



Assistência Odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Câncer

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Ana Estela Haddad

Deise Garrido Silva



Assistência Odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Câncer







Assistência Odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Câncer

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Ana Estela Haddad

Deise Garrido Silva

São Luís



EDUFMA

2022

Copyright © 2022 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Reitor
Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos
Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. Jadir Machado Lessa
Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva
Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Marcus Túlio Borowski Lavarda
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães
Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Coordenação Geral da DTED/UNA-SUS/UFMA

Prof^a Dr^a Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Amanda Rocha Araújo

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Cecília Claudia Costa Ribeiro
Ana Estela Haddad
Deise Garrido Silva

Professores-autores

Teresa Paula de Lima Gusmão
Fábio de Abreu Alves

Projeto Gráfico

João Gabriel Bezerra de Paiva
Katherine Marjorie Mendonça de Assis
Priscila Penha Coelho
Tiago do Nascimento Serra

Diagramação

Tiago do Nascimento Serra

Supervisão de produção pedagógica

Thálya Maciel de Alencar, Luana Martins Cantanhede, Josiely Nogueira Araújo

Revisão Técnica

Antonio Carlos Frias (USP)
Fernanda Ferreira Lopes (UFMA)
Nicole Aimée Rodrigues José (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)
Lorena Lúcia Costa Ladeira (UFMA)
Elisa Miranda Costa (UFMA)

Revisão Textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Gusmão, Teresa Paula de Lima.

Assistência odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: câncer [recurso eletrônico] / Teresa Paula de Lima Gusmão, Fábio de Abreu Alves; organizadoras, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira... [et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2022. 70p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web
<<http://www.edufma.ufma.br/index.php/loja/>>
ISBN: 978-65-5363-071-0

1. Câncer. 2. Doenças crônicas. 3. Tratamento oncológico. 4. Assistência odontológica. I. Alves, Fábio de Abreu. II. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. III. Ribeiro, Cecilia Claudia Costa. IV. Haddad, Ana Estela. V. Silva, Deise Garrido. VI. Título

CDD 616.99
CDU 616.31

Ficha catalográfica elaborada pela Diretoria Integrada de Bibliotecas - DIB/UFMA
Bibliotecária: Amanda Rocha Belfort - CRB 13/725

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2022. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA

EDUFMA | Editora da UFMA

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Diretora da Diretoria Interdisciplinar de Tecnologias na Educação - DETED/UFMA. Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill-EUA (UNC-Chapel Hill/USA). É coordenadora da Universidade Aberta do SUS/UFMA. É líder do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Atenção Primária em Saúde, Aplicativos para Dispositivos Móveis, Sistemas de Gestão e Acompanhamento Educacional, Inovação aberta.



Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (1993), Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e Doutorado em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (2004). Atualmente é Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão. Professora visitante no Departamento de Ciências da Saúde Bucal, Universidade da Colúmbia Britânica, Canadá (2019). Atua nas áreas da Odontologia e Saúde Coletiva – Epidemiologia, especialmente nos temas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Bucais e Sistêmicas, com foco nos seus fatores de risco comuns ao longo do ciclo vital.



INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Estela Haddad

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1988), Mestre (1997), Doutora em Ciências Odontológicas (2001), Livre-Docente (2011) pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Membro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da FOU SP. É membro do Grupo SAITE de Pesquisa do CNPq. Linhas de pesquisa: Educação Superior na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Políticas públicas de educação e de saúde, Primeira Infância, Telessaúde, Teleodontologia, Educação mediada por tecnologias. É Coordenadora do Núcleo de Telessaúde e Teleodontologia FOU SP-SAITE, Coordenadora Adjunta do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas para a Metrópole (NAP Escola da Metrópole) e Coordenadora da Estação FOU SP-ABENO da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Ministério da Saúde/OPAS). É uma das representantes do Brasil na Red de Lideres por la Primera Infancia (Rede Latino Americana, integrada por líderes de 28 países), convidada pela ex-Presidente



Deise Garrido Silva

Possui graduação em Odontologia pela FORP-USP, mestrado e doutorado em Ciências Odontológicas pela FOU SP. Especialista em informática em Saúde pela UNIFESP. Docente da Universidade de Santo Amaro-UNISA. Pesquisadora do Núcleo de Telessaúde FOU SP-SAITE da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.



INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Teresa Paula de Lima Gusmão

Possui graduação em odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2013), onde participou de iniciação científica intitulado (CNPq 2012-2013). Foi residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (2014-2016). Realizou Mestrado em Odontologia Integrada através do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (2016-2018). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do AC Camargo Câncer Center. Possui interesse em patologia oral, estomatologia e odontologia hospitalar.



Fabio de Abreu Alves

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Vale do Rio Verde - Três Corações (1992), mestrado em Biologia e Patologia Buco-dental pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP (1998), doutorado em Biologia e Patologia Buco-dental pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP (2002) e Livre-docência em Patologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP (2006). Atualmente é Diretor do Departamento de Estomatologia do Hospital AC Camargo, professor da pós-graduação em Oncologia da Fundação Antônio Prudente e da Disciplina de Estomatologia Clínica - FOUASP. Tem experiência no atendimento odontológico a pacientes oncológicos, atuando principalmente nos seguintes temas: patologia bucal, câncer de cabeça e pescoço, efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia e reabilitação.



SUMÁRIO

1.	REDE DE CUIDADOS AO PACIENTE COM CÂNCER.....	14
1.1	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.....	15
1.2	A Atenção Primária e a Coordenação do Cuidado ao Paciente com Câncer.....	19
1.2.1	O câncer de boca e sua abordagem na APS.....	19
1.2.2	Fluxograma assistencial ao câncer de boca.....	27
2.	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE PREVIAMENTE AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO	30
2.1	Avaliação clínica e radiográfica do paciente.....	31
2.1	Tratamentos odontológicos prévios ao tratamento oncológico.....	33
3.	CUIDADOS AO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO.....	37
3.1	Orientação dos cuidados de higiene oral e protocolo de bochechos.....	38
3.2	Tratamento com Laserterapia preventiva e curativa para mucosite oral.....	39
4.	PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM CAVIDADE ORAL.....	41
4.1	Mucosite oral.....	41
4.1.1	Etiopatogenia da mucosite.....	42
4.1.2	Características clínicas da mucosite oral.....	43
4.1.3	Intensidade da mucosite oral.....	43
4.1.4	Tratamento da mucosite oral.....	47
4.2	Xerostomia.....	48
4.3	Disgeusia.....	50
4.4	Disfagia.....	51
4.5	Odinofagia.....	51
4.6	Cárie relacionada à radiação.....	52
4.7	Infecções oportunistas.....	54
4.8	Trismo.....	57
4.9	Doença do enxerto versus hospedeiro.....	57
4.10	Osteonecrose por medicamentos.....	59
4.11	Osteorradionecrose.....	61
5.	APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO: SEGUIMENTO REGULAR PARA MANTER A SAÚDE BUCAL	63
6.	PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS	66

PREFÁCIO

Ao receber o diagnóstico de câncer, o paciente será submetido a um tratamento oncológico individualizado, podendo ocorrer em diversas modalidades terapêuticas, que acarretará efeitos colaterais, sendo importante um acompanhamento multiprofissional, incluindo o acompanhamento do dentista.

O atendimento ao paciente oncológico é uma realidade presente no cotidiano dos dentistas, sendo de grande valia na prática clínica o conhecimento abordado neste e-book, sobre a rede de assistência a esses pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), a importância do diagnóstico precoce, adequação bucal prévia ao tratamento oncológico, as modalidades terapêuticas da oncoterapia, os efeitos colaterais em boca, os momentos para se realizar intervenções odontológicas e também os cuidados bucais que poderá orientar este paciente, para dar mais conforto e qualidade de vida.

Uma honra fazer parte deste projeto e desejamos que esta obra, no formato digital, possa levar o conhecimento de como realizar uma melhor assistência ao paciente com câncer para muitos dentistas, em especial aos dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS), que possam proporcionar mais conforto e qualidade de vida aos seus pacientes.

Teresa Paula de Lima Gusmão

Graduada em odontologia, mestra em Odontologia Integrada.

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do AC Camargo Câncer Center

APRESENTAÇÃO

Olá, caro aluna (o)!

Você está iniciando o estudo sobre a assistência odontológica para pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na APS: pacientes oncológicos. O câncer no Brasil é considerado um problema de saúde pública, apresentando uma incidência crescente que tende a aumentar com o envelhecimento populacional. A equipe multiprofissional da APS é porta de entrada do cuidado ao paciente na rede de atenção à saúde.

Em se tratando de câncer de boca, os lábios e interior da boca são afetados, além de ser mais presente em homens acima dos 40 anos de idade (INCA, 2019a). A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, ocasionando maior morbidade e mortalidade aos pacientes. A(o) cirurgiã(ão)-dentista da APS tem papel fundamental no diagnóstico precoce do câncer bucal através de rastreamento de lesões bucais, em visitas domiciliares ou em campanhas específicas, na identificação e no acompanhamento de lesões potencialmente malignas e na atuação em campanhas de promoção e prevenção de saúde frente aos grupos de risco.

Ao realizar radioterapia e quimioterapia em região de cabeça e pescoço, o paciente pode desenvolver alguns efeitos colaterais, necessitando de um acompanhamento multiprofissional. A(o) cirurgiã(ão)-dentista, junto com a equipe de saúde bucal da APS, é importante nesse acompanhamento para orientar, prevenir e tratar as complicações presentes na região bucal.

Você sabia que é importante a realização de adequação do meio bucal previamente ao tratamento oncológico? Sabe quais os principais cuidados odontológicos que devem ser realizados antes,

durante e após o tratamento oncológico?

Neste material, você irá conhecer sobre como funciona a atenção à saúde para cuidado ao paciente oncológico na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), e a importância do acompanhamento odontológico. Além disso, você irá compreender quais as principais afecções que acometem a cavidade oral, antes, durante e depois do tratamento do câncer e como a(o) cirurgiã(ão)-dentista da APS pode auxiliar na assistência ao paciente oncológico.

Nossos sinceros agradecimentos ao Ministério da Saúde do Brasil, pelo financiamento dos cursos da temática deste livro, que inspiraram o desenvolvimento da presente obra.

Bons estudos!

1. REDE DE CUIDADOS AO PACIENTE COM CÂNCER

O câncer é caracterizado pelo crescimento celular descontrolado, com as células tumores invadindo/infiltrando os tecidos normais. Apresenta também a característica de migrar para locais distantes do sítio primário (metástases). O INCA (Instituto Nacional do Câncer) estima, para cada ano do triênio 2020-2022, cerca de 625 mil casos novos de câncer no Brasil (INCA, 2019b).

Considerando a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública no Brasil, como seria essa rede de cuidados ao paciente com câncer no SUS?

A rede de cuidados deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, garantindo o acesso do usuário aos serviços e o cuidado integral. No entanto, são necessárias linhas de cuidado, que são estratégias de estabelecimento do trajeto assistencial do usuário nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de organizar o fluxo de indivíduos de acordo com suas necessidades, sendo a APS, a principal porta de entrada e o centro de comunicação das RAS. As linhas de cuidado variam de acordo com os recursos econômicos, com o padrão de ocorrência do câncer na população e com o grau de desenvolvimento social e do sistema de saúde de cada estado ou região (INCA, 2012).

Através da Portaria n.º 516, de 17 de junho de 2015, se estabelecem as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço. Os pacientes com o diagnóstico devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados, como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), com radioterapia e suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar seu acompanhamento. Para o atendimento adequado, esse deve contar com uma estrutura ambulatorial e de internação,

com terapia intensiva, hemoterapia e suporte multiprofissional e de laboratórios.

1.1 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

No intuito de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS com câncer, foi publicada a Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta como princípios gerais:

Princípios Gerais:	Reconhece o câncer como condição crônica com a necessidade de cuidado integral.
	Organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas.
	A qualificação de profissionais e promoção de educação permanente.
	Incorporação e uso de tecnologias, através do processo de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e da avaliação econômica (AE) realizadas por órgãos governamentais.
	Reconhece o câncer como condição crônica com a necessidade de cuidado integral.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta também princípios e diretrizes relacionados a: promoção da saúde; prevenção; vigilância monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação; comunicação em saúde.

● **Promoção de saúde:** se caracteriza por meio de ações que abordem os fatores que favorecem o surgimento dos tipos de câncer. Para isso, é realizada através de parcerias intersetoriais, de modo a promover ações e políticas de enfrentamento ao tabagismo, ao consumo de álcool, ao sobrepeso, à obesidade e ao consumo alimentar inadequado, que são considerados fatores de risco relacionados ao câncer.

● **Prevenção:** busca reduzir a exposição aos fatores de risco e promover fatores de proteção através da eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação, bem como através da prevenção da iniciação do tabagismo, do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis. Também estão relacionadas à prevenção: a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce — a partir de recomendações governamentais e com base em incorporação e uso de tecnologia para a garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer —, e a estruturação de ações de monitoramento e de controle da qualidade desses exames de rastreamento.

● **Vigilância, monitoramento e avaliação:** têm objetivo de organizar a vigilância do câncer através de informação, identificação, fiscalização e avaliação das ações de controle do câncer e de monitoramento dos fatores de risco.

● **Cuidado integral:** prevê a organização das ações e dos serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Promove o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras mais próximo ao domicílio do usuário e um atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, sendo a oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e

evolução da doença. Também prevê a realização de tratamento dos casos raros ou muito raros, que exigem alto nível de especialização, em estabelecimentos de saúde de referência nacional.

● **Ciência e tecnologia:** utiliza de processos de avaliação de tecnologias em saúde e viabilidade econômica para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. Também prevê o estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômica sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer e implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer. Tudo isso em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área.

● **Educação:** facilita a formação e a especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política, além da implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde.

● **Comunicação em saúde:** tem objetivo de estimular estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, para disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. Estimula as ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde. Esses pontos são devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria n.º 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, implementada de forma articulada entre as três esferas do governo, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e dos Municípios.

A Portaria n.º 874 determina o cuidado integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será realizado em estabelecimentos de saúde habilitados, como UNACON e CACON. Esses estabelecimentos deverão observar as exigências da Portaria n.º 140/2014 para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente.



PARA SABER MAIS!

Recomendamos a leitura da Portaria n.º 874/GM/MS, publicada pelo Ministério da Saúde em 2013, que traz na íntegra a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse o material disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

1.2 A Atenção Primária e a Coordenação do Cuidado ao Paciente com Câncer

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário do SUS e o centro de comunicação da RAS. Também compete a APS o cuidado das pessoas com câncer, considerando sua base territorial, as necessidades locais de saúde e os serviços disponíveis no Município. Além disso, é a APS quem irá coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde com relação ao paciente com câncer (Portaria n.º 874/GM/MS, 2013).

1.2.1 O câncer de boca e sua abordagem na APS

O câncer de boca é um tumor maligno que afeta lábios e interior da boca, como gengivas, bochechas, palato duro e língua (principalmente as bordas e assoalho da boca). O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico de câncer mais frequente em boca (CAMARGO-CANCELA, et al., 2010). No Brasil, a estimativa de número de casos novos para cada ano do triênio 2020-2022 será de 15.190 novos casos, sendo 11.180 em homens e 4.010 em mulheres (INCA, 2019b). É mais comum em homens acima dos 40 anos de idade, e o diagnóstico do câncer de boca, em sua grande maioria, é realizado de forma tardia, afetando consideravelmente o prognóstico do paciente. A falta de informação dos pacientes, principalmente devido às condições socioeconômicas e culturais), a falta de capacitação de profissionais de saúde e a natureza silenciosa da doença, com uma evolução inicial apresentando poucos sintomas, são os principais fatores responsáveis pelo atraso no diagnóstico do câncer de boca (INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

E enquanto equipe de saúde bucal da APS, como podemos modificar essa realidade?

A equipe de saúde bucal da APS deve utilizar estratégias de prevenção primária, com a identificação dos grupos de risco para desenvolvimento do câncer de boca na comunidade, e integrar a equipe de saúde bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer, com intuito de reduzir ou eliminar os fatores de risco para a doença. Além disso, as equipes de saúde bucal devem realizar busca ativa dos casos e das estratégias de prevenção secundária, através da detecção precoce de lesões potencialmente malignas ou de câncer em estágios iniciais (BRASIL, 2018).

Os fatores de risco ao desenvolvimento do câncer de boca incluem: tabagismo — o número de casos em fumantes é de duas a três vezes maior que entre não fumantes; o consumo excessivo de álcool — sabendo que o sinergismo entre tabagismo e etilismo potencializa o risco de desenvolver o câncer de boca (MOURA, et al., 2014); a exposição ao sol sem proteção — sendo um grande risco para o câncer de lábio, é importante a orientação da população, principalmente das pessoas que se expõem ao sol para trabalhar, sobre a utilização de roupas que protejam o corpo e chapéus, juntamente com o uso de protetor solar no corpo e nos lábios (BRASIL, 2018). Outro fator de risco é a infecção pelo vírus HPV (tipos 16 e 18), mais relacionado ao câncer de orofaringe (KREIMER, et al., 2005), sendo importante a conscientização da vacinação e o uso de preservativos no sexo oral diminuindo o risco de infecção.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2004), cabe a APS a prevenção e controle do câncer bucal:

- a)** realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.

- b)** oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos).

- c)** acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo o tratamento e reabilitação.

- d)** estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com universidades e outras organizações.

A(o) cirurgiã(ão)-dentista da APS deverá estar atenta(o) na identificação e no acompanhamento de lesões potencialmente malignas (LPM), que são alterações dos tecidos da boca que apresentam um maior risco de se tornar tumores malignos quando comparadas ao tecido normal. É importante um estudo cuidadoso e individualizado das lesões, pois é sabido que nem todas as lesões orais potencialmente malignas sofrerão transformação maligna. Dentre as principais LPM são:

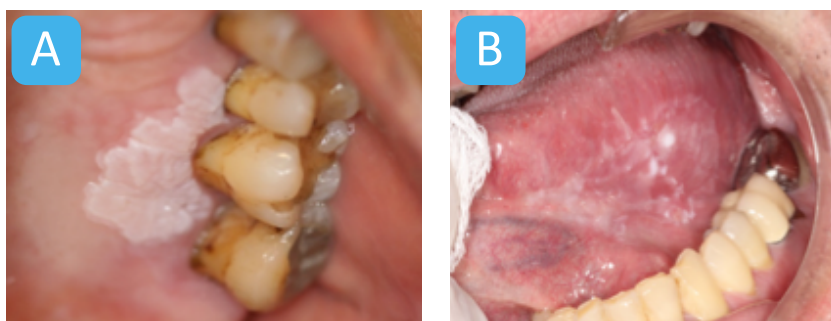
- **Leucoplasias:**

Manchas ou placas brancas nas mucosas bucais, não podem ser removidas por meio de raspagem, que tenha sido excluída a possibilidade de ser outra doença ou lesão branca definível. As leucoplasias são comuns em homens após a quarta década de vida. Terá um maior risco de malignização quando relacionada ao tabagismo e também na presença de displasia epitelial no exame histopatológico (realizado através da biopsia da lesão).

Dentre as formas clínicas, as leucoplasias podem ser homogêneas e não-homogêneas. As leucoplasias homogêneas são placas delgadas, levemente elevadas, branco-acinzentadas, bem demarcadas, de superfície lisa, podendo apresentar-se translúcidas, fissuradas ou enrugadas. As leucoplasias não-homogêneas possuem áreas verrucosas, nodulares, eritoplásticas, e apresentam-se de forma mais intensa e irregular (WAAL, 2009).

O risco de transformação maligna para carcinoma espinocelular depende da forma clínica, do grau de displasia epitelial, que é classificada como padrão ouro na avaliação do risco de transformação maligna de lesões suspeitas como a leucoplasia, sendo importante a realização de biópsias incisionais e acompanhamento clínico (SPEIGHT; KHURRAM; KUJAN, 2018).

Figura 01: Imagens clínicas de Leucoplasias. (A) Leucoplasia homogênea.
(B) Leucoplasia não-homogênea



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves.

- **Eritroplasia**

Placa ou mancha de coloração avermelhada que não pode ser classificada clínico ou histologicamente como outra condição. Essa pode estar associada à leucoplasia, sendo denominada assim como eritroleucoplasia. Também é frequente e diretamente relacionada ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool. Esta lesão apresenta as maiores taxas de transformação maligna, algumas vezes apresentando casos de carcinoma *in situ* quando se realiza a análise histológica da lesão. A eritroplasia acomete preferencialmente indivíduos de meia-idade e idosos, do sexo masculino podendo afetar qualquer área da cavidade oral, porém o palato mole e assoalho são mais comumente afetados (SPEIGHT; KHURRAM; KUJAN, 2018).

Figura 02: Imagem clínica de Eritroplasia



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves.

- **Queilite actínica**

Ocorre devido à exposição solar crônica, atingindo na maioria dos casos o lábio inferior de adultos de meia idade e que apresentam pele clara. O principal fator de risco para o desenvolvimento da queilite actínica é a exposição crônica e excessiva a radiação ultravioleta que causa danos ao epitélio labial, contribuindo para o desenvolvimento da queilite actínica. Clinicamente é assintomática, apresentando descamação, ressecamento, áreas leucoplásicas, úlceras e perda de nitidez entre o vermelhão do lábio e a pele (WAAL, 2009). Devido a sua progressão lenta, o paciente atribui sua condição ao processo de envelhecimento, ignorando sua natureza evolutiva de malignidade. A queilite actínica pode exibir alterações epiteliais como graus de displasia epitelial, carcinoma in situ e até carcinoma invasivo (MIRANDA *et al.*, 2015).

Figura 03: Imagem clínica de Queilite actínica



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Norberto Sugaya

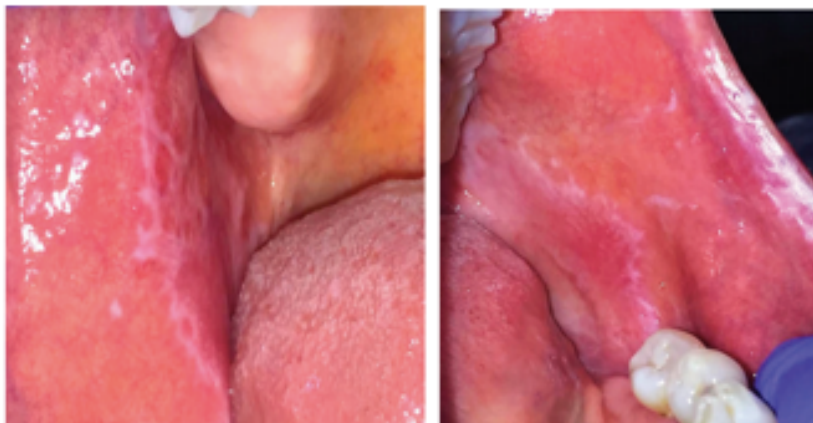
• Líquen plano oral

É uma doença inflamatória muco-cutânea crônica mediada imunologicamente que atinge preferencialmente mulheres de meia idade, de etiologia desconhecida. Apesar de considerada comum, a prevalência do líquen plano oral varia de 0,5% a 3% na população em geral (BARBOSA *et al.*, 2015).

Clinicamente, pode apresentar-se em forma de placa reticular atrófica, papular, erosiva e bolhosa, acometendo principalmente a mucosa jugal, língua, gengiva, lábios e palato e geralmente apresentando formas clínicas diferentes. São assintomáticas, simétricas, bilaterais e apresentam estrias brancas, porém, no padrão atrófico e erosivo, demonstram sintomatologia dolorosa e ardor, com presença de erosão ou ulceração irregular e estrias periféricas irradiadas (LIU, *et al.*, 2016). O líquen plano erosivo corresponde a uma forma mais avançada e sintomática da doença quando comparado a forma retícula que se mostra totalmente assintomática (BARBOSA *et al.*, 2015).

O real risco de transformação maligna do líquen plano é desconhecido possivelmente por falhas no diagnóstico clínico, pela falta de critérios para diferenciação com lesões liquenoides orais e eficácia do acompanhamento dos casos. Um obstáculo importante, nessa discussão sobre o possível potencial de transformação maligna do líquen plano, é causado pela falta de critérios diagnósticos clínicos e histopatológicos claros, o que resulta em uma correlação clinicopatológica pobre no momento do diagnóstico (WAAL, 2014).

Figura 04: Imagem clínica de líquen plano em mucosa jugal bilateralmente.



Fonte: VILLANUEVA-SÁNCHEZ, F. G. et al. Líquen plano bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura [Oral lichen planus. Case report and literature review]. **Revista Alergia México**, Tecamachalco, v. 65, n.º 4, p. 424-430, out./dez. 2018. doi:10.29262/ram.v65i4.342

Assim, deve-se realizar estratégias de prevenção primárias e secundárias para o câncer de boca através da conscientização e redução dos fatores de risco da população, da capacitação profissional no diagnóstico e da melhor organização da assistência. O diagnóstico precoce das neoplasias de lábio e cavidade oral tem papel fundamental no aumento da sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes, pois o tratamento, em estágios mais avançados da doença, pode levar a sequelas estigmatizadoras que comprometem a fala, a mastigação, a deglutição e o convívio social (INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo a portaria n.º 516, de 17 de julho de 2015, sobre as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, recomenda-se o encaminhamento, para a UNACON ou CACON, dos pacientes que apresentem um dos seguintes critérios:

- a) placas ou manchas brancacentas ou eritematosas na mucosa oral que persistam por mais de três semanas, em qualquer localização, particularmente se indolores;
- b) ulceração da mucosa oral ou orofaringe que persista por mais de três semanas;
- c) edemas da mucosa oral que persistam por mais de três semanas;
- d) mobilidade dentária inexplicada, não associada com doença periodontal;
- e) dor ou desconforto persistente na garganta, particularmente se unilateral ou há mais de quatro semanas;
- f) disfagia que persista por mais de três semanas;
- g) rouquidão que persista por mais de três semanas;
- h) estridor laríngeo, condição que requer encaminhamento imediato;
- i) linfadenomegalia cervical que persista por mais de três semanas;
- j) secreção nasal serosanguinolenta unilateral que persista por mais de três semanas;
- k) paralisia facial, hipoestesia ou dor facial grave;
- l) tumorações orbitais;
- m) otalgia sem evidências de anormalidades ao exame físico e otoscopia.

1.2.2 Fluxograma assistencial ao câncer de boca

A Rede de Atenção à Saúde bucal (RASB) está estruturada articulando os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais. O principal acesso a RASB é através da APS, onde

o paciente tem acesso ao exame clínico da boca na ATP e, caso apresente alterações suspeitas, deverá ser realizado o processo de confirmação do diagnóstico. A biópsia da lesão é o principal exame para diagnóstico de lesões potencialmente malignas e o câncer de boca, e poderá ser realizada na APS, desde que a equipe se sinta capacitada para exercer o procedimento e também saiba interpretar os resultados. Quando não puder ser realizada na APS, é importante assegurar a referência para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Os CEOs devem oferecer à população algumas especialidades mínimas obrigatórias, dentre elas os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção precoce do câncer de boca (BRASIL, 2018). Vale ressaltar também a necessidade de aproximação entre as equipes da APS e do CEO, principalmente através do matriciamento, para definição sobre o acesso, sobre os fluxos de encaminhamentos e discussões de casos clínicos.

Para que o fluxo de encaminhamento do material para o laboratório se realize, o exame anatomopatológico deve estar bem estabelecido com a rede municipal através de oferta de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, realizado por meio de serviços próprios ou conveniados.

O Telessaúde é um componente da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) que tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da APS. Sua interação com os demais níveis de atenção diminui as filas de espera, o tempo para os diagnósticos especializados e os deslocamentos desnecessários. O Telessaúde possui diversas frentes de campo de atuação que podem contribuir para a melhora da qualidade do cuidado ao paciente com câncer de boca, como: teleconsultoria, telerregulação, telediagnóstico,

estratégia de educação permanente, telemonitoramento e inovação em saúde digital (BRASIL, 2018).

Os pacientes que tiverem a confirmação do câncer pela biópsia devem ser encaminhados para uma UNACON ou CACON, lembrando-se sempre da realização da referência e contrarreferência para a APS, centro comunicador da RAS. Após o tratamento do câncer, caso o paciente necessite de cuidado paliativo, quando não existe mais possibilidade de cura da doença, o paciente também terá assistência da Atenção Primária de Saúde através do atendimento domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Figura 05: Fluxo assistencial do paciente para rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de boca na Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

2. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE PREVIAMENTE AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

O cirurgião-dentista da Unidade de Saúde da Família (USF) é responsável pela avaliação odontológica, adequação do meio bucal, a serem realizados antes do tratamento oncológico. Também é responsável pelo acompanhamento após o término do tratamento oncológico. Poucos centros de oncologia têm recursos para fornecer atendimento odontológico abrangente, sendo o cuidado prestado pelos dentistas da atenção primária (BRASIL, 2018).



REFLETINDO!

Já sabendo que você, cirurgiã(ão)-dentista da USF, deverá realizar a avaliação odontológica e a adequação do meio bucal prévias ao tratamento do câncer, você saberia dizer a importância disso?

O objetivo do tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico é eliminar ou minimizar possíveis fontes de infecção local que poderiam causar repercussão sistêmica durante e após o tratamento do câncer. É muito importante que, quando o paciente recebe o diagnóstico de um determinado tipo de câncer, o mais breve possível, para que a(o) cirurgiã(ão)-dentista tenha tempo suficiente para realizar o tratamento odontológico antes do paciente iniciar o tratamento do câncer. Contudo, para a realização de um plano de tratamento odontológico, deve ser levado em consideração o estado de saúde geral do paciente, se o mesmo apresenta alguma debilidade devido a doença e as restrições de tempo, devido a programação para iniciar o tratamento oncológico (JOSHI, 2010), pois a Política Nacional

de Atenção Oncológica preconiza o início do tratamento para o câncer em até 60 dias após o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O trabalho em equipe é fundamental, e todos os profissionais da APS estão envolvidos no processo de cuidar, podendo identificar situações que apresentem maior vulnerabilidade. O acolhimento é a forma de reorganizar o processo de trabalho e priorizar os usuários com maior vulnerabilidade, como os pacientes oncológicos necessitando de adequação bucal prévia ao tratamento oncológico, sendo importante a(o) médica(o) ou enfermeira(o) da APS, ao identificar esses casos, referenciá-los ao atendimento odontológico. Na organização da demanda na agenda da Equipe de Saúde Bucal, deve-se priorizar esse atendimento e realizar o mínimo de sessões possíveis (BRASIL, 2018).

2.1 Avaliação clínica e radiográfica do paciente

Durante o exame clínico, a(o) cirurgiã(ão)-dentista deve realizar uma anamnese detalhada para conhecer as queixas do paciente, histórico médico, morbidades (por exemplo: diabetes, hipertensão, cardiopatia) medicamentos em uso, hábitos, vícios e alergias. Também é importante ter dados sobre o tipo e localização do tumor, bem como informações sobre tratamento, como: previsão de início e qual(is) tipo(s) de terapia(s) (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) para planejar o tratamento odontológico necessário.

A abordagem antes do tratamento oncológico inclui considerações sobre o diagnóstico, prognóstico, plano de tratamento proposto, fatores individuais que possam interferir no atendimento e nas doenças bucais preexistentes. É importante fornecer suporte e ajudar o paciente a entender o que é esperado de complicações do

tratamento do câncer, explicando os possíveis efeitos colaterais e a necessidade de realizar o tratamento odontológico prévio.

O exame clínico deve ser iniciado com avaliação dos tecidos moles, palato, região retromandibular, lábios e boca, identificação de gânglios linfáticos, avaliação do fluxo salivar. É realizado para avaliar as possíveis fontes de infecção, como restos radiculares, doença periodontal e lesões de cárie.

Na avaliação dentária devem ser observados: condição gengival, biofilme dentário, lesões de cárie, restaurações defeituosas, raízes residuais, doença periodontal, uso de próteses dentárias e aparelhos ortodônticos. Um exemplo da importância dessa avaliação odontológica prévia ao tratamento são os dentes com grandes restaurações defeituosas e coroas, que podem estar assintomáticos e ainda apresentarem necrose pulpar com potencial para desenvolver um abscesso durante e após a terapia oncológica (ELAD *et al.*, 2015).

O exame clínico deve ser complementado com o exame radiográfico, sendo essencial para o planejamento do tratamento odontológico. Radiografia panorâmica e, na impossibilidade desta, podem ser realizadas radiografias periapicais.

Após o exame clínico e radiográfico, deve-se definir o plano de tratamento odontológico. Procedimentos cirúrgicos, como exodontias, devem ser realizados preferencialmente duas semanas antes do tratamento oncológico (quimioterapia e/ou radioterapia). O tratamento imediato inclui as extrações de dentes irrestauráveis ou com doença periodontal avançada, e o tratamento endodôntico e periodontal também deve ser realizado antes do tratamento oncológico.

Entretanto, o intervalo de tempo entre a decisão de tratar e o início da radioterapia é muitas vezes curto, ou seja, o tratamento deve ser imediato. Os pacientes devem ser informados sobre o plano de tratamento odontológico, podendo haver necessidades odontológicas adicionais eletivas no momento do exame, que podem ser tratadas após a quimioterapia ou radioterapia, quando o estado geral de saúde do paciente permitir (JOSHI, 2010).

Para a realização dos procedimentos cirúrgicos, é muito importante solicitar hemograma e coagulograma. Dependendo do quadro do paciente, a avaliação médica se faz necessária (BRASIL, 2018).

2.1 Tratamentos odontológicos prévios ao tratamento oncológico

A avaliação prévia ao tratamento e o manejo adequado das condições dentárias deveriam idealmente prevenir emergências odontológicas durante a radioterapia (BRASIL, 2018).

É importante a(o) cirurgiã(ão)-dentista tomar medidas para garantir que nenhum fator traumático e anatômico possa induzir dor durante e após o tratamento do câncer. Nesse sentido, é importante, na avaliação odontológica, eliminar fontes de trauma intraoral, como próteses mal ajustadas, aparelhos ortodônticos, restaurações deficientes, dentição traumática e cálculos dentários (ELAD et al., 2015).

- Pensando em eliminar fontes de infecção antes da cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, devem ser extraídos dentes não restauráveis, incluindo raízes residuais expostas, dentes com doença periodontal severa e dentes impactados com possibilidade de apresentar pericoronarite.

- Frequentemente, em pacientes que apresentam condições dentárias precárias, terá necessidade de realizar múltiplas extrações dentárias.
- A eliminação de bordas cortantes ou afiadas dos dentes, de restaurações e de próteses que traumatizam evitará/reduzirá o risco de sangramento e infecção bucais.
- O dentista deve também reabilitar o paciente de forma que o permita se alimentar satisfatoriamente.
- A equipe médica deve estar ciente do estado da boca do paciente e ajustar os alimentos às capacidades de mastigação dele.
- É importante um acompanhamento multiprofissional do paciente.

A partir dessas informações, considere o caso de dona Sônia: uma senhora da comunidade que, durante a campanha de prevenção ao câncer, foi diagnosticada com câncer de mama. Dona Sônia vivencia o momento mais difícil de sua vida e fará o tratamento no CACON para onde foi encaminhada.

Dona Sônia tem 62 anos de idade, e, assim como outras pessoas que passam pelo momento do temido diagnóstico de câncer, não consegue nem falar o nome da doença. Ela vem na USF com o diagnóstico, contrarreferenciada ao CACON, para realizar uma avaliação odontológica.

Imagine que você será a(o) dentista da equipe de saúde bucal que atenderá dona Sônia, e com muito cuidado você realiza a anamnese detalhada, preenchendo o prontuário da paciente. Dona Sônia não apresenta comorbidades associadas, nega tabagismo e

etilismo e relata alergia a dipirona sódica. Com relação a doença, Dona Sônia relata ainda que está realizando alguns exames solicitados pelo médico e iniciará o tratamento de quimioterapia em 15 dias. Ao exame físico, você observa: mucosas (mucosa jugal, mucosas labiais, bordas de língua, assoalho bucal e palato) íntegras, com coloração normal e hidratadas; presença de acúmulo de tártaros, principalmente na face lingual dos dentes inferiores; dentada parcial com ausência dos dentes 15, 36, 37, 38; presença de mobilidade grau 2 no dente 47; cárie extensa no dente 24 com fratura nas paredes mesio-disto-palatina, cáries superficiais ativas em cicatrículas e fissuras nos dentes 34 e 13; restaurações mal adaptadas dos dentes 14, 22 e 46 e raiz residual do dente 25. Diante dessa problemática, pergunta-se:

O que está faltando realizar para complementar o exame clínico odontológico de dona Sônia? E qual seria o plano de tratamento a ser realizado de acordo com o tempo para início do tratamento oncológico?

É importante a(o) cirurgiã(ão) dentista estar inserida(o) no acompanhamento do paciente oncológico, como você já viu aqui, para a realização da adequação do meio bucal, visando deixar a boca o mais livre de focos de infecção possível para que o paciente não precise interromper o tratamento devido a alguma infecção odontogênica. No caso de dona Sônia, é imprescindível, para a realização de plano de tratamento completo, fazer radiografia panorâmica ou periapical, a depender das condições de infraestrutura. Essas radiografias devem ser realizadas o mais rapidamente possível. Ao

exame radiográfico, foram detectadas imagem radiolúcida sugestiva de cárie com comprometimento pulpar no dente 24, extensa perda óssea vertical no dente 47, apresentando comprometimento da furca, e raiz residual do dente 25.

Diante do exame físico completo e considerando que a paciente iniciará o tratamento em 15 dias, qual será o plano de tratamento ideal para o caso de dona Sônia?

Inicialmente, realizar as exodontias dos dentes 24, 25 e 47, por serem os principais focos de infecção: o dente 24, devido à necessidade do tratamento endodôntico e prótese fixa (paciente não terá tempo hábil); dente 25, por ser raiz residual e dente 47, devido ao extenso comprometimento periodontal. Iniciar o tratamento pelas exodontias para possibilitar tempo hábil para cicatrização. Em seguida, realizar a raspagem supra e subgingival para remoção dos tártaros e deixar a gengiva o mais saudável possível. Remover as cáries superficiais ativas em cicatrículas e fissuras dos dentes 13 e 34 e se houver tempo refazer as restaurações mal-adaptadas dos dentes 14, 22 e 46, que poderão ser realizadas também em intervalos de ciclos da quimioterapia de dona Sônia. Além disso, encaminhá-la para realização de reabilitação com prótese dentária, que poderá ser realizada nos intervalos da quimioterapia a depender da condição geral de saúde de dona Sônia.

3. CUIDADOS AO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

O tratamento oncológico apresenta algumas modalidades terapêuticas, como cirurgia, quimioterapias e/ou radioterapia, que podem ser realizadas sozinhas ou combinadas. E, devido a citotoxicidade, propriedade nociva dessas terapias, podem ocorrer danos diretos aos tecidos bucais, como mucosite, xerostomia e disgeusia, que diferem em tempo e duração, podendo levar o paciente a uma morbidade significativa e a um potencial risco de mortalidade.



VOCÊ CONHECE?

Como você viu, existem três formas principais de tratamento do câncer: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Conheça um pouco sobre cada modalidade de tratamento.

Cirurgia: indicada para a remoção do tumor, e, dependendo da extensão do que acometer a boca, pode deixar algumas sequelas, como: problemas de fala, de deglutição e estéticos.

Quimioterapia: utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, que são administrados em intervalos regulares, variando de acordo com o esquema terapêutico. Atuam principalmente sobre as células tumorais; no entanto, causam danos principalmente aos tecidos da mucosa oral, produzindo efeitos adversos. Metotrexate e 5FU são drogas quimioterápicas que causam mais efeitos na mucosa oral (mucosite).

Radioterapia: é o método de tratamento local ou locorregional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano prévia e cuidadosamente demarcadas. A radioterapia em região de cabeça e pescoço pode causar complicações orais (INCA, 2019a).

3.1 Orientação dos cuidados de higiene oral e protocolo de bochechos

Durante o tratamento, o paciente deve reforçar os cuidados em higiene bucal para reduzir a quantidade de biofilme. A(o) cirurgiã(ão)-dentista deve realizar orientações dos cuidados de higiene oral e de um protocolo de bochechos que irá variar para pacientes que realizarão apenas quimioterapia e os que realizarão radioterapia de cabeça e pescoço.

Retornando o **caso de dona Sônia** – Orientações de cuidado de higiene oral.

Após a realização do tratamento dentário com você na USF e os exames solicitados pelo médico, dona Sônia dará início a quimioterapia.

Quais orientações de higiene oral e bochechos ela deverá realizar?

Pacientes que realizarão quimioterapia:

- (1) Utilizar escovas macias e creme dental fluoretado, realizando a escovação dentária após as principais refeições;
- (2) Utilizar o fio dental normalmente;
- (3) Utilizar protetor labial para evitar o ressecamento dos lábios;
- (4) Orientar bochechos com água bicarbonatada, o paciente deverá bochechar a solução contendo 50ml de água mineral e 1 colher pequena de bicarbonato de sódio. Deverá realizar esse bochecho três vezes ao dia, durante o tratamento;
- (5) Prescrever digluconato de Clorexidina (sem álcool) a 0,12% para auxílio a escovação, principalmente para os pacientes que têm dificuldade de higienização.

Pacientes que realizarão radioterapia cabeça e pescoço:

- (1) Utilizar escovas macias e creme dental fluoretado, realizando a escovação dentária após as principais refeições;
- (2) Utilizar o fio dental normalmente;
- (3) Utilizar protetor labial para evitar o ressecamento dos lábios;
- (4) Prescrever flúor a 1% (farmácia de manipulação);
- (5) Aplicar gel de flúor-fosfato acidulado (FFA) com concentração de 1,23% de fluoreto em ácido ortofosfórico a 0,1 M diretamente sobre os dentes com tempo de aplicação de quatro minutos, diariamente e para o resto da vida. Importante orientar não ingerir líquidos e sólidos por 40 min após a aplicação do flúor;
- (6) Orientar bochechos com água bicarbonatada, o paciente deverá bochechar a solução contendo 50ml de água mineral e 1 colher pequena de bicarbonato de sódio. Deverá realizar esse bochecho três vezes ao dia, durante o tratamento;
- (7) Em casos de boca seca, usar uma colher de sopa de glicerina em 50ml de água mineral, bochechar solução três vezes ao dia.

3.2 Tratamento com Laserterapia preventiva e curativa para mucosite oral

A laserterapia é realizada para prevenção e tratamento da mucosite oral, principal complicação aguda do tratamento oncológico, e abordaremos as suas características mais à frente, no decorrer do curso. É realizada a fotobiomodulação com laser de baixa potência, que tem propriedades de estimular a regeneração tecidual, de reduzir inflamação e de controle de dor, ocasionando redução do dano aos tecidos bucais. Portanto, a laserterapia pode ser mais

uma opção de tratamento, caso haja disponibilidade de aparelho e de profissional habilitado na USF. Caso não haja, deve-se procurar, na Rede de Atenção à Saúde Bucal, a indicação de local em que haja profissional habilitado, como nos CEOs ou em atendimento odontológico hospitalar.

O laser de baixa potência pode emitir a luz vermelha com comprimento de onda de 660nm, tendo uma ação maior no reparo tecidual. Os parâmetros de irradiação variam, pois existem vários tipos e marcas de lasers, dependendo da potência do laser, densidade de energia, área anatômica a ser aplicada, energia e tempo de aplicação.

A aplicação do laser pode ser realizada no protocolo preventivo para mucosite, a partir do primeiro dia de quimioterapia ou radioterapia, realizando aplicação por toda a mucosa oral, dividida em pontos de aplicação em mucosa jugal bilateralmente, vestíbulo labial superior e inferior, palato mole, bordas laterais e ventre da língua e o assoalho de boca. O protocolo curativo será aplicado quando o paciente desenvolve lesão ulcerada. Para evitar danos na retina, os pacientes usam óculos de proteção específicos para o comprimento de onda utilizado (ZECHA *et al.*, 2016).

4. PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM CAVIDADE ORAL

A partir de agora, serão apresentados os principais efeitos colaterais do tratamento oncológico em cavidade oral. Esses efeitos podem ser agudos ou tardios. Os efeitos colaterais agudos da quimioterapia acontecem após sua realização e diminuição das células de defesa do paciente, geralmente ocorrendo entre 7° e o 14° dias. Os efeitos colaterais agudos da radioterapia acontecem durante e até três meses após o tratamento. Os efeitos colaterais tardios acontecerão após três meses do término do tratamento do câncer.

Os principais efeitos da quimioterapia em boca são: mucosite, xerostomia e hipossalivação, disgeusia, disfagia, odinofagia, infecções oportunistas (bacterianas, virais e fúngicas) e hemorragias. Já a radioterapia em região de cabeça e pescoço tem como principais efeitos: mucosite, xerostomia e hipossalivação, disgeusia, disfagia, odinofagia, trismo, infecções oportunistas (bacterianas, virais e fúngicas), cárie relacionada a radiação e osteorradionecrose.

4.1 Mucosite oral

A mucosite é a complicação aguda mais significativa do tratamento do câncer, surge em alguns dias, em geral do 4° ao 7° dia após a quimioterapia, e pode afetar qualquer região do trato gastrointestinal, sendo a boca o principal local afetado.

A mucosite associada à radioterapia em região de cabeça e pescoço afeta a mucosa oral e orofaringe. Caracteriza-se pela inflamação das mucosas, que se tornam edemaciadas, eritematosas e friáveis, e evolui para úlceras, resultando em dor, desconforto, dificuldade de mastigar e engolir, comprometendo a nutrição e higiene oral do paciente (ELAD *et al*, 2015).

A mucosite acomete aproximadamente 20 a 40% dos pacientes com tumores sólidos que recebem quimioterapia convencional, variando de 60 a 85% nos pacientes submetidos a transplantes de medula óssea. Pode ser resultante da mielossupressão, citotoxicidade direta dos quimioterápicos utilizados na terapia antineoplásica, e ocorre em quase todos os pacientes que fazem radioterapia para cabeça e pescoço (ELAD *et al.*, 2015; VILLA, SONIS, 2015).

4.1.1 Etiopatogenia da mucosite

Quando o paciente é submetido a quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço, a mucosa oral sofre um processo biológico complexo e reacional que se dividirá em etapas:

INICIAÇÃO: quimioterapia e radioterapia produzem oxigênio reativo, um radical livre, que causa danos no tecido e inicia a cascata de eventos biológicos, causando danos ao DNA das células basais do epitélio, gerando morte celular.

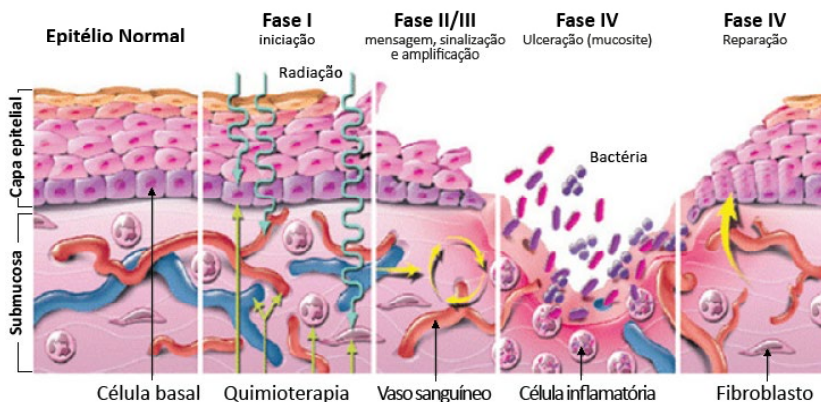
REGULAÇÃO E GERAÇÃO DE MENSAGEM: há transcrição de fatores como NF-KB, ativados no epitélio, paredes dos vasos e tecido conjuntivo mucoso. Enzimas causam apoptose, tendo como consequência uma mucosa delgada, eritematosa e dolorida. Em seguida ocorre amplificação e sinalização do processo, gerando úlceras.

ULCERAÇÃO: lesão superficial em tecido mucoso quando a camada superficial das células se rompe, colonizadas na superfície por **micro-organismos**.

REPARAÇÃO: ocorre a cicatrização, as moléculas se soltam da matriz extracelular do epitélio contínuo da úlcera, gerando divisão, migração e diferenciação celular em uma mucosa saudável.

Esta figura 06 abaixo ilustra adequadamente o processo de etiopatogenia da mucosite oral.

Figura 06: Comportamento biológico da mucosite em cavidade oral.



Fonte: Adaptado de: SONIS, S. T. A Biological Approach to Mucositis. **The Journal of Supportive Oncology**, Huntington, v. 2, n.º 1, p. 31-36, jan./fev. 2004.

4.1.2 Características clínicas da mucosite oral

Inicialmente, os sinais e sintomas da mucosite oral incluem eritema, edema, sensação de ardência e sensibilidade aumentada a alimentos quentes ou ácidos. Em seguida, apresenta ulcerações dolorosas recobertas por pseudomembrana de coloração esbranquiçada ou opalescente (VILLA; SONIS, 2015).

4.1.3 Intensidade da mucosite oral

A intensidade da mucosite oral está relacionada a diversos fatores, descritos a seguir:

- Ao tipo do tratamento

Radioterapia

- Tipo de radioterapia
- Volume do tecido irradiado
- Dose diária e cumulativa
- Duração do tratamento

Quimioterapia

- Tipo de quimioterápico utilizado
- Dose do quimioterápico
- Frequência do tratamento

- Ao paciente:

- Idade
- Massa corporal
- Sexo
- Estado de saúde bucal
- Microbiota bucal
- Função e composição salivar
- Status nutricional

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1979) classifica os graus de intensidade de mucosite, considerando que essa condição pode interferir no curso do tratamento e pode ter impacto no controle local do tumor e na sobrevivência do paciente (Quadro 1).

Quadro 1: Graus de intensidade da mucosite segundo classificação da OMS.

Grau 0	Ausência de sinais e sintomas
Grau 1	Desconforto e/ou eritema em boca
Grau 2	Eritema, úlceras, mas o paciente consegue ingerir alimentos sólidos
Grau 3	Úlceras com eritema, o paciente não consegue ingerir alimentos sólidos
Grau 4	Paciente não consegue realizar a alimentação via oral

Fonte: Adaptado da OMS (2004)

Agora iremos abordar uma outra situação de paciente oncológico, o **caso da paciente Maria** (nome fictício), com 53 anos, diagnosticada com tumor de orofaringe e em tratamento num Centro de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (CACON). A paciente realiza radioterapia, com total de 60 grays divididos em 32 sessões de radioterapia em região de cabeça e pescoço, associada à quimioterapia com cisplatina dividida em quatro ciclos.

Após a décima sessão de radioterapia, a paciente Maria começa a apresentar áreas eritematosas em borda bilateral de língua, e, na décima quarta sessão, paciente apresenta ulcerações recobertas por pseudomembranas em borda bilateral de língua e assoalho de boca. A paciente ainda relata dificuldade de se alimentar devido a sintomatologia dolorosa em boca e dificuldade de engolir. Sendo assim, há um quadro de mucosite oral, como a observada na Figura 07 abaixo:

Figura 07: Presença de ulcerações recobertas por pseudomembranas em borda bilateral de língua, quadro de mucosite oral de intensidade grau 02 pela OMS.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

A paciente Maria continuou com evolução do quadro, e apresentando ulcerações recobertas por pseudomembranas com maior extensão das lesões e referindo não conseguir ingerir alimentos sólidos, nem mesmo os comprimidos de medicações. Essas características configuram quadro de mucosite de intensidade grau 03 de acordo com a classificação da OMS, conforme ilustrado na Figura 08 abaixo:

Figura 08: Presença de ulcerações recobertas por pseudomembranas extensas em borda bilateral de língua, mucosa jugal bilateral, assoalho bucal e palato mole. Paciente relatou não conseguir ingerir líquidos, compatível com mucosite grau 03.



Fonte: Imagem gentilmente cedida por Dr. Fábio de Abreu Alves

Diante deste quadro, como você, sendo cirurgiã(ão)-dentista da equipe de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), pode orientar e tratar a paciente?

4.1.4 Tratamento da mucosite oral

Existem várias modalidades terapêuticas para prevenir ou reduzir a intensidade da mucosite oral. Dentre elas estão a prática de higiene oral, o uso de bochechos com solução de água bicarbonatada, aplicação da vitamina E por toda mucosa oral. Também poderá orientar a paciente a realizar crioterapia. Essa técnica consiste no uso de pedaços de gelo ou picolé no momento da quimioterapia (indicado ou não pelo local de quimioterapia) para causar uma vasoconstrição local, diminuindo o fluxo sanguíneo para a mucosa oral, reduzindo assim os danos as células da mucosa (WALLADBEGI *et al*, 2018). Quando disponível, a equipe, se habilitada, poderá realizar tratamento com laser de baixa potência. Além disso, orientação quanto à dieta dos pacientes deverá ser dada no intuito de se evitar consumo de alimentos cítricos, salgados e secos, pois podem piorar a sintomatologia do paciente, e estimular consumo de alimentos estimuladores de saliva, como fibras.

Em casos de muita dor durante as refeições, é necessário prescrever para o paciente anestésico tópico para ser usado anteriormente à alimentação. A terapia de fotobiomodulação com laser de baixa potência também é outra opção de tratamento, no entanto ainda não está disponibilizada na APS.

4.2 Xerostomia

Outro efeito colateral comum é a xerostomia, que é a sensação de boca seca, podendo estar associada ou não a hipossalivação (diminuição do fluxo salivar). A xerostomia pode ser ocasionada por quimioterapia, torna a saliva mais espessa, provocando a sensação de secura, que é temporária e retorna ao normal com o término do tratamento (WONG, 2014).

Por outro lado, a xerostomia e hipossalivação são extremamente comuns em pacientes que receberam radioterapia em região de cabeça e pescoço, devido ao posicionamento anatômico, principalmente, das glândulas salivares maiores no campo de radiação, levando a uma degeneração acinosa e adiposa com acentuada fibrose dos ductos, dificultando, assim, o fluxo salivar.

Doses de radioterapia acima de 60 Gy tornam a xerostomia e hipossalivação um efeito tardio e irreversível após o tratamento oncológico. Mas, em alguns casos, os pacientes já relatam a sensação de boca seca durante as duas primeiras semanas de tratamento, com doses aproximadas de 30-45 Gy. (JAGUAR *et al*, 2017).

Retornando ao caso da paciente Maria

– Efeito colateral xerostomia

Após 33 sessões de radioterapia, Maria apresentou mucosite e dermatite na região do pescoço. Além disso, a quimioterapia associada lhe ocasionou muitas náuseas. Após três meses do tratamento oncológico, Maria retorna à consulta em saúde bucal na USF. Ela

relata sentir a boca muito seca, dificuldade ao falar e ao alimentar-se. A Figura 09 abaixo mostra a imagem da boca da paciente Maria, apresentando as mucosas íntegras, porém desidratadas.

Figura 09: Presença de mucosas íntegras, desidratadas e com coloração normal.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

Maria teve seu tratamento oncológico concluído e está curada. Ela relatou que, durante o período de tratamento, teve muito desconforto relacionado à condição dos dentes e da boca. Tudo o que Maria deseja é retomar a sua vida com qualidade. Quais orientações você pode passar para paciente?

Maria, assim como os outros pacientes, precisa entender a importância da saliva. A saliva tem um papel fundamental na lubrificação, proteção da cavidade oral e manutenção da saúde dos dentes, pois possui em sua constituição enzimas, anticorpos e glicoproteínas e água. Portanto, a diminuição do fluxo salivar e as alterações na composição da saliva, podem deixar o paciente mais suscetível a desenvolver infecções oportunistas, lesões de cárie dentais, falta de adaptação de próteses, a apresentar dificuldades na mastigação, fala e deglutição, impactando negativamente na sua qualidade de vida.

A xerostomia não pode ser impedida de acontecer, especialmente quando os pacientes são submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, como no caso da paciente Maria, mas existem algumas orientações que devem ser fornecidas às pessoas para ajudar na prevenção da xerostomia e dos problemas bucais associados a ela, tais como:

- Beber pequenos goles de água durante todo o dia e usar saliva artificial para umedecer a boca;
- Mastigar chiclete sem açúcar para aumentar o fluxo de saliva;
- Evitar bochechos com enxaguatórios que contenham álcool;
- Usar um gel de flúor para prevenir lesões de cárie dentária;
- Umedecer os alimentos secos na alimentação;
- Consumir alimentos fibrosos, como frutas e verduras. As verduras in natura estimulam a salivação.

4.3 Disgeusia

A disgeusia é a alteração do paladar que provoca mudanças no gosto dos alimentos durante e após o tratamento oncológico. Alguns alimentos podem apresentar sabor diferente ou o paciente pode não sentir muito o gosto ou pode relatar que sente todos os alimentos com o mesmo gosto. É um efeito colateral da quimioterapia em cerca de 50% dos pacientes, e essa alteração acaba dentro de 3 ou 4 semanas após o término do tratamento (WONG, 2014).

A radioterapia de cabeça e pescoço pode causar alterações no paladar por danificar as papilas gustatórias na língua e a melhora é gradativa após o término da radioterapia, podendo não retornar a total normalidade (WONG, 2014).

Não existem tratamentos específicos para a disgeusia, mas

cuidados como a higiene oral e bochechos com água bicarbonatada antes das refeições ajudam a neutralizar o gosto ruim na boca. Suplementos de sulfato de zinco também podem ajudar a melhorar o paladar (WONG, 2014).

4.4 Disfagia

O paciente também pode apresentar disfagia, que é a dificuldade para engolir alimentos, líquidos ou saliva. Os sinais e sintomas que podem ser relatados pelo paciente são: dificuldade para mastigar, de preparar e manter o alimento dentro da boca, dificuldade para iniciar a deglutição, tosse e/ou engasgos durante ou logo após alimentação, sensação de alimento parado na garganta, dor ao engolir, perda de peso e pneumonias de repetição (KING *et al*, 2014).

Diante dessas queixas, a(o) cirurgiã(ão)-dentista da USF deve observar outros efeitos colaterais que podem estar envolvidos, como mucosite, infecções oportunistas e também deve solicitar suporte da(o) fonoaudióloga(o) e nutricionista quando esses profissionais estiverem na APS ou na Atenção Secundária. Esses profissionais que avaliarão o paciente e, de acordo com sua especificidade, poderão orientar quanto ao uso de espessantes na alimentação, pois a consistência, textura e viscosidade dos alimentos consiste em um grande empecilho no momento em que um paciente com disfagia tenta se alimentar

4.5 Odinofagia

A odinofagia é quando o paciente relata dor ao engolir, está intimamente relacionada a disfagia e em pacientes oncológicos

pode estar relacionada a outros efeitos colaterais, como mucosite, xerostomia, infecções oportunistas, edema ou constrição da garganta (ELAD *et al.*, 2015).

É importante orientar o paciente a usar analgesia tópica antes das principais refeições. Em casos de infecção oportunista associada, como candidíase, é necessário tratar a infecção com medicamentos. Em alguns casos, a disfagia e/ou odinofagia é severa e o paciente não consegue se alimentar. Nesses casos, uso de sonda nasoenteral para não se desnutrir é necessário (WONG 2014; ELAD *et al.*, 2015).

4.6 Cárie relacionada à radiação

A cárie relacionada à radiação é um efeito colateral tardio da radioterapia de cabeça e pescoço, e geralmente aparece após três meses do término da radioterapia (SILVA, 2009).

Mas, você deve estar se perguntando, qual a diferença da cárie normal para a cárie relacionada à radiação?

Na cárie relacionada à radiação, o tecido dentário apresenta-se amolecido e facilmente removido com a cureta de dentina, podendo atingir a polpa mais rapidamente que a cárie normal e acomete mais a região cervical dos dentes. Essa condição é mais prevalente naqueles pacientes que têm hipossalivação decorrente dos efeitos da radiação nas glândulas salivares e também quando esses pacientes têm uma dieta mais cariogênica. (SILVA *et al.*, 2009). Observe a Figura 10 em que os dentes têm lesões de cárie nas regiões cervicais dos dentes.

Figura 10: (A) Presença de cárie relacionada à radiação nas faces cervicais dos dentes.
(B) Presença de cárie relacionada à radiação nas faces oclusais dos dentes.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

Para prevenção da cárie relacionada à radiação, é importante que o paciente tenha realizado uma adequação de meio bucal antes do tratamento de radioterapia, utilize o protocolo de bochechos já mostrado neste curso, e realize a aplicação do flúor em gel a 1%, uma vez ao dia, e consultas periódicas com a(o) cirurgiã(ão)-dentista. Também é importante que o paciente tenha hábitos de higiene oral reforçados, sempre escovando os dentes com dentifríco fluoretado e uso de fio dental. Orientação quanto a consumo de alimentos e bebidas com restrição de açúcares também deve ser fornecida (SILVA, 2009).

4.7 Infecções oportunistas

As infecções por micro-organismos oportunistas acontecem devido à neutropenia decorrente do tratamento do câncer, são comuns e tendem a potencializar os sinais e sintomas, contribuindo significativamente para morbidade do paciente.

Você conhece?

Neutropenia é o nível muito baixo dos neutrófilos, sendo a resposta inflamatória a infecções ineficaz, pois os neutrófilos são as principais defesas do corpo contra as infecções bacterianas e as infecções fúngicas. Esse quadro pode ser diagnosticado através do hemograma e a gravidade da neutropenia está relacionada com o risco relativo de infecção, sendo classificada como:

- **Leve** (1.000 a 1.500/ μ l)
- **Moderada** (500 a 1.000/ μ l)
- **Grave** (< 500/ μ L)

Nos pacientes oncológicos, a neutropenia pode ser induzida pelo tipo de câncer que afeta diretamente a medula óssea, incluindo leucemia, linfomas e mieloma ou neutropenia induzida pela quimioterapia. Sendo rotina o médico solicitar exames de sangue regulares. Dependendo do tipo de tratamento quimioterápico, a neutropenia apresenta um tempo de ciclo diferente, no geral ocorrendo de 3 a 7 dias após a realização da sessão de quimioterapia, deixando o paciente mais vulnerável a infecções e, após 14 dias da sessão de quimioterapia, o número de neutrófilos volta a subir. Sinais de neutropenia são: febre, arrepios, dor na garganta, dor abdominal, diarreia, dor e ardor ao urinar, tosse, vermelhidão em torno de um corte ou do cateter (RICE; JUNG, 2018).

São algumas infecções oportunistas:

- **Candidíase oral:** infecções fúngicas, ocasionadas principalmente pela espécie *Cândida*. Clinicamente essas infecções podem se manifestar de várias formas, sendo as mais comuns: a candidíase pseudomembranosa, em que os aspectos clínicos são de placas brancas, removíveis à raspagem. O paciente pode relatar sensação de queimação; e a candidíase eritematosa, que se apresenta como áreas irregulares ou difusas do eritema, ocorrendo frequentemente no palato. A figura 11 abaixo mostra fotografia intrabucal de paciente com mucosite oral grau 01 associada à candidíase oral em língua (WONG, 2014).

Figura 11: Paciente com mucosite oral grau 01 associada a candidíase oral em língua. Presença de áreas eritematosas em borda de língua com áreas esbranquiçadas removíveis à raspagem.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

- **Infecções virais, como vírus herpes simplex (HSV), vírus varicela zoster (VZV) e citomegalovírus (CMV):** se tornam clinicamente evidentes após a reativação do vírus. Pacientes infectados por HSV apresentam recorrência de 7 a 14 dias após a quimioterapia, clinicamente apresentando vesículas que ulceram. As infecções pelo VZV, também conhecido como herpes zoster, têm apresentação clínica de lesões que aparecem em pele ou em cavidade oral com presença de vesículas em base eritematosa, podendo ocorrer dentro da região inervada pelo trigêmeo e se manifesta após o término da quimioterapia, com lesões dolorosas generalizadas que duram até uma semana. As manifestações clínicas bucais da infecção pelo CMV podem ser vistas como ulcerações pseudomembranosas irregulares, juntamente com manifestações clínicas comuns como esofagite, gastrite, colite, hepatite, pneumonia, podendo ter febre associada, mas que geralmente desaparece em três a cinco dias (WONG, 2014). A Figura 12 abaixo mostra as condições bucais de paciente em tratamento de quimioterapia, apresentando infecção por HSV:

Figura 12: Infecção por HSV em paciente imunossuprimido em tratamento com quimioterapia.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

As(os) cirurgiãs(ões)-dentistas da APS são importantes para o diagnóstico destas infecções em cavidade oral e, juntamente com equipe médica, em tratamento multidisciplinar, devem indicar melhor tratamento medicamentoso com antifúngico, antivirais específicos para cada caso.

4.8 Trismo

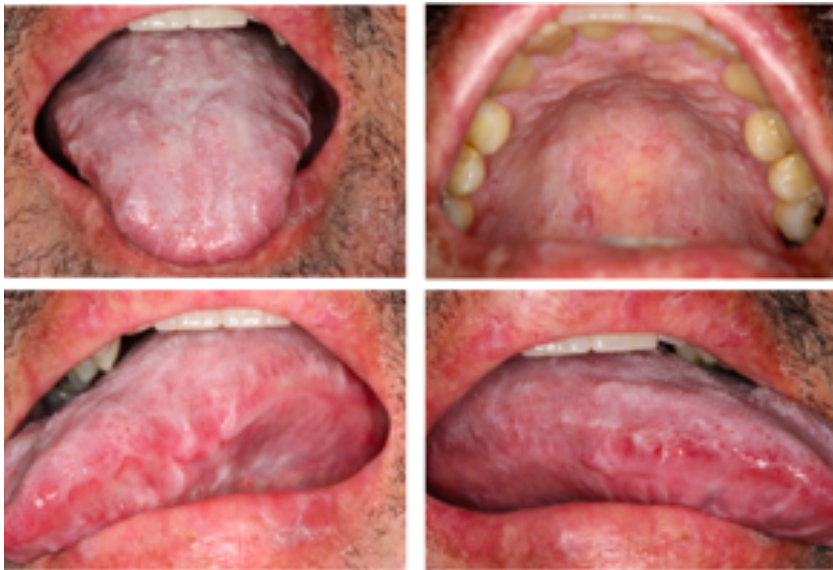
Na radioterapia de cabeça e pescoço, a articulação temporomandibular e os músculos da mastigação podem sofrer fibrose e contratura devido à radiação ionizante resultando em trismo. A incapacidade gradual de abrir a boca para realização das funções normais, como falar e mastigar, também compromete a higiene bucal. Todos esses fatores geram desconforto e reduzem a qualidade de vida do paciente (JOHNSON *et al.*, 2010). Para amenizar o trismo, é importante referenciar o paciente para atendimento com fisioterapeuta na RAS.

4.9 Doença do enxerto versus hospedeiro

A doença do enxerto versus hospedeiro é uma complicação do transplante de medula óssea que apresenta manifestações clínicas, patológicas e imunológicas. Resulta de interações imunológicas complexas entre o indivíduo e as células do transplantado. A doença do enxerto versus hospedeiro pode ser aguda ou crônica, dependendo do tempo de ocorrência das manifestações clínicas, mais frequentemente ocorrendo 100 dias ou mais após o transplante. As manifestações clínicas podem ser limitadas, como envolvimento da pele localizada ou disfunção hepática, e extensas, afetando múltiplos órgãos (JAMIL; MINEISHI, 2015).

A cavidade oral pode ser o primeiro local acometido e as manifestações clínicas intrabucais são: eritema, ulceração, mucosa atrófica, alterações liquenóides, disfunção das glândulas salivares, diminuição da abertura de boca em razão de alterações de esclerodermia e infecções. Deve ser realizado diagnóstico diferencial com infecções virais, toxicidade por drogas e líquen plano, e, em muitos casos, há necessidade de realizar biópsia de tecido mole para definir o diagnóstico (JAMIL; MINEISHI, 2015). As(os) cirurgiãs(ões)-dentistas da APS são importantes no diagnóstico, referenciando os pacientes a Atenção Especializada Hospitalar, CACON ou UNACON para o tratamento dessas lesões. Na Figura 13 abaixo, ilustramos um paciente com doença do enxerto versus hospedeiro em cavidade oral, após o transplante de medula óssea.

Figura 13: Alterações em cavidade oral por doença do enxerto versus hospedeiro.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

4.10 Osteonecrose por medicamentos

Acomete pacientes após o uso de medicamentos que incluem agentes antirreabsortivos e antiangiogênicos usados na terapia antitumoral e no tratamento de outras doenças. Esses medicamentos causam remodelação óssea e antiangiogênese no tratamento de tumores malignos. A remodelação óssea é um processo fisiológico de equilíbrio entre a deposição (atividade osteoblástica) e a reabsorção (atividade osteoclástica) desse tecido, sendo o processo patológico um desequilíbrio dessas atividades (Ribeiro et al., 2018).

A osteonecrose por medicamentos é definida clinicamente pela exposição do osso necrótico, mas as seguintes características também devem estar presentes: o paciente deve estar em tratamento ou ter sido submetido a um tratamento prévio com agentes antireabsortivos ou antiangiogênicos, presença de osso exposto ou osso que pode ser sondado através de fístula intra e extraoral que persiste por mais de oito semanas. Ela ocorre em pacientes que não apresentam histórico de radioterapia ou lesões metastáticas nos ossos maxilares (Ribeiro et al., 2018).

Os bisfosfonatos são análogos sintéticos de um regulador endógeno da mineralização óssea. São classificados, segundo sua composição, em não nitrogenados, assemelhando-se ao pirofosfato orgânico (clodronato e etidronato) e em nitrogenados (alendronato, rezidronato e zoledronato). De acordo com a via de administração, podem ser via oral ou via intravenosa, sendo que os pacientes que receberam bisfosfonatos por via intravenosa apresentam uma maior taxa de risco de desenvolver osteonecrose (RIBEIRO *et al.*, 2018).

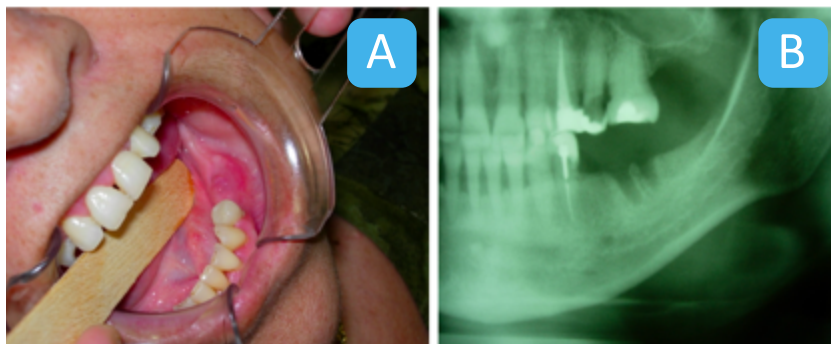
Esta medicação apresenta dose cumulativa no organismo, conferindo risco ao desenvolvimento da osteonecrose. Em pacientes com história de doença oral inflamatória, como abscesso periodontal, presença de infecção aguda ou crônica, há maior risco de desenvolver osteonecrose. Importante ressaltar que exodontias ou cirurgias ósseas (implantes) são os principais fatores locais relacionados à osteonecrose. Sendo assim, o atendimento odontológico prévio à radioterapia é fundamental na prevenção deste tipo de necrose óssea.

Outro medicamento é o inibidor de RANK-L (Denosumabe), que possui em sua composição uma das proteínas ativadoras de osteoclastos, anticorpo que impede a ligação de RANK-L ao seu receptor nuclear, ocasionando uma inibição dos osteoclastos dificultando a regeneração óssea. Esse tipo de medicamento apresenta um efeito dose-dependente menor que dos bisfosfonatos (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Antes do tratamento com medicamentos antirreabsortivos, para prevenir a osteonecrose por medicamentos, os pacientes devem ir à(ao) cirurgiã(ão)-dentista na APS e realizar exame da cavidade bucal, para realização de procedimentos clínicos odontológicos necessários para evitar focos de infecção, receber orientações de higiene oral adequada e remover os fatores traumáticos da cavidade oral (BRASIL, 2018).

É necessário evitar que, durante e após o tratamento com as medicações, não seja necessário realizar manipulação do osso, como por exemplo quando se realiza exodontias. Na Figura 14 abaixo, observe um caso de paciente que fez uso de Zometa para tratamento de metástase óssea do câncer e apresentou fratura dentária, necessitando realizar exodontia do dente. Observe a imagem clínica e radiográfica após três meses da exodontia, não apresentando correta cicatrização e remodelação óssea.

Figura 14: (A) imagem clínica (B) imagem radiográfica, podemos observar a não remodelação óssea do alvéolo, mesmo após três meses da exodontia.



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

As(os) cirurgiã(s)-dentistas da APS devem, durante a anamnese de todos os pacientes, questionar sobre o uso de medicações antirreabsortivas. Para os pacientes que irão utilizar esta medicação, devem realizar a adequação bucal prévia ao uso e orientar sobre os riscos de desenvolvimento da osteonecrose. Para os pacientes diagnosticados com osteonecrose por medicamentos na APS, devem ser referenciados para o CEO ou a Atenção Especializada Hospitalar. (BRASIL, 2018).

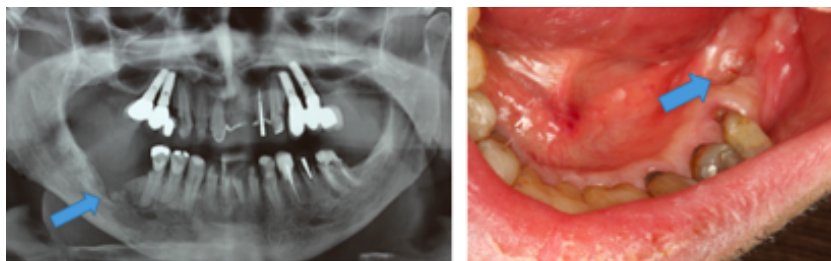
4.11 Osteorradionecrose

Pacientes submetidos a radioterapia em região de cabeça e pescoço podem desenvolver osteorradionecrose como um efeito colateral tardio. Devido à radiação, ocorrerá mudanças irreversíveis no tecido ósseo dos maxilares, apresentando um estreitamento dos canais vasculares, tornando a vascularização diminuída, com baixo teor de oxigênio no tecido e deixando o tecido com dificuldade de remodelação óssea (SANTOS *et al.*, 2015). A osteorradionecrose pode

acontecer espontaneamente, mas na maioria dos casos ocorre induzida por manipulação óssea, principalmente na realização de exodontias.

O risco depende da dose e do campo de radiação, dente extraído (ex. molares inferiores são mais relacionados). Clinicamente, o paciente com osteorradionecrose pode apresentar dor, fístula, supuração, sequestro ósseo, fratura patológica. Observe, na Figura 15 abaixo, imagem clínica e radiográfica de osteorradionecrose.

Figura 15: Osteoradionecrose em mandíbula



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Dr. Fábio de Abreu Alves

Para tratamento da osteorradionecrose, terapias combinadas deverão ser adotadas, incluindo antibióticos, corticosteroides, debridamento ósseo e ressecção cirúrgica seguida por reconstrução, que deve ser realizada pelo especialista em cirurgia bucomaxilofacial (CARIOLATTO *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Para a(o) cirurgiã(ão)-dentista da APS, o mais importante é realizar o preparo do meio bucal antes do tratamento oncológico e o encaminhamento para os centros de oncologia com cirurgiãs(ões)-dentistas especializadas(os) e com maior suporte técnico para realização do tratamento (BRASIL, 2018).

5. APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO:SEGUIMENTO REGULAR PARA MANTER A SAÚDE BUCAL

Após o término do tratamento oncológico, o paciente deve manter o acompanhamento regular com a(o) cirurgiã(ão)-dentista para:

- Manutenção da saúde bucal;
- Prevenção de infecções oportunistas, principalmente em pacientes que realizaram quimioterapia e transplante de medula óssea;
- Diagnóstico e tratamento de efeitos colaterais tardios, como cárie de radiação, xerostomia, dentre outros.

6. PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em alguns casos o prognóstico não é bom, e os pacientes podem evoluir para uma condição extrema, necessitando de cuidados para alívio de dor e para proporcionar melhor qualidade de vida.

Cuidados paliativos são definidos como terapia de cuidado para promover a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares por meio da prevenção e alívio do sofrimento, diante de uma doença ameaçadora da vida (ANCP, 2012).

Você deve estar se perguntando, e eu, como cirurgião-dentista da APS, posso estar atuando frente a um paciente em cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos devem ser realizados por uma equipe multiprofissional, cirurgiã(ão)-dentista da USF irá atuar aliviando dor e desconforto em bucal, seja através de um atendimento domiciliar ou mesmo na USF. A Equipe de Saúde da Família em alguns municípios poderá solicitar o serviço de atendimento domiciliar, com equipe multiprofissional, para realização de atendimento domiciliar das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. Quando a família está devidamente preparada e amparada pela equipe da APS e/ou pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), a indicação de hospitalização deverá ser avaliada em função de objetivos de cuidado de cada caso (BRASIL, 2020). Os SADs são operacionalizados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que oferecem cuidados considerados complementares aos realizados na APS e em serviços de urgência, bem como substitutivos ou complementares à internação hospitalar (BRASIL, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a Equipe de Saúde Bucal (eSB) deve atuar na identificação de grupos de risco e detectar precocemente lesões potencialmente malignas para que indivíduos não desenvolvam câncer de cabeça e pescoço. Também é importante que a eSB realize ações de promoção, prevenção e educação em saúde para que as pessoas entendam quais os riscos de hábitos não-saudáveis e câncer.

Vimos como os pacientes oncológicos sentem dor e desconforto em boca, necessitando da atuação da equipe de saúde bucal conjuntamente a outros profissionais da equipe de saúde da família, tanto no atendimento prévio à realização, quanto durante e após do tratamento oncológico. Esses atendimentos devem ser sempre acompanhados por equipe multiprofissional, devido a efeitos colaterais que possam debilitar o paciente e relacionados à saúde bucal.

Agora que você compreende sobre a importância da atuação da Equipe de Saúde Bucal em relação aos pacientes oncológicos, principalmente com relação à adequação do meio oral e a possíveis efeitos colaterais durante e após o tratamento oncológico, poderá instruir e tratar esses pacientes da área de abrangência da sua Equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, N. G. *et al.* Factors associated with clinical characteristics and symptoms in a case series of oral lichen planus. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v. 52, n.º 1, e1-6, jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 96 p

CAMARGO-CANCELA, M. *et al.* Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population- based incidence. **Head Neck**, Nova Iorque, v. 32, n.º 3, p. 57-67, mar. 2010.

CARIOLATTO, F. A. *et al.* Recommendations for the prevention of biphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a systematic review. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, St. Louis, v. 12, n.º 2, p. 142-152, jun. 2018.

CARVALHO, R.; PARSONS, H. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 2a. ed. Rio de Janeiro, RJ, 2012.

CARVALHO, P. A. G. *et al.* Evaluation of low-level laser therapy in the prevention and treatment of radiation-induced mucositis: A double-blind randomized study in head and neck cancer patients. **Oral Oncology**, Oxford, v. 47, n.º 12, p. 1176-1181, dez. 2011.

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). **Supportive Care in Cancer**, Berlim, v. 23, n.º 1, p. 223–236, jan. 2015.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 5ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informativo **Deteção Precoce**. BOLETIM ANO 5, n.º 3, set./dez. 2014.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA.. **Diretrizes para a deteção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019b.

JAGUAR, G. *et al.* Clinical features and preventive therapies of radiation-induced xerostomia in head and neck cancer patient: a literature review. **Applied Cancer Research**, São Paulo, v. 37, n.º 31, ago. 2017.

JAMIL, M. O.; MINEISHI, S. State-of-the-art acute and chronic GVHD treatment. **International Journal of Hematology**, Tóquio, v. 101, n.º 5, p. 452-466, mai. 2015.

JOHNSON, J., *et al.* Trismus in head and neck cancer patients in Sweden: incidence and risk factors. **Medical Science Monitor**, Warsaw, v. 16, n.º 6, p. 278 – 282, jun. 2010.

JOSHI, V. K. **Dental treatment planning and management for the mouth cancer patient.** *Oral Oncology*, Oxford, v. 46, n.º 6, p. 475-479, jun. 2010.

KING, S. N. *et al.* Pathophysiology of radiation-induced dysphagia in head and neck cancer. **Dysphagia**, Nova Iorque, v. 31, n.º 3, p. 339–351, jun. 2016.

KREIMER, A. R. *et al.* Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: A systematic review. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, Filadélfia, v. 14, n.º 2, p. 467–475, fev. 2005.

LIU, D. *et al.* Non-Invasive Techniques for Detection and Diagnosis of Oral Potentially Malignant Disorders. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**, Sendai, v. 238, n.º 2, p. 165-177, fev. 2016.

MIRANDA, A. M. *et al.* Value of videoroscopy in the detection of alterations of Actinic Cheilitis and the selection of biopsy areas. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valência, v. 20, n.º 3, e292-7, mai. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 874, 17 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n.º 94, p. 129, 17 mai. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 516, 17 de junho de 2015. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n.º 114, p. 61, 18 jun. 2015.

MOURA, M. A. *et al.* The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. **BMJ Open**, Londres, v. 4, n.º 2, e003736, fev. 2014.

RIBEIRO, G. H., et al. Osteonecrosis of the jaws: a review and update in etiology and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 84, n.º 1, p. 102-108, jun. 2017.

RICE, L.; JUNG, M. Neutrophilic Leukocytosis, Neutropenia, Monocytosis, and Monocytopenia. *In*: SILBERSTAIN, L. E. *et al.* **Hematology: Basic Principles and Practice**. 7ª ed. Filadélfia, PA: Elsevier, 2018. p. 675-681.

SANTOS, R. et al. Osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 20, n.º 2, p. 232-237, mai./ago. 2015.

SILVA, A. R. S. *et al.* Patterns of demineralization and dentin reactions in radioation-related caries. **Caries Research**, Basel, v. 43, n.º 1, p. 43-49, jan. 2009.

SPEIGHT, P. M.; KHURRAM, S. A.; KUJAN, O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, Nova Iorque, v. 125, n.º 6, p. 612-627, jun. 2018.

VILLA, A.; SONIS, S. T. Mucositis: pathobiology and management. **Current Opinion in Oncology**, Filadélfia, v. 27, n.º 3, p. 169-174, mai. 2015.

WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, Oxford, v. 45, n.º 4-5, p. 317-323, abr./mai. 2009.

WAAL, I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable?. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valência, v. 19, n.º 4, e386-e390, jul. 2014.

WALLADBEGI, J. *et al.* Cooling of the oral mucosa to prevent adverse effects of chemotherapeutic agents: an in vitro study. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Copenhagen, v. 47, n.º 5, p. 477–483, mai. 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Handbook for reporting results of cancer treatment**. N.º 48. Genebra: WHO offset publication, 1979. 45 p. ISBN 9241700483.

WONG, H. M. Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. **The Scientific World Journal**, Nova Iorque, v. 2014, ID 581795, p. 1-14, 2014.

ZECHA, J., *et al.* Low level laser therapy/photobiomodulation in the management of side effects of chemoradiation therapy in head and neck cancer: part 1- mechanisms of action, dosimetric, and safety considerations. **Supportive Care in Cancer**, Berlim, v. 24, n.º 6, p. 2781–2792, jun. 2016.

