situação existente na busca de mudá-la em uma situação diferente e desejada.

Para Vygotsky a escola deve ser o momento para a inserção de conteúdos, pois o aluno encontrará um locus educativo privilegiado, podendo comunicar e interagir com outras pessoas e reaprendendo conceitos habituais e cotidianos (SANTOS, 2002).

## 4 MÉTODO

Foi realizado um estudo qualitativo visando estudar as vivências do Cirurgião Dentista com o paciente oncológico, identificando as suas eventuais dificuldades. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA (CoEPS) sob CAAE 48677615.8.0000.5237 (Anexo A).

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo é estudar a intensidade do fenômeno, atentando-se à dimensão sociocultural do nosso problema através de valores, opiniões, simbologias, usos, costumes e práticas (MINAYO, 2017), foram selecionados para a participação da pesquisa 30 cirurgiões dentistas atuantes nas cidades de Volta Redonda, Barra do Piraí e Barra Mansa. As cidades foram selecionadas por serem áreas próximas ao local de atuação da pesquisadora.

Os cirurgiões dentistas foram selecionados por meio de um sorteio sendo escolhidos 10 atuantes no município de Barra do Piraí, 10 de Barra Mansa e 10 de Volta Redonda. Foram excluídos do sorteio profissionais que atuassem em áreas de comum atendimento a pacientes oncológicos com abordagem no diagnóstico, como estomatologistas e patologistas.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) a partir de um roteiro pré-estabelecido colocando em tópicos os indicadores essenciais de acordo com o estabelecido por Minayo (2010). Embora fossem previstas um máximo de 30 participantes, devido ao padrão de repetição nas respostas determinado por Minayo (2010), foram realizadas 14 entrevistas. De acordo com Minayo (2017), as informações prestadas por pessoas implicadas num tema de pesquisa podem representar o conjunto quando determinadas precondições forem observadas. Tratou-se de um grupo homogêneo contemplando características e experiências, contudo com diferenciações internas.

Foram entregues aos participantes duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), contendo informações sobre a pesquisa. Uma das vias ficou como pesquisador, enquanto a outra com entrevistado.

Nas entrevistas foram coletados dados considerados importantes como idade do entrevistado, tempo de formação, instituição de formação, especialidade na

Odontologia, cidade onde trabalha, experiência como docente. As entrevistas seguiam uma ordem de tópicos como mencionado anteriormente, contudo de acordo com o andamento e as respostas, algumas entrevistas eram modificadas levando a perguntas diferentes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas ao término, com correções da língua portuguesa.

Durante a análise surgiram dados que foram categorizados, de acordo com os principais tópicos abordados pelos entrevistados contemplando a abrangência das informações, de acordo com Minayo (2010), sem desprezar informações ímpares. Para Minayo essas informações devem ser inseridas no momento de construção do objeto, vinculando a pesquisa qualitativa à dimensão da questão a ser estudada (p. 4, 2017):

nunca desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo é importante para a descoberta da lógica interna do grupo estudado.

Inicialmente os dados foram agrupados nas seguintes categorias: odontologia x câncer, experiência com pacientes oncológicos, conteúdo câncer na formação, diagnóstico de câncer de boca, conduta diferenciada em pacientes com fatores de risco, segurança ao atender pacientes oncológicos, domínio sobre efeitos colaterais, domínio sobre os cuidados do paciente com câncer.

Após a reanálise dos dados comparando-os aos encontrado na literatura atual através das bases de dados PubMed – Medline, BVS e Lilacs, foi realizado o reagrupamento das categorias: diagnóstico do câncer de boca, educação em saúde – odontologia x oncologia, dificuldades encontradas pelos cirurgiões dentistas, domínio sobre o conteúdo oncologia, conteúdo câncer na formação e papel do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar oncológica. A partir dessas categorias foram realizadas a apresentação dos resultados e a discussão do presente trabalho.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No grupo estudado, quatorze cirurgiões dentistas, quatro atuam na cidade de Barra do Piraí, sete em Volta Redonda e três em Barra Mansa. Quanto ao sexo, nove eram do sexo feminino e seis do masculino. No quadro 2 os cirurgiões dentistas entrevistados foram divididos de acordo com a sua idade e no quadro 3 com o tempo de formação.

Quadro 2 - Divisão dos cirurgiões dentistas entrevistados de acordo com a idade

<b>Idade</b>	<b>Quantidade de CD</b>	<b>Porcentagem</b>
20 a 30 anos	4	28,6%
30 a 40 anos	2	14,3%
40 a 50 anos	3	21,4%
Acima de 50 anos	5	35,7%

Fonte: dos autores (2017).

Quadro 3 - Divisão dos cirurgiões dentistas entrevistados de acordo com o tempo de formação

<b>Tempo de formação</b>	<b>Quantidade de CD</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos de 5 anos	4	28,6%
5 a 10 anos	2	14,3%
10 a 20 anos	1	7,1%
20 a 30 anos	3	21,4%
Acima de 30 anos	4	28,6

Fonte: dos autores (2017).

Quanto às especialidades dos quatorze cirurgiões dentistas entrevistados, cinco eram ortodontistas, dois odontopediatras, um protesista, um implantodontista, um cirurgião bucomaxilofacial, um gestor do SUS e os outros três atuavam como clínico geral, não possuindo curso de especialização.

Somente 4 dos 14 entrevistados trabalham em serviço público e 5 atuam como professores de ensino superior.

Os resultados foram agrupados em tópicos de acordo com as categorias abordadas durante as entrevistas e assuntos em comum levantados pelos entrevistados. Sendo assim, serão relatadas as categorias abaixo.

## 5.1 Diagnóstico do Câncer de Boca

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública no mundo. Dados do Instituto Nacional de Câncer revelam que o número de casos de câncer de boca no Brasil para o biênio 2016/2017 será de 15.490 novos casos (INCA, 2015). Dentre todos os tipos de câncer, o bucal é a sétima neoplasia maligna mais frequente na população brasileira, representando cerca de 3% do total (GOUVEA et al., 2010).

A maioria dos casos de câncer de boca é detectada em fase avançada e apresenta a maior taxa de mortalidade dentre os cânceres do segmento cabeça e pescoço. Essa realidade pode estar associada a ausência de sintoma, particularmente a dor, nessa fase, ou ainda, a não realização do exame clínico detalhado da cavidade bucal pelos cirurgiões-dentistas em consultas de rotina (SANTOS et al., 2011).

Em nosso estudo, dos quatorze entrevistados, somente quatro afirmaram saber realizar o diagnóstico do câncer de boca. Contudo, ao ser perguntado insistentemente sobre o assunto um deles afirmou saber realizar somente em estágios avançados e lembrou ainda de um caso em que não soube realizar o diagnóstico precoce:

Entrevistado VII: Uma lesão na língua, lesão no palato, no assoalho da boca da pra você detectar, mas eu creio que já tem que estar um pouquinho avançada.

Entrevistado VII.: Um paciente apareceu no meu consultório para fazer uma limpeza e se queixou de uma lesão na boca. Eu achei que fosse um problema de canal, mas mandei investigar com um especialista e foi detectado um câncer ali.

Ainda sobre os entrevistados, seis relataram conseguir observar uma alteração na cavidade oral sendo necessário o encaminhamento a um Estomatologista para condução do diagnóstico. Quatro dos entrevistados relataram não saber realizar um diagnóstico de câncer de boca.

A falta de conscientização sobre os sinais e sintomas, bem como fatores de risco do câncer de boca, é notória e infelizmente a maioria dos casos é silencioso. A principal forma de reverter este problema de saúde pública será habilitar os profissionais de saúde oral para a detecção precoce de lesões, tanto malignas,



como pré-malignas, ou potencialmente malignas (SANTOS, 2014; RATÃO, 2015). Como vimos em nosso estudo, há uma necessidade de capacitar melhor o cirurgião dentista para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

O diagnóstico precoce do câncer de boca leva a maiores possibilidades de cura da doença (SANTOS et al., 2011) e dá ao paciente uma melhor qualidade de vida, visto que em estágios avançados quando não leva ao óbito, levará a mutilações e deformidades.

A prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. Podemos considerar como estratégia de atenção secundária a realização do exame físico da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos, visando o diagnóstico em estágios iniciais e possibilitando um melhor prognóstico (SANTOS et al., 2011).

Em alguns casos, o diagnóstico e tratamento precoce são dificultados pela falta de acesso aos serviços de saúde (SANTOS, 2014). Segundo um dos entrevistados especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e que tem como rotina a realização de biópsias para o diagnóstico de câncer de boca o maior problema é o encaminhamento desses pacientes aos serviços especializados de tratamento oncológico. Ele relata:

Entrevistado VII: O paciente chega vamos ver que ele está com problema, mas hoje o grande problema a nível de SUS é encaminhar. Encaminhar, ter vaga. Às vezes você vê que ele está precisando de uma certa urgência para ser atendido e não consegue. O câncer a gente sabe, quanto mais rápido atender maiores as chances de sobrevivência do paciente.

As lesões de câncer localizadas em cavidade bucal podem ser observadas precocemente, porém o estadiamento no momento do diagnóstico pode variar devido a razões sócio econômicas e regionais (GOUVEA et al., 2010). Fatores como o acesso da população ao serviço responsável pela realização da biópsia e outros exames complementares podem dificultar o início rápido do tratamento, conforme relatado pelo entrevistado VII.

Além de um papel importante no diagnóstico do câncer de boca, o dentista também pode ser o responsável pelo diagnóstico de doenças hematológicas como a leucemia. Em um estudo realizado por Santos, Anbinder e Cavalcanti (2003), 30%

dos pacientes que apresentaram diagnóstico de leucemia, apresentava envolvimento oral devido à doença.

## **5.2 Educação em Saúde – Odontologia X Oncologia**

Na atualidade, a Odontologia compreende a prevenção, o diagnóstico precoce e, não somente, o tratamento curativo das doenças bucais, inclusive o câncer de boca (SANTOS et al., 2011).

Para um dos entrevistados, a educação em saúde voltada para pacientes em risco para câncer de boca no PSF que trabalha não é papel do cirurgião dentista, visto que a enfermagem já realiza o cuidado:

Entrevistado VII: No PSF onde eu trabalho o tabagismo e o etilismo são combatidos pela equipe de saúde da família e não pela odontologia. A odontologia não trabalha indicando esses casos de tabagismo ou alcoolismo. Mas têm no PSF profissionais responsáveis por cuidar dessa parte. Enfermeiros que trabalham lá fazem palestras e tentam melhorar a situação.

De acordo com Andrade et. al (2014), a introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como programas no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitaram ao Cirurgião-dentista diagnosticar precocemente lesões da cavidade bucal que acometem a população, e orientar os pacientes quanto a prevenção de sua ocorrência, com informações sobre fatores de risco para o câncer bucal.

Na lei do SUS, o Anexo I da Portaria nº 648/GM traz algumas competências específicas do cirurgião dentista dentro da ESF, dentre elas a de Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais (JUNQUEIRA, 2008).

Para os outros entrevistados é importante sim a utilização das ações de educação em saúde para prevenção e diagnóstico precoce do câncer, apesar de somente seis deles confessarem ter condutas diferenciadas a pacientes tabagistas e etilistas.

O entrevistado III justificou sua cautela em conversar com pacientes sobre o câncer de boca dizendo:

Entrevistado III: Falar de câncer é complicado, então a gente tem que procurar falar com tato, porque senão ele espanta, abandona o tratamento, pois você falou coisa que ele não queria ouvir.

Para o entrevistado I, conversar com o paciente tabagista é uma medida em vão, já que segundo ele, mesmo sabendo de todos os malefícios, o vício não será abandonado. Contudo, ainda assim, o entrevistado relatou citar alguns malefícios relativos ao uso do tabaco.

Andrade et al. (2014) realizaram palestras com a população usuária de um Centro de Especialidades Odontológicas em João Pessoa-PB que se mostrou participativa e interessada em aprender sobre câncer bucal. Dentre os usuários encontravam-se adultos, crianças e deficientes auditivos. Concluíram após as palestras e demonstração do auto-exame bucal que o cirurgião-dentista deve sempre estar envolvido com atividades de prevenção e promoção de saúde, para auxiliar e proporcionar à população uma melhor qualidade de vida.

Sabemos que a maior parte dos casos de câncer de boca é diagnosticada em estágios avançados, porém os fatores que levam ao atraso nesse diagnóstico ainda não estão claramente definidos, podendo estar relacionado a questões inerentes aos profissionais ou aos pacientes. De acordo com Cunha et al. (2013), a implementação de atividades de educação em saúde e a realização de exames clínicos periódicos incluindo a avaliação da mucosa bucal como procedimentos de rotina são algumas das medidas necessárias para reduzir o atraso no diagnóstico. É importante também que fatores de risco sejam identificados e, quando possível, controlados.

### **5.3 Dificuldades encontradas pelos Dentistas**

Um dos entrevistados relatou que a maior dificuldade do atendimento a esses pacientes é a falta de conhecimento dos dentistas com relação aos protocolos para cada tipo de caso:

Entrevistado V: Qual é o protocolo para atender um paciente com problemas de câncer de boca? É tudo a mesma coisa? Então não importa se tem câncer no pé, câncer no cabelo que o protocolo de atendimento é o mesmo? O que temos que fazer? Tem que entrar em contato com o médico ou eu posso simplesmente dizer que sou graduada que eu posso mexer. Eu tenho que pedir exame de sangue? Eu tenho que saber se ele ta com plaqueta, se ta num nível legal para fazer um tratamento de canal, para fazer uma raspagem?

Ele acredita então que a falha no atendimento a esses pacientes se deve tanto pela falta de conhecimento dos dentistas, quanto pelo medo que o paciente oncológico tem de ser atendido por qualquer profissional.

Dois dos entrevistados mostraram ter conhecimento somente na sua área de atuação. Enquanto um especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, falou sobre o diagnóstico cirúrgico, o especialista em Prótese Dental relatou sobre os efeitos colaterais referentes à reabilitação protética desse paciente como a hipossalivação.

Em uma das entrevistas, foi relatado quanto a uma experiência negativa do cirurgião dentista em seu consultório, momento esse delicado tanto para o paciente quanto para o profissional. Em sua experiência relatou:

Entrevistado IX: É até triste falar, mas a pior coisa é que ela ia de chapéu e tapa olho, às vezes coincidia dela ir no mesmo horário que alguém. Eu fazia questão de marcar um horário isolado para ela porque ela se sentia pior esteticamente que os outros, apesar de que ela tinha uma cabeça muito boa. Um dia aconteceu de uma mãe chegar com uma criança e ela estar na sala de espera me aguardando. Quando ela olhou, que ela viu aquela senhora de tapa olho e chapéu, a criança saiu gritando pelo corredor e a mãe disse que não levaria a criança mais lá porque eu estava atendendo drag queen. Ela foi lá dentro me comunicar que a filha saiu correndo no corredor com desespero e eu falei que o que a moça teve ninguém estava livre de ter, que o chapéu era para se proteger e o tapa olho era porque ela não tinha o olho.

A auto imagem é uma representação cognitiva e emocional do corpo que é aprendida pelo indivíduo. Segundo Silveira e Silva, Castro e Chem (2010), o conceito de auto imagem define como nos sentimos em relação à nossa aparência física e ao nosso corpo, sendo formado a partir da realidade corporal, de como o corpo se apresenta e do ideal de corpo. Silveira e Silva, Castro e Chem (2010) apud Schilder (1999) e MacGregor (1990), o contato com o outro, na convivência social, vai formando a nossa noção de imagem do corpo. No caso relatado pela entrevistada, a paciente apresentava sua mutilação ocular escondida. Essa característica é comum a pacientes mutilados devido ao câncer especialmente na região facial símbolo de diferenciação dos demais sujeitos, devido a dificuldades que a sociedade ainda tem em aceitá-los. As consequências voltadas aos aspectos psicológicos desses pacientes relacionadas à incapacidade física e perda de alguma parte do corpo refletem em alterações na imagem corporal e manifestam-se no dia-

a-dia das pessoas afetadas gerando respostas singulares na vida dessas pessoas (SILVEIRA E SILVA, CASTRO; CHEM, 2010).

#### 5.4 Domínio sobre o conteúdo Oncologia

Do total de entrevistados em nossa pesquisa, nove relataram não saber identificar ou citar quais são os efeitos colaterais orais que a radioterapia e a quimioterapia podem causar, três relataram saber os efeitos, porém não saberiam como tratá-los de forma correta, um (entrevistado V) relata saber os efeitos e mostra domínio nas formas de tratamento e um (entrevistado XI) cita somente os efeitos colaterais relacionados à sua especialidade.

Entrevistado V: Tive na faculdade estomatologia e tive também em tópicos, uma aula que tratava sobre câncer e mostrava quais eram os sintomas, falava dos sinais. Falava o que poderia acontecer depois do tratamento de um paciente oncológico. paralelamente, eu acredito que tenha sido no mesmo período. A gente ficou sabendo de muitas coisas, por exemplo, medicamentos que às vezes mulheres usam para osteoporose, uma coisa que é muito comum e foi dito ali que aquilo poderia causar necrose óssea.

Entrevistado XI: É um paciente que merece um olhar muito especial. No paciente dentado quanto a carie e o paciente portador de prótese total quanto à saliva, a estabilidade e retenção dessa prótese. Também para repor às vezes partes perdidas se for cabeça e pescoço.

Um grande número alterações com manifestações bucais pode acometer o paciente oncológico, limitando, em alguns casos, a continuidade ou a adesão do paciente ao tratamento. Esses efeitos e toxicidades podem alterar vários aspectos funcionais da boca e orofaringe afetando na dieta e conseqüentemente na nutrição (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014). Além disso, podem alterar a fonação, a capacidade de higienização da boca e a estética, gerando um impacto negativo para manutenção de uma vida social e emocional adequada.

De acordo com Tolentino et al. (2011) a radioterapia, isolada ou associada à cirurgia ou quimioterapia, produz um aumento significativo das taxas de cura para doenças malignas. Contudo, como relatado anteriormente, ela não atua somente nas células desejadas. (GHELARDI et al., 2008).

Dentre os efeitos colaterais orais causados pela radiação na região de cabeça e pescoço, temos a mucosite, a hipossalivação, disgeusia, disfagia, odinofagia, maior suscetibilidade a infecções oportunistas, cáries rampantes, doença

periodontal, trismo, fibrose tecidual, dores crônicas como neuropatias e disfunção temporomandibular (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014), osteorradionecrose (GHELARDI et al., 2008) e alterações no desenvolvimento craniofacial em crianças (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL, 2007). Em nossa pesquisa, a mucosite foi um dos efeitos colaterais bucais decorrentes do tratamento antineoplásico mais citados pelos cirurgiões dentistas que relataram domínio do assunto.

Outro efeito colateral importante citado por entrevistados em nossa pesquisa foi a osteorradionecrose. Trata-se de uma das principais complicações tardias da radioterapia em que ocorre a necrose isquêmica do osso que sofreu radiação, resultando em dor bem como possíveis perdas de estrutura óssea, podendo levar a uma exposição óssea, episódios de osteomielite e fraturas patológicas (SERA et al., 2013). De acordo com Ghelardi et al. (2008) e Grimaldi et al. (2005), quando realizadas previamente ao tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço, as exodontias poderão prevenir o desenvolvimento de osteorradionecrose. Esta forma de prevenção foi citada por dois dos nossos entrevistados como utilizadas em seu cotidiano:

Entrevistado IX: Antes dele (paciente) fazer a radioterapia, tem que remover os dentes caso tenham algum problema mais sério que venha a causar no futuro uma extração. Se for fazer a extração tem que ser feita antes.

Entrevistado X: Se ele (o paciente) chegasse no meu consultório eu teria o cuidado de fazer todos os procedimentos cirúrgicos antes da radioterapia. O ideal é que faça tudo antes da radioterapia.

A diminuição do fluxo salivar também foi lembrada pelos cirurgiões dentistas entrevistados no nosso estudo. Segundo um deles, esse efeito colateral altera significativamente a qualidade de vida do paciente, especialmente os portadores de próteses dentais. A hipossalivação é decorrente da necrose das células acinares produtoras de saliva. Com a diminuição da saliva na boca, fatores desconfortantes ocorrerão como a perda do paladar (disgeusia), dificuldades na fala e na deglutição. Além disso, devido à alterações em fatores biológicos qualitativos e quantitativos da saliva, esses pacientes terão maior propensão a formação de cáries, conhecidas como cáries de radiação (SERA et al., 2013), citada por somente um dos nossos entrevistados.

Xerostomia, neurotoxicidade, infecções oportunistas, sangramento bucal e hiperplasia gengival são outros efeitos colaterais relativamente comuns encontrados em pacientes em tratamento quimioterápico antineoplásico (MARTINS; CAÇADOR; GAETI, 2002). Dentre os efeitos causados pela quimioterapia somente a hiperplasia foi citada por um dos nossos entrevistados, mostrando um desconhecimento maior do que quando comparados aos efeitos colaterais causados pela radioterapia na região de Cabeça e Pescoço.

O bisfosfonato utilizado concomitante à terapia antineoplásica é capaz de gerar complicações ósseas importantes, chamada osteonecrose. Apesar da importância da prevenção de osteonecrose através de avaliação e realização de procedimentos previamente ao uso dos bisfosfonatos, assim como mencionado anteriormente à radioterapia na região de Cabeça e Pescoço, nenhum dos cirurgiões dentistas entrevistados em nosso estudo mostrou conhecimento ou utilização da conduta em seu cotidiano.

## **5.5 Conteúdo câncer na formação**

Dois dos entrevistados relataram ter tido em uma disciplina na sua formação da graduação o assunto "Pacientes Oncológicos", porém somente um deles mostrou domínio total sobre o conteúdo, não associando o paciente oncológico na odontologia somente aos portadores de câncer de boca, relatando sobre os efeitos colaterais e a importância do acompanhamento do cirurgião dentista:

Entrevistado V: Você vê a sua importância como profissional. Se você souber orientar precocemente, a pessoa tem condições de mudar o rumo da vida dela.

Um dos entrevistados relatou sobre sua experiência clínica com pacientes oncológicos durante a faculdade, falou ainda que devido à falta do conteúdo teórico teve muita dificuldade:

Entrevistado IV: Na época da faculdade eu tive um paciente com câncer no assoalho da boca e um na língua. Um outro era pelo corpo e já estava sendo monitorada com muita metástase. Quando eu peguei esses três casos, uma professora da faculdade falou: 'a gente tem que fazer um protocolo de atendimento.' E infelizmente eu formei e não foi feito.

A maioria dos entrevistados (85,7%) relatou não ter sido abordado o tema de forma ampla e prática nos cursos de graduação e pós graduação. Grande parte deles afirmou achar extremamente importante essa abordagem, dado que reafirma o porquê da dificuldade e despreparo que os mesmos demonstraram ao serem abordados em sobre a prática clínica.

Entrevistado II: Na pós nunca ninguém nem tocou no assunto. E na faculdade pelo que me recorde foi a matéria de. esqueci o nome da matéria, mas foi muito pouco, muito pouco, porque falava de outras doenças. Não se tocou no assunto de paciente com câncer na faculdade que eu fiz.

Entrevistado IV: A primeira coisa que eu tive dificuldade foi de saber se a pessoa que tinha câncer de boca, se eu podia mexer em qualquer lugar. É a questão da aula, a questão do esclarecimento que a gente não tinha. Eu não tinha orientação nenhuma, eu não tinha base nenhuma.

Entrevistado XI: Não tive especificamente não. A gente via alguns tratamentos em cirurgia, mas especificamente como tratar o paciente não.

Entrevistado XII: Só em disciplina básica para formação de conteúdo como patologia geral, nada além disso.

Entrevistado XIII: É bom o aluno ter uma visão ampla, sendo que a gente não tem essa disciplina na faculdade. Vai deixar o aluno muito mais preparado quando deparar no consultório.

Em um estudo realizado por Wayama et al. (2014), foi revelado que há uma grande falha na formação do aluno de graduação no que tange o conteúdo de Odontologia Hospitalar, corroborando com os dados encontrados em nosso estudo. Foi observado por Wayama et al. (2014) que 64%, dos CD entrevistados, não tiveram conteúdo durante sua formação ou foi dada de forma pouco significativa.

Na perspectiva de Vygotsky a escola é o momento ideal para a inserção de conteúdos, no qual o aluno encontrara um locus educativo privilegiado, e pode, através da linguagem e de atividades interativas e educativas, comunicar e interagir com outras pessoas, o que lhes possibilita reelaborar conceitos habituais ou cotidianos (SANTOS, 2002), conforme relatado pela entrevistada IV.

A escola deve ser vista como contexto de construção de conhecimentos, estes entendidos como conjunto de hábitos, valores, crenças e idéias. Sendo assim, a faculdade, assim como a escola, seria responsável pela formação de conceitos, sendo eles práticos, científicos, estéticos ou ético-morais (SANTOS, 2002).



Dib, Souza e Tortamano (2005) em sua pesquisa mostrou a importância da faculdade de Odontologia no âmbito do diagnóstico precoce do câncer de boca, despertando nos alunos uma consciência preventiva. Através de questionários, foi observado que com relação a esse assunto, os alunos dominam o conteúdo.

De acordo com Epstein, Güneri e Barasch, 2014 apud Barker et al. (2005), poucos são os centros de tratamento oncológicos com dentistas experientes integrados na sua equipe multiprofissional. Além disso, segundo eles, há uma dificuldade também em encontrar esse tipo de profissional em clínicas particulares para prestar um serviço à comunidade oncológica. Em um estudo realizado por Groome et al. (2011), foi observado que somente 35% dos pacientes em tratamento para câncer na região de Cabeça e Pescoço tiveram acompanhamento com o dentista. Devido essa desvalorização no mercado, muitos acabam por não estudar o assunto.

A própria faculdade de Odontologia, dando mais importância para o lado estético do que para a saúde, acaba gerando um desinteresse dos alunos. Junto a isso, temos o mercado odontológico basicamente ligado ao interesse estético, fazendo com que o aluno se interesse mais por essa área. Nos cursos e congressos, podemos ver uma maior procura pela parte estética do que pela saúde (DIB; SOUZA; TORTAMANO, 2005).

Segundo o entrevistado que dominava o conteúdo (Entrevistado V) ainda há falhas no seu processo de formação, especialmente em relação aos medicamentos utilizados no tratamento oncológico e nos tipos de neoplasias malignas que podem ser encontradas:

Entrevistado V: Foi importante e eu acho que poderia até em cada tipo de câncer, cada tipo de coisa que acontece.

Já é comprovada cientificamente a existência de uma relação entre os tratamentos realizados em pacientes oncológicos e o desenvolvimento de lesões orais. Relação essa que varia de acordo com o tipo de câncer e o paciente (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2007). Dessa forma, se torna importante o entendimento da correlação entre as manifestações orais e as drogas e/ou radiação utilizadas no tratamento, para que os efeitos possam ser minimizados, provocando menos danos ao paciente.

A relação entre as neoplasias e as manifestações bucais é definida por uma série de variáveis, que podem estar relacionadas ao paciente e/ou a terapia. No que diz respeito ao paciente, as principais variáveis são idade, diagnóstico, tipo de câncer e suas características e as condições orais antes e durante a terapia antineoplásica. Já em relação a terapia, as variáveis de mais destaque são o tipo da droga, a dosagem, frequência de uso e tratamento concomitante (SANTOS, 2014).

## **5.6 Papel do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar oncológica**

Dos 14 entrevistados, oito fizeram relação do papel do cirurgião dentista somente com o diagnóstico e condução do paciente com câncer de boca, mostrando o desconhecimento da importância do seu papel na equipe multidisciplinar oncológica.

Cinco dos cirurgiões dentistas entrevistados correlacionaram sua função com os cuidados do paciente em tratamento oncológico seja ele em qualquer sítio corporal. Um dos entrevistados citou que diante a maior atenção do médico em tratar o câncer, cabe ao cirurgião dentista enfatizar e cuidar dos efeitos colaterais que possam aparecer na boca:

Entrevistado V: É importante o dentista estar junto com o paciente oncológico em função de diagnosticar pequenos problemas que às vezes o médico está com foco no tumor e não está prestando atenção no restante.

O tratamento para os tumores malignos irá variar de acordo com o tamanho, sua localização, característica anatomopatológica e as condições clínicas do paciente (BUENO; MAGALHÃES; MOREIRA, 2012). Dentre as formas de tratamento se encontram a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e o transplante de células hematopoiéticas, podendo ocorrer de forma isolada ou combinada.

Os métodos terapêuticos são eficazes no combate contra o câncer, contudo não agirão somente nas células tumorais, atuando negativamente em células de tecidos saudáveis, como a mucosa bucal, produzindo consequências importantes para a atuação do cirurgião dentista (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2007; ROSALES et al., 2009; VOLPATO et al., 2014).

É fundamental o acompanhamento odontológico dos pacientes oncológicos, seja o câncer em qualquer sítio corporal, para que possa controlar e tratar os efeitos

colaterais na cavidade oral. Portanto, a inserção da odontologia na equipe multiprofissional oncológica é de suma importância para o sucesso do tratamento (SILVA, 2015), sendo necessária sua atuação antes, durante e após a terapia antineoplásica (COSTA, 2011). Contudo, como vimos no nosso estudo, grande parte dos cirurgiões dentistas desconhece seu real papel dentro da equipe, se referindo apenas ao diagnóstico do câncer de boca.

Com uma visão humanizada, um dos três relatou não ser importante somente o acolhimento, mas também a reinserção social desse paciente:

Entrevistado XI: Eu acho que o principal é o emocional do paciente. Você toma o cuidado desse lado, entendendo o drama que ele está passando com esse tratamento que é muito difícil. E às vezes você consegue dar a ele um conforto, uma estética melhor e levanta a autoestima dele que está baixa.

Com o avanço nas técnicas terapêuticas oncológicas, as taxas de cura e sobrevida vêm aumentando e com isso há necessidade de fornecer a esses pacientes uma melhor qualidade de vida. Uma larga maioria dos dentistas não está preparada para dar assistência e propor um tratamento adequado a esse tipo de paciente complexo, como foi visto em nosso estudo. De acordo com a Associação Britânica de Oncologistas de Cabeça e Pescoço, há uma necessidade de implementação de especialistas com um treinamento e experiência para promover cuidado oral efetivo em pacientes oncológicos (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014).

Três dos entrevistados relataram ainda a importância do cirurgião dentista no acolhimento psicológico. Segundo eles:

Entrevistado V: Se você souber orientar precocemente, a pessoa tem condições de mudar o rumo da vida dela. O câncer pode gerar a perda de partes como estrutura óssea, dente. Coisa que dificilmente com prótese a pessoa vai conseguir reabilitar e a pessoa não vai ter uma vida normal nunca mais. Depois você vê o quanto aquilo é importante e decisivo para a pessoa.

Entrevistado XI: Esse paciente portador de câncer, está com o emocional, com a autoestima muito baixa, então tem uma parte emocional que é importante para a gente restabelecer.

A criação do vínculo entre o dentista e o paciente merece especial atenção quando se trata de pacientes portadores de alguma patologia grave. Pacientes com

câncer podem apresentar grande ansiedade relacionada à possibilidade de alterações e doenças bucais. Devido à natureza do tratamento, muitos se sentem cansados e desanimados frente a sua continuidade (SOUZA et al., 2012). Na nossa pesquisa, observamos que alguns cirurgiões dentistas além de se preocuparem com os cuidados odontológicos desse paciente, também se preocupam com o caráter psicossocial, o que segundo a literatura (BOTTINO; FRAGUAS; GATAZ, 2009) melhorará o prognóstico da doença. Pacientes com depressão podem aderir pouco aos esquemas de tratamentos para o câncer ou podem se engajar em comportamentos prejudiciais à saúde, como, por exemplo, fumar. A depressão tem sido associada ao aumento da mortalidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (BOTTINO; FRAGUAS; GATAZ, 2009).

As diferentes manifestações do câncer associada ao suporte social, influenciam a prevalência da depressão que irá afetar na evolução da doença. Esse transtorno psiquiátrico pode estar presente em 22 a 29% dos casos (BOTTINO; FRAGUAS; GATAZ, 2009). Assim, devido às alterações sistêmicas e psicológicas associadas ao câncer, a presença do dentista na equipe multiprofissional torna-se de fundamental importância (SOUZA et al., 2012).

A maioria dos sobreviventes relata ter tido alguma experiência com um problema oral durante a terapia oncológica, seja ele um efeito colateral ou uma infecção dentária. Em alguns casos é preconizado que seja realizado o tratamento odontológico previamente ao oncológico a fim de reduzir as complicações que podem ser observadas durante e após esse período (EPSTEIN; GÜNERI; BARASCH, 2014).

Dos entrevistados, dois relataram ter conhecimento sobre o papel do cirurgião dentista na equipe multiprofissional oncológica:

Entrevistado XIII: Um exemplo que eu tenho é da minha prima que teve leucemia e não pode fazer qualquer procedimento em qualquer consultório, porque tem um risco, tem que ter todo um cuidado com ela.

Entrevistado XII: Meu pai, minha mãe, minha madrinha, minha avó tiveram câncer. Eu fazia higiene oral com gaze dentro do possível, quando não podiam fazer escovação. Além disso, fazia o acompanhamento do desenvolvimento de lesão na boca.

De acordo com eles, a busca por esse tipo de conhecimento ocorreu devido à necessidade de ajudar parentes que passaram pelo tratamento oncológico. Marques e Oliveira (2009, p.3), explicam a questão da educação baseada em experiências correlacionando à Vygotsky:

Tomando como referência o ambiente cultural onde o homem nasce e se desenvolve, a abordagem vygotskyana entende que o processo de construção do conhecimento ocorre através da interação do sujeito historicamente situado com o ambiente sócio-cultural onde vive. A educação deve, nessa perspectiva, tomar como referência toda a experiência de vida própria do sujeito. (Marques e Oliveira, 2009, p.3)

Estudos comprovam que em muitas situações o cirurgião-dentista não participa ativamente do tratamento integrado do paciente oncológico, seja por falta de acesso ao profissional, seja por falta de instrução, dentre outros motivos. É evidente que o campo de atuação do dentista é a cavidade oral, mas ele deve ter uma noção geral do estado de saúde do paciente, que danos o câncer proporciona e devem interagir com os demais profissionais envolvidos na equipe multiprofissional (SANTOS, 2014). Somente cinco dos entrevistados ressaltaram a importância de manter o contato com o oncologista desse paciente a fim de sanar dúvidas em relação ao tratamento e fornecer uma conduta.

## **6 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO**

O livro “Atendimento odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgiões dentistas” terá usabilidade tanto na área acadêmica quanto clínica, objetivando a excelência no atendimento odontológico ao paciente oncológico.

### **6.1 Desenvolvimento do produto**

Trata-se de material didático discursivo, desenvolvido após a percepção da necessidade de um conteúdo teórico que auxilie o cirurgião dentista na prática clínica. Através da busca da literatura foi desenvolvido um produto de disseminação baseado nas necessidades encontradas durante as entrevistas.

### **6.2 Objetivos do produto**

Esclarecer dúvidas sobre a atuação prática do cirurgião dentista e acadêmico de Odontologia, quando prestar assistência a um paciente oncológico.

Auxiliar o cotidiano clínico dos cirurgiões dentistas frente ao atendimento odontológico do paciente oncológico.

Utilizar o manual como referência bibliográfica nos cursos de Odontologia, tanto na parte teórica quanto na prática.

### **6.3 Função pedagógica do produto**

O livro foi construído baseado nas concepções de Vygotsky. O desenvolvimento humano e o processo de aprendizagem são os temas centrais dos estudos e teorias do professor de literatura (KOLL, 2010). A zona de desenvolvimento proximal caracterizada pela distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial, foi utilizada como fundamentação para a ideia de desenvolvimento do produto. Foi observado através das entrevistas que o livro poderia agir como um facilitador da solução de problemas, auxiliando no nível de desenvolvimento potencial daquele dentista, tentando conectar o desenvolvimento dos sistemas psicológicos e as práticas sociais.

A educação é considerada um instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e de serviços. Segundo Ricaldoni e Sena (2006), a educação permanente é uma sequência de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre em um espaço de trabalho/produção/educação em saúde, que parte de uma situação existente, e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente e desejada.

Vygotsky é uma referência, nos processos de construção da educação de uma forma geral, podendo se relacionar com a educação em saúde, uma vez que, está presente na formação de recursos humanos para saúde, na educação permanente em serviço e nas ações educativas de saúde desenvolvidas (FAVA et al., 2011). Nessa perspectiva, podemos considerar o livro assistencial aos cirurgiões dentistas como material didático que será empregado na educação permanente e na educação continuada, uma vez que faz com que o cirurgião dentista mesmo após sua formação se mantenha estudando.

Ainda de acordo com os pensamentos de Vygotsky (PLACCO, 2000), a produção não aparecerá senão com o aumento da população. Através dessa justificativa, podemos pensar que com o aumento do número de cirurgiões dentistas acessíveis a pacientes oncológicos, a passagem por esse profissional será uma rotina e com isso haverá uma valorização dentro da equipe multidisciplinar oncológica.

Placco (2000) relata ainda que de acordo com as concepções vygotskianas, se o modo de produção, qualquer ele que seja, condiciona as relações do homem com a natureza e deles entre si determinará as condições de existência não apenas materiais, mas culturais. Isso acabará gerando uma estruturação das relações sociais, modificando o modo de ser do homem. Para isso, é essencial que o cirurgião dentista tenha acesso a um referencial teórico de qualidade, pelo qual o auxiliará tanto teórica quanto praticamente.

#### **6.4 Justificativa**

Após as entrevistas, percebemos a necessidade da confecção de um material teórico para o auxílio na assistência odontológica ao paciente oncológico. O

desenvolvimento do livro tornou-se necessário após a observação nas entrevistas da falta de domínio geral dos cirurgiões dentistas frente ao paciente oncológico, sendo necessária então a confecção de um produto com todos os detalhes referentes ao tratamento oncológico, com abundância de informações detalhadas que pudessem auxiliar no dia a dia do clínico.

## **6.5 Público alvo**

Na nossa pesquisa pudemos observar que há uma falha na formação do cirurgião dentista, na preparação ao atendimento a esses pacientes específicos. Devido a isso, o produto tem como público alvo o cirurgião dentista clínico que tem uma carência de domínio desse conteúdo.

Além disso, como público secundário, teremos os alunos de graduação em Odontologia que utilizarão o livro como guia e como material educativo, podendo desenvolver melhor essa especificidade após sua formação.

## **6.6 Descrição do produto**

No capítulo introdutório foram descritos fatores referentes ao câncer de uma forma geral tais como nomenclatura, etiologia, epidemiologia e possibilidades terapêuticas. Além disso, a importância da atuação do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar oncológica foi levantada de forma geral para que pudesse introduzir a relevância do livro.

No segundo capítulo foram abordados todos os temas referentes ao câncer de boca. As campanhas preventivas e ações para detecção de lesões potencialmente cancerizáveis foram relatadas a fim de se realizar uma conscientização da classe odontológica. Logo após, foram destacados os principais tipos de câncer de boca bem como seus agentes etiológicos. Então, quando para o cirurgião dentista que tiver diante de uma lesão suspeita, foi desenvolvido no capítulo um parágrafo abordando como deve ser realizado o diagnóstico e caso confirmado, como deve proceder com o paciente.

Já no terceiro, referente ao tratamento odontológico em pacientes que tem indicação de cirurgia oncológica, foram mostrados quais os procedimentos devem



ser realizados em pacientes com tumores da região bucal antes e após a realização do procedimento terapêutico.

O quarto capítulo aborda como deve ser a condução de um paciente com indicação de radioterapia na região de cabeça e pescoço. Por requerer uma atenção especial, devido à grande quantidade de efeitos colaterais, esse capítulo traz muitas informações importantes para a atuação do cirurgião dentista, tanto na condução pré-radioterapia, como trans e pós, bem como a condução dos efeitos colaterais decorrentes dessa terapia.

No quinto capítulo são trazidas as informações importantes que todo cirurgião dentista deve saber referente ao tratamento quimioterápico. Assim como no capítulo anterior, auxiliará o cirurgião dentista a conduzir o paciente desde a deliberação pré-quimioterapia, até o controle após o término, evidenciando os efeitos colaterais e seus tratamentos.

O último capítulo terapêutico fala sobre a importância da atuação do cirurgião dentista em um paciente que será submetido ao transplante de células tronco hematopoiéticas, desde sua preparação para o procedimento como na condução dos efeitos após a pega da medula.

Ao final de cada capítulo, foram desenvolvidos quadros com um resumo de temas importantes para o pronto atendimento odontológico de pacientes oncológicos, correspondendo a cada caso terapêutico.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pudemos perceber que apesar da grande importância da inserção do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar oncológica, essa ainda é limitada, especialmente pela restrição de conhecimento dos profissionais da Odontologia.

O número de casos de câncer vem crescendo no Brasil, e em nossa região. Com o aumento na população e aumento da expectativa de vida, esse número crescerá ainda mais. Devido a isso, haverá uma necessidade da qualificação dos profissionais para um atendimento especializado de referência, uma vez que o tratamento oncológico é muito delicado, precisando de um acompanhamento mais próximo por parte dos profissionais.

Um livro com orientações sobre o tratamento odontológico aos pacientes com câncer irá auxiliar os cirurgiões dentistas no cuidado diário a esses pacientes que com isso, sofrerão menos e melhorarão sua qualidade de vida.

## **8 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

A pesquisa pode nos mostrar a realidade encarada por pacientes oncológicos e profissionais da classe odontológica, onde os primeiros ficam com limitação de recursos para tratar o sistema estomatognático e efeitos colaterais causados pelo tratamento oncológico, principalmente devido à falta de informação e conhecimento sobre esses tratamentos por parte do cirurgião dentista.

O estudo pôde nos mostrar as principais falhas e limitações do cirurgião dentista e com isso, pudemos criar um material didático discursivo, que pudesse ser usado no cotidiano dos dentistas clínicos e como referência bibliográfica para alunos de graduação.

Com a criação do produto de disseminação, acredita-se que os cirurgiões dentistas terão mais acesso aos procedimentos odontológicos indicados em cada caso e com isso, poderão prestar uma assistência menos limitada, fornecendo qualidade de vida a esses pacientes em situação de risco de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R.A.; MORAIS, V.L.L.; SOBRAL, A.P.V. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão de literatura. *Revista de Odontologia da Unesp.*, v.36, n.3, p.275-280, 2007.
- ANDRADE, K.R.S. *et al.*, Educação em saúde bucal: importância para o diagnóstico precoce do câncer bucal. In: *XV ENEX*, Universidade Federal da Paraíba, 2014.
- ARDOSO, M.S.O. *et al.* Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, v.6, n.1, p.43-46, janeiro/março 2006.
- BACHI, A.C.; BACHI, A.C.; ANZILIERO, L. O cimento de ionômero de vidro e sua utilização nas diferentes áreas odontológicas. *Perspectiva*, Erechim., v.37, n.137, p.103-114, março 2013.
- BARBOSA, A.M.; RIBEIRO, D.M.; CALDO-TEIXEIRA, A.S. Conhecimento e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva.*, v.15 (Supl.1), p.1113-1122, 2010.
- BONAN, P.R.F. *et al.* Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, v.51, n.3, p.235-242, 2005.
- BOTTINO, S.M.B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W.F. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr. Clín.* v.36, n.3, p.109-115, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Falando sobre Câncer e Seus Fatores de Risco*. Rio de Janeiro: Inca, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Instituto nacional de câncer. Rotinas internas do INCA: Serviço de Odontologia / Instituto Nacional de Câncer – 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- BROPHY, J.E. Research on the self-fulfilling prophecy and teacher expectation. *Oral Biol.* Oxford, v. 27, p. 27-28, Mar 2005.
- BROZOSKI, MA *et al.* Osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonatos. *Rev Bras Reumatol.* v.52, n.2, p. 260-270, 2012.

BUENO, A.C.; MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, A.N. Associações entre Fatores de Risco e Complicações Bucais em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço Tratados com Radioterapia Associada ou Não à Quimioterapia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa, v.12, n.2, p87-93, abr./jun., 2012.

CARNEIRO, F.M.; SILVA, L.C.P.; CRUZ, R.A. Manifestações gerais das leucemias agudas na infância. Aspectos básicos para o conhecimento do cirurgião-dentista. *Arquivo brasileiro de odontologia*. Belo Horizonte, v.3, n.2, p.129-145. 2007.

CASTILHO, L.S. *et al.* Considerações sobre o paciente em tratamento de bisfosfonato: o que todo cirurgião dentista deve saber. *Revista CROMG*. Belo Horizonte, v.14, n.1, p.19-24, jan./jun., 2013.

CHENG, K.K.F.; MOLASSIOTIS, A.; CHANG, A.M. An oral care protocol intervention to prevent chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients: a pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*., v.6, n.2, p.66-73, 2002.

CONWAY, D.I. *et al.* Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and metaanalysis of case-control studies. *International Journal of Cancer*, v. 122, p.2811-2819, jun. 2008.

COSTA, J.L.B.M. *et al.* Tratamento odontológico prévio a transplante de células tronco-hematopoiéticas: um relato de caso. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v.50, n.1, p. 20-27, jan/mar 2014.

COSTA, J.R.S. *Performance status e assistência odontológica hospitalar em oncologia*. 2011. 54f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Diagnóstico Bucal, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

CUNHA, A.R. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões dentistas na atenção primária a saúde. *J Bras Tele.*, v.2, n.2, p.66-74, 2013.

DIB, L.L.; SOUZA, R.S.; TORTAMANO, M. Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. *Rev Inst Ciênc Saúde*. v.23, n.4, p. 287-295, out/dez 2005.

ELAD, S. *et al.* Basic oral care for hematology–oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer*. v. 23, p. 223-236, 2015.

EPSTEIN, J.B.; GÜNERI, P.; BARASCH, A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. *Support Care Cancer*, v.22, p.1981-1988, 2014.

EQUIPE ONCOGUIA. *Plaquetopenia*. 2013. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/plaquetopenia/214/109/>>. Acessado em: 27 set. 2016.

FAVA, S.M.C.L. et al., Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. *Sau. & Transf. Soc.* Florianópolis, v.2, n.1, p.81-87, 2011.

GARCEZ, A.S.; RIBEIRO, M.S.; MÚÑEZ, S.C. *Laser de Baixa Potência: princípios básicos e aplicação clínica na Odontologia*. 1. ed. São Paulo: Elsevier, 2012.

GHELARDI, I.R. et al. A necessidade da avaliação e tratamento odontológico pré-radioterapia. *Prática Hospitalar*, ano X, n.58, Jul-Ago, 2008.

GOUVEA, A.S. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.39, n.4, p.261-265, out/nov/dez, 2010.

GRIMALDI, N. et al. Conduta do cirurgião dentista na prevenção e tratamento da osteorradionecrose: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, v.51, n.4, p.319-324, 2005.

GROOME, P.A. et al. Apopulation-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncol*, v.47, p.642–647, 2011.

HESPANHOL, F.L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, Supl.1, p.1085-1094, 2010.

INCA. Instituto Nacional De Câncer. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer* / Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer. Tópicos em transplante de células-tronco hematopoéticas. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2015.

JALES, S.M.C.; SIQUEIRA, J.T.T. Manual de Cuidados Paliativos. Papel do dentista na equipe de cuidados paliativos. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. Diagraphic, Rio de Janeiro, 241-244. 2009.

JHAM, B.C.; FREIRE, A.R.S. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. *Rev Bras de Otorrinolaringol.*, v.72, n.5, p.704-708, 2006.

JUNQUEIRA, S.R. *Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe*. Módulo Político Gestor do programa de especialização em Saúde da Família. p.158-159. UNIFESP, 2008.

KOLL, MO. *Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipione, 2010.

LEVY, A; MEDEIROS, FB; CIAMPONI, AL. Cuidados Odontológicos em pacientes oncológicos. *Onco &*. Ed. 25, ano V, p. 24-26, set/out 2014.

LIMA, A.A.S. et al. Velocidade do fluxo e pH salivar após radioterapia da região de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.50, n. 4, p. 287-293, 2004.

LIMA, E.N.A. *Avaliação das alterações orais em pacientes submetidos a transplante de medula óssea*. 2010. 99 folhas. Dissertação (Mestrado em Patologia Oral). Programa de Pós Graduação em Patologia Oral – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

LIMA, J.G.S. et al. Reabilitação protética de pacientes com defeitos maxilofaciais. Universidade de Brasília. Disponível em: <[https://serex2012.proec.ufg.br/up/399/o/JOAO\\_GUILHERME\\_DE\\_SENA\\_LIMA.pdf](https://serex2012.proec.ufg.br/up/399/o/JOAO_GUILHERME_DE_SENA_LIMA.pdf)> . Acessado em: 15 maio 2016.

LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYEYASU, H. *Oncologia para a graduação*. 3. ed. São Paulo: Lemas, 2013.

MARQUES, L.P.; OLIVEIRA, S.P.P. Paulo Freire e Vygotsky: reflexões sobre a educação. IN: *Colóquio Internacional Paulo Freire*, n. V, Recife, 2005.

MARTINS, A.C.M.; CAÇADOR, N.P.; GAETI, W.P. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. *Acta Scientiarum*, Maringá, v.24, n.3, p.663-670, 2002.

MARTINS, M.A.T. et al. Osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonatos: importante complicação do tratamento oncológico. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* São Paulo., v.31, n.1, Jan./Feb. 2009.

MEC. *Curso de graduação em odontologia proposta de diretrizes curriculares*, 2002.

MEIRA, S.C.R.; OLIVEIRA, C.A.S.; RAMOS, I.J.M. *A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar*. In: SINOG DE ODONTOLOGIA, 9., 2010, Belo Horizonte. Anais. Santa Lúcia: Centro Universitário Newton Paiva, 2010.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consenso e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v.5, n.7, p.1-12, abril 2017.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 3. ed. [tradução]. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

PAIVA, C.I. et al. Efeitos da quimioterapia na cavidade bucal. *Disciplinarum Scientia*, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 109-119, 2004.

PAIVA, C.R.; MAYHÉ, R. Abordagem odontológica com obturador palatino imediato em um paciente portador de tumor neuroectodérmico melanótico da infância: relato de caso. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 4-9, jan./jun. 2015.

PLACCO, V.M.N.S. et al. *Psicologia e educação: revendo contribuições*. São Paulo. Ed. Educ. 2000.

POUBEL, V.L.N. et al. Osteonecrose maxilo-mandibular induzida por bisfosfonatos: revisão de literatura. *Rev. cir. Traumatol. Buco-maxilo-facial*. Camaragibe. v.12, n.1, 2012.

RATÃO, A.D.S.P.M. *A importância do médico dentista na detecção precoce e prevenção do cancro oral e da orofaringe*. 2015. 79f. Dissertação (Mestre em Medicina Dentária). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, 2015.



REGEZI, J.; SCIUBBA, J.; JORDAN, R. *Patologia oral: correlações clínico patológicas*. 6ª edição [tradução]. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier. 2012.

REIS, B.F. et al. Adequação do meio bucal e promoção de saúde em odontopediatria. *Revista Ceciliana*. Universidade de Santa Cecília, v.2, n.2, p.32-34, 2010.

REZENDE, J.R.V. *Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo: Sarvier, 1997.

RIBEIRO, R.C. et al. Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de bisfosfonatos orais: relato de caso. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara, v.40, n.5, p. 264-267, set./out. 2011.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.14, n.6. novembro/dezembro, 2006.

ROSALES, A.C.M.M. et al. Dental needs in brazilian patients subjected to head and neck radiotherapy. *Brazilian Dental Journal*. Ribeirão Preto, v.20, n.1, 2009.

SALDANHA, S. et al. Dental implications of bisphosphonate-related osteonecrosis. *Gerontology*, 2012.

SANTOS, A.F. O papel da escola na formação de conceitos. *Revista Polyphonia*. 13(1/2), 2002.

SANTOS, C.C. et al. Conduas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J Health Sci Inst*. v.31, n.4, p.368-72, 2013.

SANTOS, F.C. *Tratamento odontológico em pacientes com câncer: revisão sistemática*. 2014. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014.

SANTOS, I.V. et al. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol. Clín.-Cient.*, 10 (3) 207-210, jul./set., 2011.

SANTOS, V.I.; ANDINDER, A.L.; CAVALCANTI, A.S.R. Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica. *Cienc Odontol Bras*, v.6, n.2, p.49-57, 2013.

SERA, E.A.R. et al. Avaliação dos cuidados odontológicos pré e trans tratamento radioterápico. *Braz J Periodontol.* v.23, n.3, p.30-38, set, 2013.

SILVA, I.G. *Inserção do cirurgião-dentista na rede nacional de hospitais oncológicos.* 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Universidade Estadual da Paraíba. Araruna, 2015.

SILVA, M.M.; BOUZAS, L.F.S.; FILGUEIRA, A.L. Manifestações tegumentares da doença enxerto contra hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea. *An Bras Dermatol.* v.80, n.1, p. 69-80, 2005.

SILVEIRA E SILVA, M.; CASTRO, E.K.; CHAIM, C. Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Univ. Psychol.* Colômbia, v.11, n.1, p.13-23, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA. Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas: Regulamento Técnico. Disponível em: <[http://www.sbtmo.org.br/exportar.php?arquivo=/home/storage/a/de/46/sbtmo/public\\_html/userfiles/anexos/arquivo\\_20110809141052.pdf](http://www.sbtmo.org.br/exportar.php?arquivo=/home/storage/a/de/46/sbtmo/public_html/userfiles/anexos/arquivo_20110809141052.pdf)>. Acessado em: 28 set. 2016.

SOUZA, R.R.P.S. et al. Promoção de saúde bucal em pacientes oncológicos adultos. IN: *Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica.* n. VI. CESUMAR, 2012.

TOLENTINO, E.S. et al. Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: care guideline for irradiated patients. *J Appl Oral Sci.* v.5, n.19, p.448-54, 2011.

TORRES, S.R.; GOMES, A.O.F. Protocolo Clínico: Cuidados Odontológicos ao paciente submetido à radioterapia (Parte I). *Revista do CRORJ.* Ano XXXIII, n. 03, março 2016.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Protocolo Clínico: Cuidados Odontológicos ao paciente submetido à radioterapia (Parte II). *Revista do CRORJ.* Ano XXXIII, n. 03, abril 2016.

VIEIRA, D.L. et al. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sciences.*, v.4, n.2, p.37-42, Jul/Dez, 2012.

VOLPATO, S. et al. *Oncologia e tratamento odontológico: uma revisão.* IN: *Semana Acadêmica de Odontologia.* n. XI, 2014.

WAYAMA, M.T. et al. Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre odontologia hospitalar. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, v.71, n.1, p.48-52, jan/jun, 2014.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 427-450, 2008.

ZANETTE, R. *Protocolo de assistência odontológica para pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço*. 2007. 46 folhas. Monografia (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial). Unidade de pós-graduação. Faculdade Ingá, Passo Fundo, 2007.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Atendimento odontológico ao paciente oncológico na região sul fluminense: as limitações na assistência prestada pelo cirurgião dentista

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que envolve a análise da assistência prestada pelo cirurgião dentista ao paciente com câncer.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é a importância da intervenção odontológica na saúde geral dos pacientes oncológicos, impactando positivamente na sua qualidade de vida. Apesar disso, há uma resistência no atendimento à esses pacientes, que requer não só uma experiência clínica, mas também teórica.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

#### OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar a assistência odontológica prestada a pacientes oncológicos, pelos cirurgiões dentistas da região sul fluminense.

#### PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A coleta dos dados será realizada através de entrevistas da Região Sul Fluminense. Será realizada uma entrevista semi-estruturada com cada participante a partir de um roteiro pré estabelecido. As entrevistas serão gravadas e transcritas após o término. Nelas serão colhidos dados específicos dos entrevistados, como idade, tempo de atuação da Odontologia, local de formação e pós graduação.

Para analisar os dados encontrados, as entrevistas serão também serão agrupadas de acordo com os principais tópicos abordados pelos entrevistados contemplando a abrangência das informações.

#### RISCOS

Embora o estudo não apresente riscos diretos aos participantes, a eventual possibilidade de identificação de suas falas existe, fato que nos leva a redobrar os esforços para evitar a exposição dos mesmos.

### BENEFÍCIOS

Não há benefício direto aos participantes, porém o estudo almeja trazer à classe odontológica o desenvolvimento de um produto disseminável de educação que responda as necessidades encontradas.

### CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Seu nome não será revelado ainda que informações a seu respeito sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice II) garantirá ao participante o sigilo dos seus dados individuais

### CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o entrevistado pela sua participação no estudo.

### BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe assistente deve ser comunicada e a pesquisa será imediatamente interrompida.

### GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você a fazerem perguntas a qualquer momento da pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para as pesquisadoras Máira Tavares de Faria no telefone 33482434 ou email mairatavares@hotmail.com. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o CoEPS – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do UniFOA, situado à Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325, Três Poços, Volta Redonda – RJ. Telefone: (24) 33408404.

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante) dia mês ano

\_\_\_\_\_  
(Nome do Participante – letra de forma)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ENTREVISTADO \_\_\_\_ – CIDADE

IDADE:

TEMPO DE FORMAÇÃO:

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO:

TEM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO?

INSTITUIÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO:

DOCÊNCIA:

- 1) Como você vê o papel do cirurgião dentista dentro de uma equipe multidisciplinar oncológica?
- 2) Você já atendeu algum paciente oncológico?
- 3) No caso de um paciente diagnosticado com câncer procurar o seu atendimento, você sabe como proceder?
- 4) Quais as dificuldades você acha que encontraria se recebesse um paciente oncológico no seu consultório?
- 5) Durante a sua graduação e pós-graduação, você teve alguma disciplina abordando o conteúdo pacientes com câncer?
- 6) Você já fez algum diagnóstico de câncer de boca?
- 7) Caso não tenha realizado, você se sente capaz de fazer?
- 8) Diante de um paciente que você tenha e que tenha fatores de risco para o câncer de boca, você tem algum cuidado diferenciado?

## ANEXO A

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA / PLATAFORMA BRASIL



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atendimento odontológico ao paciente oncológico na região Sul Fluminense: as limitações na assistência prestada pelo cirurgião dentista

**Pesquisador:** Maíra Tavares de Faria

**Versão:** 2

**CAAE:** 48677615.8.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO ARANHA

## DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 085392/2015

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Atendimento odontológico ao paciente oncológico na região Sul Fluminense: as limitações na assistência prestada pelo cirurgião dentista que tem como pesquisador responsável Maíra Tavares de Faria, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha em 28/08/2015 às 14:13.


**Endereço:** Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325  
**Bairro:** Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560  
**UF:** RJ **Município:** VOLTA REDONDA  
**Telefone:** (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeeps@foa.org.br

## DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

## - DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atendimento odontológico ao paciente oncológico na região Sul Fluminense: as limitações na assistência prestada pelo cirurgião dentista  
**Pesquisador Responsável:** Maíra Tavares de Faria  
**Área Temática:**  
**Versão:** 2  
**CAAE:** 48677615.8.0000.5237  
**Submetido em:** 07/09/2015  
**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO ARANHA  
**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio



Comprovante de Receção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_545673



## ANEXO B

## ENVIO DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

# Revista Práxis

---

[CAPA](#)   [SOBRE](#)   [PÁGINA DO USUÁRIO](#)   [PESQUISA](#)   [ATUAL](#)   [ANTERIORES](#)   [NOTÍCIAS](#)

---

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #363 > **Resumo**

## #363 Sinopse

---

[RESUMO](#)   [AVALIAÇÃO](#)   [EDIÇÃO](#)

### Submissão

Autores	Maira Tavares Faria, JULIO CESAR SOARES ARAGÃO
Título	Atendimento odontológico ao paciente oncológico nas cidades de Volta Redonda, Barra Mansa e Barra do Pirai - RJ
Documento original	<a href="#">363-1332-2-SM.DOCX</a> 2017-02-13
Docs. sup.	Nenhum(a) <a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a>
Submetido por	Maira Tavares Faria
Data de submissão	February 13, 2017 - 01:17 PM
Seção	Artigos
Editor	Nenhum(a) designado(a)

---

### Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2017-02-13
Última alteração	2017-02-13

---