



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

GABRIELA CERQUEIRA VARGAS

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES
DO SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS

Palmas - TO

2019

GABRIELA CERQUEIRA VARGAS

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES
DO SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Tássia Silvana Borges

Palmas - TO

2019

Gabriela Cerqueira Vargas

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM PACIENTES
DO SETOR DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Tássia Silvana Borges

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tássia Silvana Borges

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Me. José Afonso de Almeida

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Profa. Dra. Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2019

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus por ter me dado a oportunidade de conhecer e aprender com pessoas muito especiais, não apenas no sentido profissional mas também no pessoal. Agradeço a minha família pela paciência e incentivo ao estudo. Lógico que não poderia deixar de citar aqueles que mais se fizeram presente no decorrer da criação deste trabalho, minha mãe, Adriane Cerqueira Rodrigues, obrigada por acreditar, incentivar e me fazer mais forte, meu irmão João Marcos Cerqueira Vargas pela paciência e mesmo me irritando, sei que sempre torceu por mim, e meu pai que mesmo não sendo presente todos os dias é um incentivador ao estudo. Todos da minha família, saibam que vocês foram extremamente especiais na construção desse trabalho.

Na pesquisa encontrei profissionais exemplares que me ensinaram sem menor receio, me mostraram que essa área apesar de triste é acolhedora. Obrigada a toda equipe da odontologia oncológica do HGP, por me receber sem menor receio, e por cada palavra de aprendizado, e me mostrar que o serviço público apesar de difícil tem sim como funcionar. Vocês tem minha total admiração. E lógico a minha orientadora maravilhosa, que com paciência e sabedoria me conduziu a construção desse trabalho, muito obrigada Dra. Tássia Silvana Borges.

Esse trabalho teve muitas pessoas especiais envolvidas, mas toda a dedicação e empenho para a construção dele é em homenagem à mulher que eu mais admiro e que mais faz falta na minha vida, minha vó TT (Terezinha Cerqueira Rodrigues), mulher sabia e de uma fé inabalável, ela enfrentou o câncer com garra e coragem, os efeitos presentes neste trabalho foram vividos por ela, mas nunca vi ela abatida e lamentando. O câncer é uma doença triste e que não afeta apenas o paciente mas também todo ciclo familiar. Querer dar uma melhoria na qualidade de vida para os atingidos por essa doença foi meu objetivo, e continuará sendo na minha vida profissional.

Descobri através desse trabalho que trabalhar nessa área é sim difícil e triste, mas pode ser um lugar de acolhimento, esperança e amor.

Obrigada

RESUMO

VARGAS, Gabriela Cerqueira. **Principais Procedimentos Odontológicos Realizados em Pacientes do Setor de Oncologia do Hospital Geral de Palmas.** 2019. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

O câncer é uma doença em que as células do organismo crescem de forma descontrolada, formando um tumor que se pode espalhar a diferentes partes do corpo. Este trabalho teve o propósito de analisar e documentar os principais procedimentos odontológicos realizados nos pacientes do setor de oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP) – Tocantins durante o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018. A metodologia realizada foi através da análise dos prontuários e dos cadernos de registro dos procedimentos odontológicos, especificamente da ficha odontológica dos pacientes internados no setor de oncologia do HGP. Posteriormente, os dados foram tabulados no Excel e transferidos para o programa (*SPSS*) v.20.0, com apresentação em forma de gráficos e tabelas. Os resultados encontrados mostraram que a maior prevalência dos pacientes do setor era do sexo masculino e a média de idade de 53,75 anos. Os pacientes apresentavam 36 regionalidades diferente, entre Palmas a capital do Tocantins, cidades interioranas e outros estados. Entre as neoplasias mais frequentes está o câncer de mama com uma frequência de 17,1%, cabeça e pescoço com frequência de 8,1%, leucemias (LLC e LMA) com 6,2%, colo de útero igualmente e próstata com frequência de 4,7%. Os procedimentos mais realizados foram prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool, pedido de radiografia panorâmica, exodontias restauração de uma face com resina fotoativada e raspagem subgingival. Para procedimentos pós início do tratamento antineoplásico tivemos a laserterapia, restauração de uma face com resina fotoativada, raspagem subgingival, restauração de duas ou mais faces com resina fotoativada e exodontias. Com nossa pesquisa concluímos que o tratamento odontológico com uma exposição da saúde bucal no contexto geral da saúde não acontece apenas antes do tratamento antineoplásico mas também durante e após. O protocolo proposto pela equipe odontológica oncológica do HGP é eficiente e satisfatório na prevenção e melhora do meio bucal para o tratamento antineoplásico mostrando-se eficiente e de qualidade.

Palavras chaves: procedimentos odontológicos, quimioterapia, radioterapia, manifestações bucais, pacientes oncológicos.

ABSTRACT

VARGAS, Gabriela Cerqueira. **Main Dental Procedures Performed in Patients of the Oncology Sector of the General Hospital of Palmas.** 2019. 64f. Course Completion Work (Undergraduate) – Dentistry Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas/TO, 2019

Cancer is a disease in cells of the body grow uncontrollably in a tumor that can spread in different parts of the body. This study aimed to analyze and document the main dental procedures performed in the patients of the oncology sector of the General Hospital of Palmas (HGP) - Tocantins during the period from January 2018 to December 2018. The methodology was performed through the analysis of medical records and records of dental procedures, specifically dental records of patients hospitalized in the oncology sector of HGP. Subsequently, the data were tabulated in Excel and transferred to the program (SPSS) v.20.0, with presentation in the form of graphs and tables. The results showed that the highest prevalence of the patients in the sector was male and the mean age was 53.75 years. The patients presented 36 different regionalities, between Palmas the capital of Tocantins, interior cities and other states. Among the most frequent neoplasms is breast cancer with a frequency of 17.1%, head and neck with a frequency of 8.1%, leukemias (LLC and AML) with 6.2%, cervix equally and prostate with frequency of 4.7%. The most commonly performed procedures were chlorhexidine prescriptions at 0.12% without alcohol, panoramic radiography request, restorations of one face with photoactivated resin and subgingival scaling. For procedures after the start of the antineoplastic treatment we had laser therapy, restoration of one face with photoactivated resin, subgingival scaling, restoration of two or more faces with photoactivated resin and exodontia. With our research we conclude that dental treatment with oral health exposure in the general context of health does not only happen before the antineoplastic treatment but also during and after. The protocol proposed by the HGP oncological dental team is efficient and satisfactory in the prevention and improvement of the oral environment for the antineoplastic treatment, being efficient and of quality.

Keywords: dental procedures, chemotherapy, radiation therapy, mouth manifestations, cancer patients.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HGP – Hospital Geral de Palmas

QT – Quimioterápicos

RT – Radioterápicos

LLC- Leucemia Linfóide Crônica

LMA- Leucemia Mieloide Aguda

DANT- Doenças e Agravos Não Transmissíveis

SUS - Sistema Único de Saúde

CEULP/ULBRA- Centro Universitário Luterano de Palmas

DNA- Ácido desoxirribonucleico

HPV -vírus humano

HBV- vírus da hepatite B

HBC- vírus da hepatite C

HIV- vírus da imunodeficiência humana

H.PYLORI- Helicobacter pylori

UICC- Union for International Cancer Control

OMS- Organização Mundial da Saúde

RCBP- Registros de Câncer de Base Populacional

RHC- Registros Hospitalares de Câncer

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

DHFR- Dihydrofolate reductase

ASTRO- American Society for Radiation

IMRT - Radioterapia de intensidade modulada

PTV- volume alvo de platina

GTV- volume tumoral bruto

IGRT- radioterapia guiada por imagem

MO- mucosite oral

UNACON - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CACON- Centro de Assistência Especializada em Oncologia.

NEP- Núcleo de Educação Permanente

INCA – Instituto Nacional de Câncer

HSV - Vírus herpes simplex

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2 HIPÓTESES	13
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral.....	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
1.4 JUSTIFICATIVA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3 METODOLOGIA	37
3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)	37
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	37
3.3 OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	37
3.5 VARIÁVEIS.....	38
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
3.7.1 Riscos.....	39
3.7.2. Benefícios.....	39
3.7.3 Desfechos.....	39
3.7.3.1 Primário.....	39
3.7.3.2 Secundário.....	39
4 RESULTADOS	40
5 DISCUSSÃO	44

CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	57

1. INTRODUÇÃO

Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro (SIA/SUS, 2011), sendo essa a definição mais coerente da doença.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2018).

Assim, configurando-se o câncer como um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (OSTENE et al., 2008). No Brasil, ele representa a segunda causa de morte por doença, apenas ultrapassado pelas doenças cardiovasculares (SOUZA; FORTES, 2012). As estatísticas mundiais mostram que, no ano 2000, ocorreram 10 milhões de novos casos de câncer, e que 6,2 milhões de pessoas morreram por essa causa, correspondendo a 12% do total de mortes por todas as causas em todo o mundo (OSTENE et al., 2008). A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%) (ABC DO CÂNCER, 2011). Para o biênio 2012/2013, eram esperados, anualmente, 518 mil novos casos de câncer no Brasil (BONFANTE, 2014). Já para os anos de 2018/2019 são esperados ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano (INCA, 2018). Para o Brasil, estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente na Região Sudeste. Sendo o câncer do lábio mais comum em pessoas brancas e ocorre mais frequentemente no lábio inferior.

Diferentes mecanismos terapêuticos têm sido utilizados no tratamento de tumores malignos. Cirurgia, quimioterapia e radioterapia, assim como o transplante de medula óssea, isolados ou combinados, representam os tratamentos mais comuns (OSTENE et al., 2008). Idealmente, o agente quimioterápico deveria destruir somente células malignas. Porém, os medicamentos antineoplásicos também podem provocar, inevitavelmente, alguma destruição aos tecidos normais, particularmente naqueles sítios em que há uma rápida divisão celular, entre eles a mucosa oral (NASCIMENTO et al., 2013). Cerca de 70% dos pacientes com câncer

farão uso da quimioterapia durante o tratamento, destes, 40% desenvolverão complicações bucais, uma vez que os quimioterápicos atuam nas células em proliferação, sem distinguir as células malignas das células normais da mucosa bucal (LOPES, 2012).

Os efeitos adversos dos quimioterápicos e radioterápicos estão relacionados a atividades citotóxicas contra células não cancerosas do corpo, resultando em condições anatômicas e funcionais como disfagia, vômitos, diarreia, desnutrição, artralgia, exantema, toxicidade cardíaca, toxicidade renal, alopecia, hemorragia, anemia e mielossupressão (CARREÓN-BURCIAGA et al., 2018). Variáveis relacionadas com a terapia, como o tipo de droga, a dose e frequência do tratamento, juntamente com variáveis relacionadas ao paciente, como a idade, diagnóstico e o nível de higiene bucal antes e depois do tratamento, afetam a frequência com que os pacientes submetidos à quimioterapia apresentam problemas bucais (LOPES, 2012). Entre os efeitos adversos da quimioterapia na mucosa oral reportados estão a mucosite, desconforto oral, dor, sangramento espontâneo, petéquias, hipofunção das glândulas salivares e boca seca, alterações no paladar, maior suscetibilidade à infecções por bactérias, fungos e vírus, além de mudanças da microflora oral, que se torna potencialmente mais patogênica (NASCIMENTO et al., 2013).

Em geral, pacientes oncológicos apresentam necessidades odontológicas significativas que demandam atendimento prévio à oncoterapia. O objetivo do tratamento é eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer, como também, acompanhar o possível surgimento de sequelas resultantes do tratamento oncoterápico (VIEIRA et al 2013.)

A prevenção e tratamento das complicações orais da terapia antineoplásica são importantes para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos do tratamento. O cirurgião-dentista é o responsável pelo preparo e acompanhamento da saúde bucal antes, durante e após a terapia oncológica, desempenhando um papel importante na melhoria da qualidade de vida desses pacientes (OSTENE et al., 2008). Promover a saúde bucal ajuda a minimizar o risco das sequelas oncoterápicas, que podem dificultar ou impedir a continuidade do tratamento e impactar negativamente na qualidade de vida (VIEIRA et al; 2013.)

A principal razão para que o controle da dor seja uma prioridade no tratamento do câncer é o impacto positivo em sobrevida e qualidade de vida. O controle satisfatório da dor também contribui para que o paciente tolere melhor, e por mais tempo o tratamento oncológico (WIERMANN et al., 2014). Diante desses requisitos, o presente estudo tem como objetivo avaliação dos prontuários e do caderno de registro de procedimentos odontológicos dos paci-

entes do setor da oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP) – Tocantins durante o período de um ano, janeiro de 2018 / dezembro de 2018.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Quais os principais procedimentos odontológicos realizados em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico do setor de oncologia do Hospital Geral de Palmas?

1.2 HIPÓTESES

H1: Os principais procedimentos odontológicos realizados são profilaxias; raspagens; restaurações e exodontias.

H2: Os pacientes submetidos aos tratamentos antineoplásicos apresentam uma média alta de consultas com o cirurgião dentista.

H3: Os pacientes submetidos aos tratamentos odontológicos têm um melhor prognóstico da doença sistêmica.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Avaliação dos prontuários e do caderno de registro de procedimentos odontológicos dos pacientes do setor da oncologia do Hospital Geral de Palmas (HGP) – Tocantins durante o período de um ano, janeiro de 2018 / dezembro de 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Descrever os procedimentos odontológicos mais frequentes nos pacientes do setor de oncologia;
- Descrever as características sociodemográficas dos pacientes do setor de oncologia que recebem tratamento do cirurgião-dentista.
- Conhecer protocolos utilizados pela equipe de odontologia oncológica do HGP.

1.4 JUSTIFICATIVA

A importância desse estudo se dá a partir da existência de lesões orais por consequência dos tratamentos antineoplásicos no qual os pacientes são submetidos. Estes que trazem desconforto e uma menor qualidade de vida e sobrevida. Com propósito de identificar quais são e a variação durante a terapia, para que o cirurgião dentista desempenhe um significativo papel no tratamento preventivo e curativo, este trabalho teve como objetivo a avaliação dos prontuários e do caderno de registro de procedimentos odontológicos dos pacientes do setor da oncologia do Hospital Geral de Palmas, que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta pesquisa se faz importante para conhecimento dos principais procedimentos realizados nos pacientes do setor de oncologia do HGP, trazendo benefícios para o cirurgião dentista e comunidade científica, sendo uma área de estudo nova dentro da odontologia, sendo conhecida como odontologia hospitalar. Além disso, nós cirurgiões dentistas precisamos ter um maior conhecimento das condições bucais e o manejo de pacientes oncológicos, já que também dentro do curso de odontologia do CEULP/ULBRA existe uma disciplina específica para esse conhecimento que é a odontologia hospital, e esses resultados poderão auxiliar nesta disciplina.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ONCOLOGIA

Oncologia é a área médica destinada para o estudo das neoplasias também conhecidas como câncer, desde sua etiologia à evolução. O câncer é um grupo de doenças determinada pela propagação e crescimento descontrolado de células anormais e a capacidade de invadir outros sítios orgânicos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018). Mutações ou alterações na molécula de DNA (ácido desoxirribonucleico) de uma célula normal, no qual se armazenam os genes que são responsáveis pelas características genéticas em todos os seres vivos, começam a receber orientações erradas e que em vez de morrerem dispara o processo de multiplicação defeituosa e desenfreada alterando seu desenvolvimento normal, tendo como característica o câncer (INCA, 2018).

Tais alterações no gene não precisam acontecer no par de genes do DNA, basta que um sofra mutação para que inicie o processo de carcinogênese (INSTITUTO VENCER O CÂNCER, 2018). Grande parte das neoplasias não acontecem por herança genética, e sim por modificações que este gene tenha sofrido em algum momento, relacionam-se estas alterações ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural (ABC DO CÂNCER, 2011). Desta forma, pode-se levar vários anos para que uma célula carcinogênica desenvolva e de origem a um tumor. Agentes cancerígenos podem resultar a partir de razões internas como hormônios ou o metabolismo de nutrientes dentro das células também tendo sistema imunológico comprometido e predisposição genética. As razões externas no qual o indivíduo deve ser submetido, a exposição prolongada e frequente, como o uso do tabaco ou exposição excessiva a produtos químicos, luz solar, ou radiação ionizante, vírus, alcoolismo, dieta inadequada e falta de exercícios físicos (INSTITUTO ONCOLOGIA, 2018).

O World Cancer Research Fund (2018) estimou que até um terço dos casos de câncer que ocorrem em países economicamente desenvolvidos como os Estados Unidos da América (EUA) estão relacionados com excesso de peso ou obesidade, inatividade física e / ou má nutrição e, portanto, também podem ser prevenidos. Certos tipos de câncer estão relacionados a doenças infecciosas, como o papiloma vírus humano (HPV), o vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

A exposição aos agentes cancerígenos não é uma circunstância necessária e suficiente para o surgimento do câncer, tendo indivíduos expostos a vários fatores causais e que não

desenvolvem a doença, e indivíduos sem exposição que desenvolvem tumores graves (INSTITUTO VENCER O CÂNCER, 2018). O câncer é considerado uma doença multicausal, podendo ter distintas causas, sendo elas consideradas necessárias ou causas predisponentes (INCA, 2018)

O comportamento biológico das células pode ser controlado ou não controlado, as neoplasias (câncer in situ e câncer invasivo) agem de forma não controladas. Estas, propagam de modo demasiado mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta, invadindo-o, possuem a capacidade para formar novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão as atividades de crescimento, foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e sendo autossuficiente à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem (INCA, 2018.)

O diagnóstico de câncer é feito a partir da história clínica e exame físico detalhados, e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida, utilizando exames endoscópicos. O tecido das áreas em que for notada alteração deverá ser biopsiado e encaminhado para confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico, realizado pelo médico anatomopatologista. A confirmação diagnóstica pelo exame histopatológico, a determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela acometidos constituem um conjunto de informações fundamentais para obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor, a escolha da terapia a ser utilizada, prevenir possíveis complicações, estimar um prognóstico, avaliar os resultados do tratamento (INCA 2011).

As neoplasias podem ser classificadas como benignas ou malignas. As benignas apresentam um crescimento de forma lenta e organizada com limites nítidos e não invadem tecidos vizinhos, porém, como toda neoplasia pode comprometer tecidos. Já as neoplasias malignas são formadas por células anaplásicas, tem o crescimento acelerado e descontrolado, sendo uma massa não delimitada, tendo capacidade de invadir tecidos vizinhos provocando metástase (INCA, 2018).

Tabela 1. Classificação dos tumores (INCA, 2011).

Tumor benigno	Tumor maligno
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas

Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

Para a classificação dos tumores malignos Pierre Denoix entre os anos de 1943 e 1952 desenvolveu o sistema TNM. Em 1950, a UICC nomeou um Comitê de Nomenclatura e Estatística de Tumores e adotou, como base para seu trabalho na classificação do estágio clínico, as definições gerais de extensão local dos tumores malignos sugeridas pelo Sub-Comitê de Registros de Casos de Câncer e Apresentação Estatística, da Organização Mundial da Saúde (OMS) (UICC, 2004). O sistema é uma 'anotação taquigráfica' para descrever a extensão clínica de um determinado tumor maligno.

O Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença tem por base a avaliação de três componentes:

T -a extensão do tumor primário

TX O tumor primário não pode ser avaliado

T0 Não há evidência de tumor primário

Tis Carcinoma in situ T1, T2, T3, T4 Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário

N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais N1, N2, N3 Comprometimento crescente dos linfonodos regionais

M - a ausência ou presença de metástase à distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada. M0 Ausência de metástase à distância M1 Metástase à distância (UICC 2004).

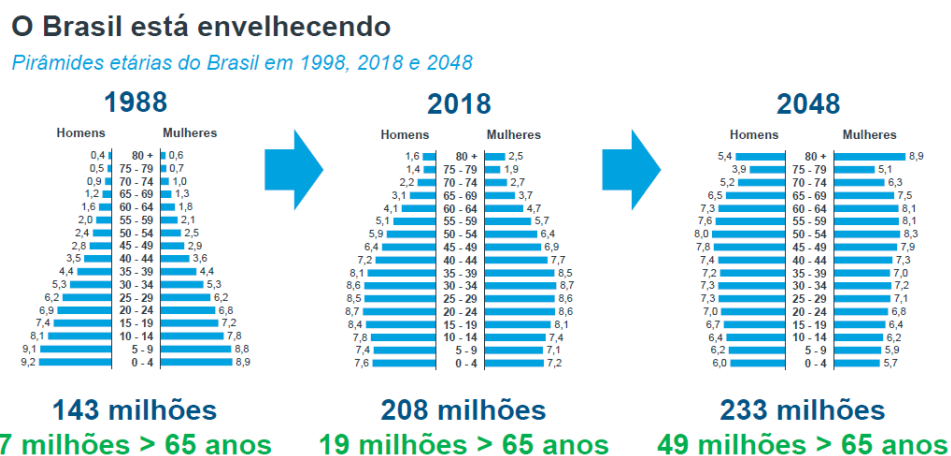
Em paralelo a classificação TNM tem-se a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia - CID-O, cuja, é composta por um sistema de códigos biaxial, sendo um código alfanumérico para designar a localização topográfica e outro numérico para especificar a morfologia. Os códigos de C00-C75 correspondem às neoplasias malignas primárias de localização especificadas, exceto aquelas dos tecidos linfóides, hematopoéticos e tecidos afins (C81 - C96). De C76-C80 estão os códigos referentes às neoplasias malignas de localização mal definidas, secundárias ou não especificadas. O código C97 foi destinado às patologias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias).

A nomenclatura dos tumores está relacionada com o tipo de célula de origem. Então o tipo de tumor depende do tecido de origem primária. Nos tumores benignos acrescentasse o sufixo –oma ao termo referente ao tecido. Em tumores malignos, considera-se a origem embrionária dos tecidos de que deriva o tumor. Porém além da origem histológica acrescentasse a localização do tumor. As exceções são a utilização do nome dos cientistas que descreveram primeiramente e a origem celular for descoberta tardiamente. E utilização de nomes sem citar que são tumores (UICC, 2004).

2.2 PREVALÊNCIA DO CÂNCER NO BRASIL E NO MUNDO

Nos últimos dez anos vem se visto o crescimento das doenças degenerativas crônicas, dentre elas o câncer, considerado um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer (STEWART; WILD, 2014). Isso se dá pela transição epidemiológica, mudanças na taxa de mortalidade e morbidade em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Fatores explicam a participação do câncer nessa mudança como a maior exposição aos agentes cancerígenos, prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento, redução do número médio de filho, melhoria das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades, aprimoramento dos métodos para se diagnosticar o câncer, o aumento no número de óbitos pela doença, a melhoria da qualidade e do registro da informação (INCA, 2009).

Gráfico 1. Pirâmides estarias do Brasil em 1998, 2018, 2048 (IQVIA 2018).



Informações sobre os números da doença e seu desfecho é importante para programas nacionais e regionais para o controle do câncer, além de pautar a agenda de pesquisa sobre câncer (STEWART; WILD, 2014). Uma base de informações confiável, que sustente e direcione a tomada de decisão. Informações precisas e constantemente atualizadas são importantes determinantes do processo saúde-doença. (INCA 2009). O Brasil produz as estimativas para a incidência de câncer desde 1995, com aprimoramento metodológico constante para o seu cálculo, a partir da melhoria da quantidade e da atualidade das informações dos RCBP (Registros de Câncer de Base Populacional), dos RHC (Registros Hospitalares de Câncer) e do Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) (INCA, 2018).

Estimativas de casos de câncer pode ser analisadas de diferentes aspectos, por localização primária do tumor, sexo e por região geográfica. (INCA, 2009). Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2013).

Para o Brasil, estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres. Diante disso, no Brasil, as “Diretrizes para Organização da Saúde Bucal no SUS” foram publicadas em 2004, instituindo o Programa Brasil Sorridente e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o que promoveu a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico e a oferta de serviços de atenção especializada, entre eles os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Estima-se, para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto, ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago.

O câncer de cabeça e pescoço, que em nível mundial representa cerca de 10% dos tumores malignos, envolve vários sítios, sendo que uma média de 40% dos casos ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% nas glândulas salivares e 13% nos demais locais (FREITAS, 2011).

O câncer de cavidade oral afeta sítios como, lábios e o interior da cavidade oral, o que inclui gengivas, mucosa jugal (bochechas), palato duro (céu da boca), língua (principalmente as bordas), assoalho da língua (região embaixo da língua) e amígdalas. (INCA 2009) estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Nas Regiões Sul (15,40/100 mil) e Norte (3,59/100 mil), ocupa a sexta posição (INCA, 2018).

Nos estágios iniciais dos tumores que se localizam em boca geralmente, os pacientes são assintomáticos, podendo disfarçar as condições benignas comuns da boca (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012; VIET et al., 2004). Com ênfase no diagnóstico e tratamento houve em 2004 no Brasil a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico e a oferta de serviços de atenção especializada criando as “Diretrizes para Organização da Saúde Bucal no SUS” instituindo o Programa Brasil Sorridente e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entre 2002 e 2015 houve um aumento expressivo da cobertura de saúde bucal em todas as Regiões do país com a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

A prevenção e rastreamento são as melhores formas de controlar o câncer, e cada localização tem sua particularidade de recomendações para detecção precoce e prevenção, para o câncer de cavidade oral o Ministério da Saúde em 2016, sancionou a Lei nº 13.230/2015 que Institui a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal, realizando anualmente na primeira semana de novembro. O evento tem como objetivos ações e prevenções, educações e ações voltadas para o câncer de boca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já para todo tipo de cancro, o Centro Internacional de Investigação do Cancro com o apoio financeiro do programa de saúde da União Europeia criaram em 2012-2013 juntamente com especialistas em oncologia, cientistas e outros peritos de toda a União Europeia, baseados em provas científicas, medidas que podem tomar por si ou pelas suas famílias a fim de reduzir o risco do cancro, criando assim o Código Europeu contra o cancro (ANEXO A).

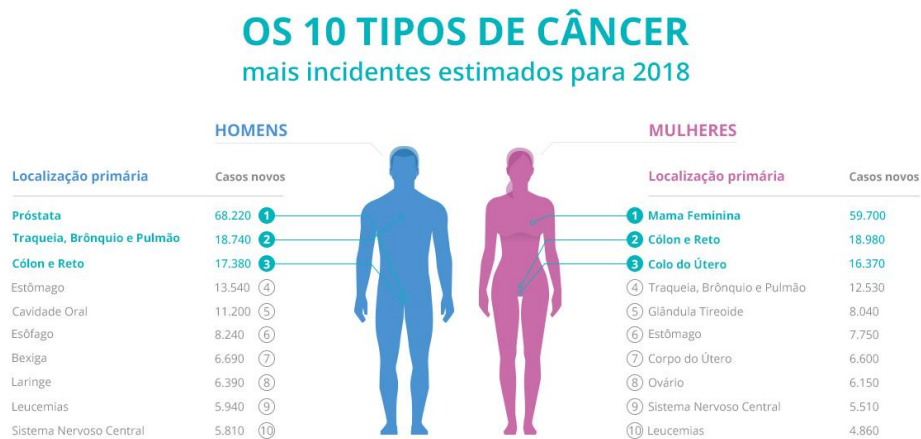
Figura 1. Incidência de Câncer no Brasil no sexo Masculino (INCA, 2018).



Figura 2. Incidência de Câncer no Brasil no sexo Feminino (INCA, 2018).



Figura 3. Os 10 tipos de câncer mais incidentes para 2018 (INCA, 2018).



Estimativas de incidência por 100 mil habitantes para o ano de 2018 e do número de novos casos de câncer, segundo sexo e localização.

Fonte: Inca

2.3 TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E RADIOTERÁPICO

O tratamento do câncer tem por finalidade a cura ou alívio dos sintomas da doença. Os tratamentos antineoplásicos mais utilizados são a radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Cada uma delas atua de uma maneira diferente, de forma que a cirurgia se restringe ao local do tumor, causando por vezes limitações funcionais e estéticas. Já a radioterapia possui efeito sitio-específico enquanto a quimioterapia possui efeito sistêmico (PAIVA et al. 2010).

2.3.1 Quimioterapia

O tratamento do câncer ainda é amplamente baseado no uso de drogas quimioterápicas para eliminar as células cancerígenas, reduzir o crescimento do tumor e aliviar a dor. De acordo com seu objetivo, pode ser curativa (quando usada com o objetivo de obter o controle completo do tumor), adjuvante (quando realizada após a cirurgia, com objetivo de eliminar as células cancerígenas remanescentes, diminuindo a incidência de recidiva e metástases à distância), neoadjuvante (quando realizada para reduzir o tamanho do tumor, visando que o tratamento cirúrgico possa ter maior sucesso) e paliativa (sem finalidade curativa, é utilizada para melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente) (ONCOGUIA, 2018).

Os primeiros medicamentos contra o câncer amplamente utilizados foram descobertos na década de 1940 como resultado do estudo de vítimas de guerra química durante as Guerras Mundiais I e II (CHEUNG-ONG et al., 2013).

O tratamento quimioterápico utiliza medicamentos anticancerígenos para destruir as células tumorais (SOUZA; FORTES, 2012). As drogas quimioterápicas direcionam as células em diferentes fases do processo de formação de novas células. Por ser um tratamento sistêmico, atinge não somente as células cancerosas como também as células saudáveis do organismo. Isso significa que as células normais são danificadas junto com as células cancerígenas, e isso causa efeitos colaterais. Cada vez que a quimioterapia é administrada, isso significa tentar encontrar um equilíbrio entre matar as células cancerosas e poupar as células normais. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

De acordo com Machado et al., (2000) as drogas quimioterápicas podem ser classificadas de acordo com a propriedade no ciclo celular e também conforme sua estrutura química e função em nível celular. Alguns medicamentos funcionam de mais de uma maneira e podem pertencer a mais de um grupo (AMERICAN CANCER SOCIETY 2016). Pode ser adminis-

trada por via endovenosa, injeção subcutânea, injeção intramuscular, via subaracnóidea ou via oral de drogas, que agem na proliferação celular, atingindo tanto as células benignas quanto malignas (SOUZA; FORTES, 2012).

Tabela 2. Propriedade dos compostos danificantes do DNA utilizado no tratamento do câncer (CHEUNG-ONG et al, 2013).

Droga	Modo de ação	Principais efeitos colaterais	Mecanismo de resistência
Cisplatina	Reticulador de DNA	Nefrotoxicidade, neurotoxicidade, ototoxicidade	Diminuição da absorção; aumento de efluxo; by-pass de replicação aprimorado; aumento da capacidade de reparo de DNA; aumento tolerância ao dano ao DNA; falha nos caminhos da morte
Carboplatina	Reticulador de DNA	Mielossupressão	
Oxaliplatina	Reticulador de DNA	Neurotoxicidade, toxicidade pulmonar, hepatotoxicidade	
Metotrexato	Previne a síntese de DNA inibindo a dihydrofolate reductase (DHFR)	Mielossupressão, toxicidade pulmonar, toxicidade gastrointestinal, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, neurotoxicidade	Aumento da expressão de DHFR; mutação em genes transportadores de folato
Doxorrubicina	Veneno de topoisomerase II	Cardiotoxicidade, mielossupressão, neurotoxicidade	MR-mediada por glicoproteína-P; expressão diminuída de topoisomerase I; melhoramento do reparo do DNA, diminuição da atividade devido ao aumento dos níveis de glutathione
Daunorrubicina	Veneno de topoisomerase II	Cardiotoxicidade; mielossupressão	

2.3.2 Radioterapia

A radioterapia é feita de forma ionizante, o meio iônico é ionizado tornando-se eletricamente instável. Essa radiação vai agir sobre o DNA nuclear levando a perda de sua capacidade reprodutiva ou a morte. O DNA duplica durante a mitose, nisso as células com grande capacidade de duplicação são mais radiosensíveis. Por estarem em constante atividade mitó-

tica às células neoplasias são mais susceptíveis às radiações. A dose necessária de radiação varia conforme a malignidade e localização da neoplasia (FREITAS, 2011).

A radioterapia é uma forma comum de tratamento do câncer. De acordo com a American Society of Radiation Oncology (ASTRO), dois em cada três pacientes com câncer são tratados com radioterapia, isoladamente ou em combinação com outros métodos terapêuticos, como cirurgia e quimioterapia. A radioterapia isolada ou combinada com a cirurgia, com a quimioterapia ou com ambas é uma modalidade terapêutica efetiva para muitas neoplasias malignas e apresenta taxas de sobrevida altas no tratamento do câncer em estádios I e II (ALBUQUERQUE; CAMARGO, 2007).

A radioterapia pode ter três objetivos distintos: curativo, remissivo e sintomático. Em aproximadamente 40% dos casos tem intenção curativa (LAZAREV et al., 2017.) Quando o objetivo do tratamento é extinguir todas as células neoplásicas, diz-se que a radioterapia utilizada é de caráter curativo, quando se deseja reduzir parte do tumor ou complementar o tratamento cirúrgico ou quimioterápico, usa-se a remissiva; a finalidade sintomática das radiações é indicada nos casos de dor localizada (LOBO, MARTINS, 2009).

Os tipos de radioterapias vão depender do tipo de tumor, localização e tempo da doença: radioterapia externa, radioterapia conformacional 3D, radioterapia de intensidade modulada (IMRT), radiocirurgia estereotáxica (Gamma Knife) e braquiterapia (INSTITUTO ONCOLOGIA, 2018).

A maioria dos pacientes submetida à radioterapia no tratamento dos tumores de cabeça e pescoço recebe uma dose total de 50 –70 Gy como dose curativa. Essas doses são fracionadas em um período de 5 – 7 semanas, uma vez por dia, 5 dias por semana, com dose diária de aproximadamente 2 Gy (CACCELL, RAPPOT, 2008.)

Os avanços no software de planejamento de imagem e radiação levaram à radioterapia conformada tridimensional e, ainda, à radioterapia modulada por intensidade (IMRT). A IMRT permite poupar tecidos normais e, conseqüentemente, aumentar a dose nos tumores. IMRT é o padrão atual no tratamento do câncer de cabeça e próstata e está sendo investigado em outros locais de tumor. As distribuições de dose primorosamente esculpidas (aumento da falta geográfica) com a IMRT, além do movimento do tumor e alterações anatômicas durante a radioterapia, fazem da radioterapia guiada por imagem uma parte essencial da distribuição de radiação moderna (BHITE SA, NUTTING CM., 2010.)

IMRT destaca-se por representar um dos mais importantes avanços na RT desde o advento do acelerador linear clínico, por aperfeiçoar a administração da dose de radiação em volumes alvos (região de tratamento) e reduzir a toxicidade nos tecidos normais adjacentes. A

IMRT estava indicada quando as restrições de doses em órgãos de risco não foram alcançadas com planejamento de RT conformacional ou benefício clínico importante, como proteção de vias ópticas ou tronco cerebral em tratamentos cerebrais, e reto ou bexiga em próstata (OLIVEIRA et al., 2014.)

A dose de radiação é prescrita para o volume alvo de planejamento (PTV), que inclui o volume tumoral bruto (GTV) mais áreas de dispersão microscópica (volume alvo clínico) (BHIDE SA, NUTTING CM .2010.)

Reduzir a dose para os OARs usando técnicas como IMRT e reduzir o tamanho do PTV usando a radioterapia guiada por imagem (IGRT) permite a escalada da dose de radiação, para melhorar os resultados do tratamento (BHIDE SA, NUTTING CM.2010). Ao tratar cânceres de cabeça e pescoço, a IMRT permite uma maior preservação de estruturas normais, como glândulas salivares, mucosa do trato aéreo-digestivo superior, nervos ópticos, cóclea, constritores faríngeos, tronco encefálico e medula espinhal.

A IMRT também permite a preservação dos músculos constritores da faringe, que são importantes para uma deglutição normal e, portanto, tem o potencial de reduzir a disfagia induzida por radiação aguda e tardia (OLIVEIRA et al. 2014.)

No Brasil, em 2012, estimou-se a ocorrência de 520.000 casos novos de câncer, sendo responsável por 17% dos óbitos. Aproximadamente 293.000 necessitarão de RT. Os gastos do governo federal em oncologia superam R\$ 1,9 bilhão de investimento, não incluídos os investimentos estaduais, municipais e privados. A RT participou com 11,7% do montante investido. Apesar do crescente investimento na atenção oncológica, os tratamentos de RT ainda apresentam excessivo tempo médio de espera para seu início. No País, de acordo com dados do Tribunal de Contas da União, em relatório promovido para avaliação da atenção oncológica aos usuários SUS, este tempo foi estimado em 113,4 dias após o diagnóstico e apenas 15,9% dos tratamentos iniciaram nos primeiros 30 dias (OLIVEIRA et al., 2014.)

2.4 COMPLICAÇÕES BUCAIS E GERAIS

Os efeitos colaterais da terapia antitumoral têm sido alvo de vários estudos. Os efeitos podem afetar tanto os pacientes em tratamento QT e RT, podendo variar de acordo com o sexo, a idade, o local da neoplasia e o tempo de tratamento do paciente, podendo ser diferentes quanto a intensidade e duração (ARISAWA et al., 2005). Alguns pacientes poderão apresentar efeitos colaterais mais severos, outros mais leves ou mesmo não apresentar qualquer

efeito colateral. Entre os efeitos colaterais mais comuns estão descritos as náuseas, vômitos, inapetência e mucosite, estes podem surgir imediatamente após a sessão do tratamento, horas ou dias depois (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018). Pode ocasionar também alteração do paladar, causando baixa ingestão hídrica e alimentar, desidratação e desnutrição. Não se pode deixar de atentar para a dor, tanto na mastigação quanto na deglutição, uma vez que o processo inflamatório pode ocorrer em todo o trato digestivo, bem como o aumento do risco de infecção local e sistêmica (LOPES et al., 2016.)

Pacientes imunossuprimidos por quimioterapia com intervalo de 7 a 15 dias, após o iniciado do tratamento, apresentam risco de desenvolvimento de lesões bucais dentárias ou periodontais, relacionadas a focos odontogênicos preexistentes. (OSTEME et al, 2007.) cerca de 40% dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico apresentam complicações bucais, decorrentes de estomatotoxicidade direta ou indireta (VASCONCELOS, MELO, MEDEIROS, 2002 apud HESPANHOL, 2007).

A cavidade bucal abriga microrganismos que podem entrar na corrente circulatória, expondo o paciente a maior risco de infecção em outros locais do organismo (CAMARGO, 2016). As lesões orais podem comprometer a ingestão nutricional e levar a infecções disseminadas, que podem resultar em aumento da morbidade e mortalidade (AGGARWAL, PAI, 2018). Além dos efeitos já descritos, uma variedade de lesões orais pode resultar do tratamento do câncer, incluindo mucosite, xerostomia, cárie dentária, dispepsia, trismo, ulcerações da mucosa, ferida, sangramento gengival, periodontite, infecções virais, infecções, infecções fúngicas e necrose. Significativa porcentagem de lesões orais causadas por tratamentos anti-câncer pode ser reversível, enquanto outros produzem sequelas (CARREÓN-BURCIAGA et al., 2018).

2.4.1 Xerostomia

A saliva desempenha um papel fundamental na manutenção da homeostase da cavidade bucal. É um dos mais complexos, versáteis e importantes fluídos do corpo, que supre um largo espectro de necessidades fisiológicas. As suas propriedades são essenciais para a proteção da cavidade bucal e do epitélio gastrointestinal. Noventa por cento da saliva é produzida pelas glândulas salivares maior, sendo a restante produzida pelas glândulas salivares da mucosa da boca e faringe (FREITAS, 2011).

As principais funções da saliva são: limpeza da cavidade oral, limpeza dos restos alimentares e bactérias, solubilização de substâncias alimentares contribuindo para a percepção do paladar, lubrificação da mucosa oral, facilitação da mastigação, da deglutição e da fona-

ção; proteção dos dentes, neutralização dos ácidos, participação na formação do esmalte, proteção da mucosa oral e sua cobertura, defesa contra micro-organismos e ação digestiva (FREITAS, 2011).

A xerostomia é uma manifestação clínica da disfunção das glândulas salivares que pode acarretar numa diminuição ou perda completa de saliva. (SINGH et al. 2008.) Xerostomia é relatada como “sensação de boca seca”. Esta complicação muito comum da radioterapia ocorre devido a inclusão das glândulas salivares no campo de radiação. Estas estruturas, por serem radiosensíveis, sofrem prejuízo na sua função secretora por atrofia dos ácinos serosos, o que torna a saliva mais espessa e viscosa, além de prejudicar o seu efeito bactericida (LOBO, 2009).

A xerostomia pode causar nos pacientes sintomas como, mucosa sem qualquer umidificação, dificultando a formação do bolo alimentar, dificultando a mastigação, deglutição e fala. Em consequência da diminuição da saliva e dificuldade higienização muitas vezes devido à dor, aumenta o risco de cárie de irradiação. (CACCELLI; RAPOPORT 2008.) O tratamento da xerostomia é essencialmente paliativo; podendo ser feito por meio do uso de estimulantes mecânicos/gustatórios, substitutos da saliva ou agentes sistêmicos (FREITAS et al. 2011).

A terapia com luz laser de baixa potência tem demonstrado ser eficaz no tratamento das mais diversas condições ou doenças, por promover biomodulação do metabolismo celular, analgesia e efeitos anti-inflamatórios, sem efeitos mutagênicos e fototérmicos. Decorrente de reações fotoquímicas e fotofísicas, é capaz de estimular a produção de trifosfato de adenosina mitocondrial, proliferação celular e síntese proteica. Este mecanismo possibilita a utilização do laser de baixa potência como agente estimulador do fluxo salivar (GONNELLI et al. 2016).

2.4.2 Osteoradionecrose

Após o tratamento de radiação o tecido atingido sofre várias alterações se tornando hipóxico, hipovascular e hipocelular prejudicando a reconstituição do osso e favorecendo a ocorrência da osteoradionecrose (FREITAS, 2011). No exame clínico ela pode ser observada como, ulceração da mucosa com exposição óssea e presença de dor, fístula de drenagem intra-oral ou extra-oral, osso desvitalizado, celulite, hemorragia e fratura patológica. Sendo a mandíbula mais acometida que a maxila pois a densidade óssea mandibular é maior e o suprimento sanguíneo na maxila é mais difuso (CACCELLI, RAPOPORT, 2008).

O diagnóstico se dá por meio da avaliação clínica e radiográfica devido a presença de áreas de reabsorção e neoformação óssea (FREITAS, 2011). Radiograficamente no início da doença é observada com um aumento na radiodensidade, seguida de osteólise na zona afetada. Sua ocorrência dependente de vários fatores, como qualidade da radiação, quantidade e fracionamento da dose total da radiação administrada, local da lesão a ser irradiado a qualidade dental, periodontal, óssea e tecidos e grau do trauma sobre os tecidos irradiados especialmente a mucosa oral (CACCELLI, RAPOPORT, 2008).

O tratamento deve ser estabelecido segundo o estágio da necrose, a qual pode variar de leve ulceração nos tecidos moles e necrose óssea superficial, até necrose óssea difusa estendendo-se até a borda inferior da mandíbula (SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2012). O tratamento conservador inclui irrigação, antibióticos, pequenos procedimentos cirúrgicos e recentemente oxigenoterapia hiperbárica, considerando ainda uso de soluções salinas, mas com baixa taxa de cura. Se o tratamento conservador não resolver a condição patológica, a ressecção do tecido ósseo deve ser realizada (CACCELLI, RAPOPORT, 2008). Os objetivos do tratamento são a eliminação da dor e infecções associadas, melhoria da boca função (abertura, fala, mastigação) e prevenir deformidade (exposições ósseas, fraturas patológicas) (CHRCANOVIC et al., 2010).

A exodontia em pacientes que sofreram tratamento por radioterapia constitui uma preocupação, uma vez que é alto o risco de necrose óssea (FREITAS, 2011). A osteorradionecrose pode ser prevenida com medidas adequadas de higiene oral, avaliação e tratamento odontológico prévio, para remoção de cáries, raspagem de tártaros, eliminação dos elementos dentais com cáries extensas ou com periodontopatias, orientação e preparo do paciente para os possíveis efeitos do tratamento por irradiação (CARDOSO et al., 2004).

2.4.3 Mucosite Oral

Mucosite Oral é a forma mais comum de complicação oral decorrente de terapia anti-neoplásica não-cirúrgica caracterizada pelo aparecimento precoce de lesões orais, dolorosas e debilitantes. É encontrada em 40% dos pacientes que recebem a quimioterapia e em 100% dos pacientes que recebem radioterapia de cabeça e pescoço (FREITAS 2011). A mucosite é o efeito agudo e o maior fator dose-limitante para a radioterapia, na região de cabeça e pescoço, pois devido à alta taxa de renovação celular e a baixa radiorresistência, as células da mucosa

da cavidade oral, faringe e laringe respondem precocemente aos efeitos tóxicos da radiação a que estão expostas (ALBUQUERQUE, CAMARGO, 2006).

O nível e a duração da mucosite em pacientes tratados com RT estão relacionados com a dose acumulada, a intensidade, o volume da mucosa, o hábito de fumar, o consumo de álcool e outros fatores predisponentes, como xerostomia e infecção (CARDOSO et al., 2004).

A primeira reação da mucosa bucal à radiação é edema e eritema devido à dilatação vascular da mucosa está intacta apenas com uma ardência local. Posteriormente, a mucosa torna-se desnuda, ulcerada e recoberta com exsudato fibrinoso, além da perda de espessura. Dor, queimação e desconforto são comumente presentes em pacientes em repouso e são intensificados pelo contato com alimentos duros e muito temperados. O envolvimento da faringe produz dificuldade para engolir e falar. Na língua, podem ocorrer atrofia nas papilas, inflamação, fissuras e erosões e, em casos mais severos, áreas de desnudação. Em sua evolução, pode-se observar a odinofagia, disfagia e infecção por microrganismos oportunistas. Pode também interferir na manutenção de uma nutrição adequada pelo paciente (FREITAS, 2011.)

As ulcerações trazem alto risco de invasão microbiana, acarretando predisposição a infecções locais ou mesmo sistêmicas, o aumento da severidade da MO pode ocasionar febre, risco de infecção, necessidade de nutrição parenteral total, necessidade de uso de analgésicos intravenosos e mortalidade nos 100 primeiros dias (FIGUEIREDO et al, 2013.) A persistência na dificuldade em alimentar-se pode conduzir à perda de peso, anorexia, caquexia e desidratação. Os pacientes atribuem depressão e distúrbios do sono a mucosite (CACCELL, RAPOPOT, 2008).

A descrição da mucosite é feita comumente com base na Escala de Toxicidade Oral da Organização Mundial de Saúde. Ela é baseada em sinais objetivos (vermelhidão ou eritema, desenvolvimento de úlceras) e subjetivos (habilidade de deglutir, sensibilidade da mucosa) (ALBUQUERQUE, CAMARGO, 2006).

Tabela 3. Graus de mucosite oral de acordo com a toxicidade oral (OMS).

Graus de mucosite					
Escala	0	1	2	3	4
Toxicidade oral (OMS)	Nenhuma	Sensibilidade e eritema	Eritema, úlcera pode deglutir alimento sólidos	Úlcera, eritema extenso, não pode deglutir dieta sólida	Úlcera, mucosite extensa, não é possível deglutição

Sugere-se para o tratamento da mucosite desde o uso de anestésicos tópicos até o uso de opióides sistêmicos, o reforço à higiene bucal, a aplicação de terapias com laser e/ou com crioterapia, além do uso de produtos de origem natural, uma fonte promissora de substâncias, inclusive em decorrência da possibilidade de ação antimicrobiana. Desses produtos naturais os produtos naturais destacam-se a Própolis, o Aloe Vera e a Camomila (ALBUQUERQUE et al. 2017.)

O laser de baixa intensidade vem sendo utilizado como forma de tratamento e cicatrização da mucosite oral e tem obtido respostas positivas do ponto de vista clínico e funcional. As células conduzem à liberação de fatores de crescimento por macrófagos, proliferação de queratinócitos, aumento da população e de granulação de mastócitos e angiogênese (FREITAS 2011). Laserterapia quando aplicada em pacientes submetidos à oncoterapia, é eficaz no controle da MO grau 3. Os estudos têm demonstrado a importância da prevenção da MO severa no curso da terapia antineoplásica, ressaltando, na prática, as limitações impostas por MO grau 3, podendo levar até mesmo à interrupção do tratamento (FIGUEIREDO et al, 2013.)

2.4.4 Candidose Oral

A candidose oral tem como principal agente etiológico a *Candida albicans*. Sua manifestação clínica se caracteriza pela presença de placas brancas removíveis a raspagem na mucosa bucal, língua e palato (LOPES, NOGUEIRA, LOPES, 2012) podendo apresentar-se na forma pseudomembranosa ou eritematosa. A *C. albicans*, este agente fúngico é uma levedura oval que produz uma pseudomicélio em cultura, em tecidos e exsudados, pode ganhar domínio, associar-se a outras condições e causar doença progressiva em pacientes debilitados ou imunossuprimidos, principalmente distúrbios da imunidade mediada por células. (MEDISAN et al, 2015.) Pode ter seu crescimento associado a estados de baixa resistência do hospedeiro, doenças debilitantes, antibióticos de amplo espectro, higiene bucal inadequado e à própria exposição à radiação (CARDOSO et al., 2004).

Há um aumento da colonização por *Candida albicans* em pacientes submetidos à terapia por radiação na região de cabeça e pescoço, e a hipossalivação deve predisponente ser o maior fator (CARDOSO et al., 2014).

2.4.5 Cárie dentária

A placa bacteriana é o agente etiológico infeccioso da cárie dental e da doença periodontal. Essa placa é constituída por massa amolecida de material orgânico, formada a partir da saliva, que contém, essencialmente, mucopolissacarídeos salivares que se aderem à superfície dos dentes e gengivas, onde vão incorporando microorganismos. As placas responsáveis pelas cáries são constituídas por *Lactobacillus* e *Streptococcus mutans* (CARDOSO et al., 2014).

A cárie de irradiação é um tipo agressivo, que se desenvolve em pacientes irradiados em cabeça e pescoço, como resultado da disfunção das glândulas salivares, declínio do pH e aumento de bactérias cariogênicas causado pela radioterapia. Inicia-se com acúmulo de biofilme na região cervical dos dentes, resultando em placas e áreas de dentina exposta, circundando o elemento dentário (PAIVA et al., 2010). A prevenção da cárie de radiação deve sempre ser realizada. Inclui preparo odontológico pré-radioterápico, aplicações tópicas de soluções fluoretadas, uso contínuo de fluoretos não-acidulados em baixa dose indefinidamente, indicação de dieta não-cariogênica e escovação adequada. Uma vez instalada a cárie de radiação deve-se removê-la, realizar a restauração definitiva do elemento dental e intensificar os cuidados de prevenção para evitar novos focos (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO 2012).

2.5 PROCEDIMENTOS E PROTOCOLO ODONTOLÓGICOS

A odontologia desempenha hoje um papel importante nas diferentes fases terapêuticas contra o câncer, seja na fase que antecede a cirurgia, em que uma avaliação prévia poderá reduzir de forma efetiva complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios crônicos, de origem bucal, que podem exacerbar após o tratamento cirúrgico, seja na prevenção das sequelas bucais que ocorrem durante e após o tratamento por RT (CARDOSO et al., 2004).

Para o atendimento de pacientes oncológicos o cirurgião dentista deve tomar certas precauções para que o procedimento realizado não prejudique ou cause complicações ou até mesmo novas patologias ao paciente. Com isso instituições que atende estes pacientes criam manuais a serem seguidos, visando criar uma diretriz para os profissionais e não os limitar, e sim visar um melhor resultado para o paciente e segurança para o dentista. Este trabalho tem

como base o Manual Odontológico Hospitalar do estado de São Paulo do ano de 2012. Esse profissional realiza procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de condições bucais em pacientes hospitalizados, os quais compreendem os pacientes oncológicos que serão ou já foram submetidos a tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, e pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço.

Segundo o Hospital HGP os protocolos a serem seguidos são orientações previstas pelo INCA em “Serviço de Odontologia em Oncologia” segunda edição revista e ampliada. Onde seguem a normatização do serviço de odontologia oncológica do HGP (ANEXO B).

Sendo, os pacientes atendidos pelo serviço de odontologia oncológica do HGP são todos os pacientes diagnosticados com CA e encaminhados pela equipe medica para o serviço.

Protocolo de atendimento:

- 1) Avaliação clínica inicial com análise da radiografia panorâmica (solicitado a todo o paciente juntamente com o prontuário médico).
- 2) Planejamento do tratamento analisado em conjunto com toda a equipe odontológica, referenciado e documentado no prontuário odontológico que fica em separado em arquivo próprio no setor.
- 3) Todos os pacientes que se submeterão a tratamento quimioterapia, radioterapia, imperitavelmente são submetidos a tratamento das especialidades de: periodontia, endodontia, dentística, cirurgia e laserterapia. Condicionando assim o paciente ao tratamento adequado minimizando ao máximo posteriores problemas odontológicos.
- 4) À todos os pacientes dentados que serão submetidos a radioterapia, é confeccionado moldeiras para ATF, OHO, prescrito clorexidina a 0,12% sem álcool, e todas as orientações necessárias para o pré e pós tratamento são entregues ao paciente e seu responsável por escrito. (Anexo C e D)
- 5) Todos os pacientes oncológicos internados devido à cirurgias e ou submetidos a protocolos quimioterápicos, são diariamente acompanhados pela equipe odontológica que em iteração com a equipe médica, tratam o paciente no leito com procedimentos necessários, inclusive com laserterapia.
- 6) Todos os pacientes que já foram atendidos pela equipe odontológica da oncologia são agendados periodicamente para revisão e tratamento que se fizerem necessário (MANUAL DO INCA).

A exodontia em pacientes que sofreram tratamento por radioterapia constitui uma preocupação, uma vez que é alto o risco de necrose óssea. Para dentes com indicação de exodontia temos como escolha a utilização de elásticos ortodônticos promovendo avulsão dos mesmos por um processo menos traumático. Entretanto, dentes fortemente aderidos ao osso e com múltiplas raízes só são removidos empregando-se a técnica convencional sendo necessária a oxigenação hiperbárica antes do procedimento e manutenção após o término (FREITAS et al., 2011).

2.6 DIREITOS E QUALIDADE DE VIDA

O diagnóstico precoce é o meio mais eficaz de que se dispõe para um melhor prognóstico do câncer e conseqüentemente aumentar a taxa de sobrevivida. Um dos mais importantes objetivos de um sistema de saúde é promover diagnóstico precoce e assistência oportuna a sua população (BONFANTE, 2014). No Brasil, a atenção à saúde é integrada pela administração federal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, é dever do Estado o atendimento público à saúde em todos os níveis, inclusive os terciários de alta complexidade e custo (OLIVEIRA et al., 2014). O gasto com a saúde no Brasil representou 8,3% do PIB em 2014 (QUINTILES IMS, 2017).

Medidas para o controle do câncer incluem Ações de promoção e prevenção em saúde (QUINTILES IMS, 2017). Procedimentos com finalidade diagnóstica, e para o tratamento, Procedimentos clínicos, Procedimentos cirúrgicos, Transplantes de órgãos, tecidos e células, Medicamentos, Órteses, próteses e materiais especiais e Ações complementares da atenção à saúde. (OBSERVATÓRIA DE ONCOLOGIA, 2018). No Brasil, o gasto do SUS com o câncer cresceu à taxa de 9% ao ano entre 2010 e 2014, sendo os gastos com quimioterapia e radioterapia superam R\$ 2 bilhões, com expansão contínua ao longo dos últimos anos, enquanto que os gastos com cirurgias duplicaram em 2013, atingindo o patamar de R\$ 400 milhões/ano (QUINTILES IMS, 2017).

O SUS garante assistência integral a pacientes com neoplasia maligna, por meio da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - cujo planejamento, organização e controle são de responsabilidade das secretarias de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Atenção Especializada em Oncologia redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funciona-

mento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTARIA SAS/MS Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014). Para que um paciente tenha acesso à atenção oncológica no âmbito do SUS ele deve ser atendido em um estabelecimento habilitado na Atenção Especializada em Oncologia: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência Especializada em Oncologia (CACON) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017). O componente da Atenção Especializada em Oncologia é formado, atualmente, por: 43 hospitais habilitados como CACON, 248 hospitais habilitados como UNACON, 8 hospitais habilitados como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica 1, estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar ,10 Serviços Isolados de Radioterapia (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017.)

Normalmente, a população de países em desenvolvimento tem acesso reduzido aos serviços de saúde, o que aumenta a probabilidade do óbito sem que o câncer tenha sido ao menos diagnosticado (QUINTILES IMS, 2017). “Lei dos 60 dias” Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, direito de se submeter ao primeiro tratamento no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico (Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012).

Os governos e sistemas de saúde devem ter infraestrutura e recursos humanos capazes de diagnosticar e oferecer à população o tratamento adequado. Além de novas terapias medicamentosas, que oferecem um diagnóstico mais preciso e personalizado, pois possuem tecnologia mais evoluída de diagnóstico com detecção via biomarcadores. Entretanto, isso constitui um novo desafio para governos e provedores de saúde, pois são necessários investimentos em ativos e capacitação de profissionais multidisciplinares (QUINTILES IMS, 2017). A inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do hospital permite cuidar do paciente de forma integral, assim como pode ajudar a reduzir custos e o tempo de permanência hospitalar (BEZINELLI et al. 2014.)

As complicações físicas e/ou psicológicas que acompanham o diagnóstico e/ou o tratamento do câncer podem comprometer o seu bem-estar, não só pela detecção da doença em si, como também pelas próprias condutas terapêuticas. Assim, aspectos associados à qualidade de vida só podem ser avaliados pelo paciente, refletindo seu próprio julgamento acerca do que afeta o seu dia-a-dia. Conseqüentemente, atenção especial deve ser dada visando à diminuição da sintomatologia decorrente do tratamento químico e radioterápico, para que a qualidade de vida desses pacientes seja mantida o mais próximo da normalidade (ARISAWA et al., 2005.)

Para direitos do paciente com câncer, como aposentadorias, licenças, serviços sociais, inserções de impostos e benefícios, o serviço Social e a Direção-Geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) elaboraram a quinta edição no ano de 2019 uma cartilha para responder às dúvidas mais frequentes, “Direitos sociais da pessoa com câncer. Orientações aos usuários”.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)

Trata-se de um estudo transversal, analítico e documental, no qual foi obtido a frequência de ocorrência dos eventos de saúde numa população em um ponto no tempo ou em curto espaço de tempo. Os estudos transversais permitem, também, investigar associações entre fatores de risco e doença (HULLEY, 2008).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Palmas (HGP) – Tocantins, localizado na quadra 201 Sul - Av. Ns1, Conjunto 02, Lote 02, s/n - Plano Diretor Sul, Palmas - TO, 77015-202. O responsável pela instituição recebeu uma declaração do pesquisador responsável e um termo de autorização para a coleta dos dados e este foi assinado para constatar que o responsável pela instituição está ciente dos objetivos da pesquisa.

Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes que realizaram procedimentos odontológicos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

3.3 OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA

O objeto do presente estudo foi a avaliação dos prontuários e do caderno de registro de procedimentos odontológicos dos pacientes do setor da oncologia do Hospital Geral de Palmas, que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram submetidos a tratamento antineoplásicos entre o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra total incluiu todos os prontuários ou os procedimentos anotados no caderno de registro de pacientes de diferentes faixas etárias, tipos de tumores, sexo, e diferentes tipos de tratamentos antineoplásicos que receberam tratamentos odontológicos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

Os prontuários que não foram analisados pelos cirurgiões dentistas ou que contiveram informações insuficientes ou inelegíveis foram excluídos da presente pesquisa.

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram as coletadas nos prontuários ou cadernos de registro de procedimentos:

- Idade = coletada em anos e categorizada em faixas etárias;
- Sexo= coletado como masculino e feminino;
- Regionalidade = local de moradia do paciente;
- Tipo de neoplasia= diagnóstico médico da neoplasia;
- Data da liberação do cirurgião dentista = data que o paciente recebeu a liberação do cirurgião dentista para o início do tratamento antineoplásico.
- Tipos de procedimentos odontológicos = procedimentos odontológicos realizados nos pacientes em questão. (Anexo E)

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa foi realizada através da análise dos prontuários e dos cadernos de registro dos procedimentos odontológicos, especificamente da ficha odontológica dos pacientes internados no setor de oncologia do HGP no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 e dos pacientes que estavam fazendo acompanhamento odontológico no serviço de odontologia oncológica do HGP no período de janeiro de 2018 a dezembro 2018. Posteriormente, os dados foram tabulados no Excel e transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.20.0, com apresentação em forma de gráficos e tabelas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A averiguação do presente estudo no Hospital Geral de Palmas não teve a participação direta dos indivíduos, sendo a amostra composta apenas pelos prontuários dos pacientes já presentes. Entretanto, a pesquisa seguiu os princípios éticos, de acordo com a resolução 466/12 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, respeitando para isto toda a privacidade do ser humano que será pesquisado.

O presente trabalho também foi enviado para o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Geral de Palmas e em seguida ao Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas recebendo aprovação sobre número 03660918.7.0000.5516 (ANEXO F).

3.7.1 Riscos

Esta pesquisa não apresentou riscos diretos aos seus participantes, pois foi realizada através da avaliação de prontuários. Entretanto, houve a garantia do sigilo das informações obtidas nos dados explorados. Para minimizar este possível risco, apenas um avaliador realizou o estudo em um local reservado, tendo total controle dos prontuários. Afirmamos ainda que nenhum prontuário saiu da instituição. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi dispensável, pois não houve contato com os indivíduos diretamente.

3.7.2 Benefícios

A pesquisa no Hospital Geral de Palmas acarretará proveitos para o setor, pois através do levantamento dos dados com relação às manifestações orais haverá um maior conhecimento da quantidade de casos que surgem na cidade. Este resultado pode gerar no futuro benefícios quanto ao controle da condição fisiológica dos indivíduos. Assim, o resultado desse trabalho será publicado afim de disponibilizar os dados epidemiológicos encontrados para o setor público e a área da oncologia. Além disso, o papel do cirurgião dentista será ressaltado, pois é o profissional que trabalha diretamente na redução de tais problemas.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Primário

A pesquisa trouxe conhecimento dos principais procedimentos realizados no setor de oncológica do HGP, no qual dão resultado na prevenção das infecções oportunistas, assim o cirurgião dentista teve reconhecimento do seu serviço na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

3.7.3.2 Secundário

A divulgação dos resultados em revistas científicas e para a comunidade trará benefícios para a equipe do HGP por apresentar os dados quantitativos dos procedimentos realizados.

4 RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 262 prontuários dos 308 disponíveis. Estes dados diferem devido a exclusão de 21 pacientes que vieram a óbito e 17 fichas que não foram encontradas. Dos 262 pacientes portadores de neoplasias que foram atendidos no serviço de odontologia oncológica do HGP no ano de 2018, 141 eram homens (53,6%) e 122 eram mulheres (46,4%). A idade mínima foi de 4 anos e máxima de 94 anos.

A regionalidade foi um fator analisado neste trabalho, identificando 36 regionalidades diferentes, entre a capital do Tocantins, interiores e outros estados. A prevalência de moradores de cidades interioranas apresentou um total de 201 pacientes. Porém, entre municípios a prevalência foi de moradores de Palmas – TO com uma frequência de 106 moradores, representando 14,7% do total. Cidades próximas como Gurupi também teve uma alta frequência com 15 moradores e um porcentual de 4,9%, e Paraiso e Porto Nacional ambas com frequência de 14 moradores e porcentual de 4,6%. O HGP também recebeu neste período pacientes de outros estados com uma frequência de 14 moradores (4,6%) (Tabela 4).

Tabela 4. Descritiva das regiões mais atendidas no setor de Oncologia do HGP em 2018.

Município	Frequência	%
Palmas	106	14,7
Gurupi	15	4,9
Paraiso	14	4,6
Porto Nacional	14	4,6
Outros estados	14	4,6

O tipo de neoplasia mais presente foi outro fator analisado no presente estudo. Tivemos como variáveis 40 diferentes localizações neoplásicas, sendo os mais predominantes a mama com uma frequência de 44 casos (17,1%), cabeça e pescoço com frequência de 21 casos (8,1%), leucemias (LLC e LMA) com 16 casos (6,2%), colo de útero igualmente com as leucemias com 16 casos e próstata com frequência de 12 casos (4,7%) (Tabela 5).

Tabela 5. Descritiva das neoplasias mais comum no setor de Oncologia do HGP em 2018.

Neoplasia	Frequência	%
Mama	44	17,1
Cabeça e pescoço	21	8,1
Leucemia (LMA/LLC)	16	6,2
Colo do útero	16	6,2
Próstata	12	4,7

A respeito dos procedimentos odontológicos, dentre os 262 pacientes, 131 não realizaram procedimentos odontológicos prévios ao tratamento antineoplásico, já 141 paciente realizaram algum tipo de procedimento odontológico, podendo estes terem realizado vários tipos de procedimentos.

Entre os procedimentos pré tratamento antineoplásico, os predominantes realizados foram prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool com frequência de 234 (86,7%), pedidos de radiografias panorâmicas com uma frequência de 231 (85,9%), exodontia com frequência de 65 (24,2%), restauração de cavidades de uma face com resinas fotoativadas com frequência de 41 (15,2%) e raspagem subgingival com frequência de 37 (13,8%) (Tabela 6).

Tabela 6. Descritiva dos principais procedimentos odontológicos realizados antes do tratamento antineoplásico no setor de Oncologia do HGP em 2018.

Procedimento realizado	Frequência	%
Prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool	234	86,7
Pedido de radiografia panorâmica	231	85,9
Exodontias	65	24,2
Restauração de uma face com resina fotoativada	41	15,2
Raspagem subgingival	37	13,8
Raspagem supragingival	24	8,9
Restauração de duas ou mais faces com resina fotoativada	22	8,2
Tratamento pulpar	20	7,4
Laserterapia	7	2,6
Correção de rebordo alveolar	5	1,9
Restauração provisória de longa duração (IRM)	5	1,9

Para os tratamentos odontológicos pós início do tratamento antineoplásico dos 262 pacientes, 59 realizaram algum tipo, sendo 21,9% dos pacientes a frequência mais comum foi a primeira consulta.

Os principais procedimentos realizados nos pacientes após o início do tratamento anti-neoplásico foram a laserterapia com frequência entre 55 pacientes (20,4%), restauração de uma face com resina fotoativada com frequência de 41 (15,2%), raspagem subgingival com frequência de 40 entre os pacientes (14,9%), restauração de duas ou mais faces com resina fotoativada tendo com frequência de 37 (13,8%) e 29 exodontias (10,8%) (Tabela 7).

Tabela 7. Descritiva dos procedimentos odontológicos mais realizados após o início do tratamento antineoplásico no setor de Oncologia do HGP em 2018.

Procedimentos realizados	Frequência	%
Laserterapia	55	20,4
Restauração de uma face com resina fotoativada	41	15,2
Raspagem subgingival	40	14,9
Restauração de duas ou mais faces com resina fotoativada	37	13,8
Exodontias	29	10,8
Tratamento pulpar	24	8,9
Raspagem supragingival	21	7,8
Pedido de radiografia panorâmica	11	4,1
Restauração provisória de longa duração (IRM)	10	3,7
Prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool	4	1,5
Correção de rebordo alveolar	2	0,7

Apesar de não ter sido uma variável presente neste estudo por não conter na ficha do paciente, o setor tem como protocolo a confecção de moldeiras para aplicação de flúor para pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço. A prescrição de bochechos com o chá de camomila gelado para pacientes que estão em tratamento antineoplásico e que sentirão os efeitos colaterais bucais também é prescrito.

Algumas informações não estavam disponíveis na ficha clínica, entretanto foram disponibilizadas pelo setor. Os números de primeira consulta e procedimentos não especificados que foram realizados durante os meses de 2018, identificaram o mês de maio com o maior número de primeiras consultas (17), e dezembro com 5 primeiras consultas, sendo o mês com menor registro. No mês de outubro foram registrados 2226 procedimentos realizados, seguido do mês de agosto com 2197 procedimentos e junho com menor número de procedimentos realizados (1793) (Gráfico 2 e 3).

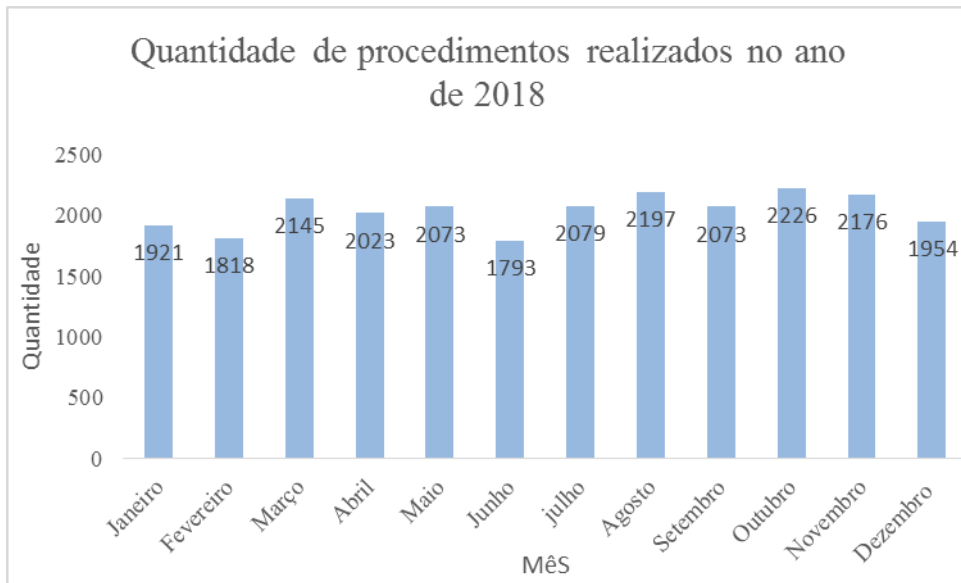


Gráfico 2: descritivo da quantidade de procedimentos odontológicos realizados nos meses de 2018 no setor de oncologia do HGP.



Gráfico 3. Descritivo da quantidade de primeiras consultas odontológicas no ano de 2018 no setor de oncologia do HGP.

5 DISCUSSÃO

O câncer configura-se como um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como naqueles que estão em desenvolvimento. A doença se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. Pesquisas com dados sobre a doença são importantes para promover atualizações na quantidade e qualidade do serviço prestado e para planejamento de ações de prevenção e controle do câncer (OSTENE et al., 2008).

No presente trabalho foram avaliados nos prontuários a idade, regionalidade, neoplasia, procedimentos realizados antes do início do tratamento antineoplásico, procedimentos realizados após o início do tratamento antineoplásico. O Ministério da Saúde através do Instituto do câncer em 2011 lançou uma cartilha com abordagens básicas para o controle do câncer. A incidência de casos de câncer em idades mais elevadas e redução de casos em idades jovens mostra que a idade é um ator de risco, confirmando que o aumento da expectativa de vida na população é um fator da transição epidemiológica que o meio vem tendo (INCA, 2009). A prevalência de câncer no sexo masculino foi apresentada com 53,6% do total dos 262 pacientes deste estudo. Isso pode ser relacionado que os principais cânceres prevalentes segundo o INCA nas estatísticas do ano de 2018, eram os predominantes no sexo masculino, além de que o homem está mais vulnerável aos agentes etiológico como cigarro, álcool, e a falta do auto cuidado, em relação a doença (INCA, 2011).

Foram encontrados 38 diferentes localizações primárias no presente estudo, sendo que os dez mais prevalente foram câncer de mama, cabeça e pescoço, leucemia (LMA/LLC), colo de útero, próstata, orofaringe, língua, hipofaringe, cavidade oral e esôfago. O câncer de mama é o mais frequente encontrado na pesquisa com 44 casos (17,1%). É o mais prevalente e frequente tumor maligno entre as mulheres, sendo a primeira causa de morte por câncer entre as mesmas (STEWART; WILD, 2014). Segundo o INCA para 2018 no Brasil era esperado 56,33 casos a cada 100 mil mulheres.

O câncer de cabeça e pescoço, foi o segundo mais frequente na pesquisa com 8,1% dos casos. Em nível mundial este câncer representa cerca de 10% (FREITAS, 2011). Os tumores malignos de cabeça e pescoço envolvem vários sítios, sendo que estes estão subdivididos nesta pesquisa e permanecem entre os predominantes, sendo cavidade oral, laringe, faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), nas glândulas salivares e demais locais (FREITAS, 2011).

O câncer de cavidade oral está nesta pesquisa em nona colocação. O INCA estima 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para os anos de 2018 e 2019. No Brasil, ocorreram, em 2015, 4.672 óbitos por câncer de cavidade oral em homens e 1.226 em mulheres. A etiologia do câncer da cavidade oral é multifatorial, sendo os fatores de risco mais conhecidos o tabaco e o consumo excessivo de álcool, a exposição excessiva à radiação solar ultravioleta, sem a devida proteção ao longo dos anos, o que pode representar um possível fator de risco para o câncer de lábio, fatores, como a infecção pelo HPV, dieta pobre em frutas e vegetais, e má higiene bucal, são estudados com o intuito de investigar sua implicação na carcinogênese, principalmente do câncer de língua e na garganta (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

As Leucemias foram as terceiras neoplasias mais frequentes com 16 casos (6,2%). O INCA estimou para o Brasil cerca de 5.940 casos novos de leucemia em homens e 4.860 em mulheres para cada ano 2018 e 2019. A leucemia em homens é a quinta mais frequente na Região Norte (4,17/100 mil), para as mulheres, é a sexta mais frequente na mesma região (3,29/100 mil) (INCA, 2018).

Leucemia mieloide aguda (LMA) – é tipo mais comum das leucemias agudas em adultos (HOWLADER et al., 2017). Leucemia linfocítica crônica (LLC) - apresenta evolução clínica prolongada, sendo comum em adultos e raramente ocorre em crianças. As leucemias, em geral, podem estar relacionadas a fatores de risco ocupacionais, agentes infecciosos específicos, desordens genéticas, exposição à radiação ionizante e a agentes químicos como os solventes (BARBOSA et al., 2015).

O câncer de colo de útero foi a quarto mais frequente em nossa pesquisa com 16,2%. Para o Brasil, o INCA em 2018 estimou 6.600 casos novos de câncer do corpo do útero. Na Região Norte (2,11/100 mil), este câncer ocupa a décima posição. O câncer do corpo do útero constitui o sexto câncer mais comum na população feminina, com uma estimativa mundial de 320 mil casos novos em 2012 (INCA, 2018). Entre os fatores de predisposição genética associados ao câncer do corpo do útero, o principal é a obesidade (HOWLADER et al., 2017). Outros fatores associados são sobrepeso; *diabetes mellitus*, hiperplasia endometrial, anovulação (deixar de ovular) crônica, uso de radiação anterior por efeito do tratamento de tumores de ovário; uso de estrogênio para reposição hormonal, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, síndrome do ovário policístico, e síndrome de Lynch (STEWART; WILD, 2014).

O câncer de próstata foi o quinto mais frequente com 4,7%. O INCA estimam-se 68.220 casos novos de câncer de próstata para cada ano de 2018 e 2019. O câncer de próstata

é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, na região norte apresentando 29,41/100 mil casos. O câncer de próstata ocupa a segunda posição entre as neoplasias malignas que acometem os homens, em todo o mundo. Em relação aos fatores de risco para o câncer de próstata, o avanço da idade compreende um fator de risco bem estabelecido, visto que tanto a incidência como a mortalidade aumentam após os 50 anos (HOWLADER et al., 2017). Notasse que os mais frequentes sítios neoplásicos encontrados na pesquisa presente são compatíveis com as estáticas do INCA para o ano de 2018 para o Tocantins e Palmas variando apenas as colocações.

Todos os pacientes que se submeterem ao tratamento de quimioterapia e radioterapia, devem realizar todos os tratamentos odontológicos prévios, pois os mesmos só serão liberados para tratamento do câncer após liberação do laudo do odontológico devidamente preenchido (NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA ONCOLOGICA DO HGP).

Por este trabalho de pesquisa pode-se observar que o tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico tem como objetivo a eliminação ou estabilização das condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer, consequentemente amentando a qualidade de vida do paciente. Procedimentos e medidas preventivas são meios usados pela equipe odontológica oncológica do HGP para oferecer estas condições

Os procedimentos colocados realizados antes e após o início do tratamento antineoplásico foram a prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool, pedido de radiografia panorâmica, exodontias, restaurações de uma e duas ou mais faces com resinas fotoativadas, raspagem subgingival e supragingival, tratamento pulpar, laserterapia, correções de rebordo alveolar e restauração provisória de longa duração. A adequação do meio bucal prévia ao tratamento antineoplásico é o principal objetivo da equipe.

Entre os procedimentos mais frequentes pré tratamento antineoplásico estão a prescrição de clorexidina a 0,12% sem álcool, no qual é protocolo da equipe a prescrição para todos aqueles pacientes que foram atendimentos e que não possuem contraindicação. Esta é uma medida para evitar mucosite oral e controle de infecções oportunistas. Albuquerque e Camargo (2006), realizaram uma revisão sistemática sobre mucosite oral com 33 artigos publicados entre 2000 e 2005. Os autores avaliaram os diferentes níveis de intensidade de mucosite oral, além das principais intervenções e tratamentos mais recomendados na literatura, como orientações sobre higiene oral e dieta, uso de antifúngicos, antibióticos, complexos vitamínicos, além de soluções de clorexidina e bicarbonato de sódio para bochechos diários.

Como protocolo, a equipe odontológica do HGP solicita em primeira consulta a radiografia panorâmica, esta medida se dá importante para um adequado planejamento, sendo analisada em conjunto com toda a equipe da odontologia oncológica, documentando através do prontuário o plano de tratamento a ser seguido.

As exodontias também são frequentes, sendo o terceiro procedimento mais realizado no setor. Ela é indicada em dentes com prognóstico duvidoso (dentes com cavidades de cárie extensas, lesão periapical, doença periodontal ativa, comprometimento pulpar, imagem radiotransparente periapical em dente com tratamento endodôntico, raiz residual, terceiro molar impactado e/ou parcialmente incluso) (NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA DO HGP). A exodontia previa a radioterapia principalmente em região de cabeça e pescoço se dá pela impossibilidade de fazer este procedimento por um período de 5 anos (NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA DO HGP).

Restaurações de uma face com resina fotoativada estão presentes nos procedimentos mais realizados pré tratamento oncológico, além disso, nosso estudo teve como o quinto procedimento mais frequente a raspagem subgingival. Frente a estes dois procedimentos, avalia-se a intenção do tratamento, pois a cárie dentária e a gengivite podem ser um futuro foco de infecção (CARDOSO et al., 2014).

Osterne et al., (2007) em seu estudo com 421 pacientes, realizou o levantamento dos dados através das fichas clínicas do arquivo da disciplina de Estomatologia Clínica da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará FFOE/UFC, referente a pacientes com diagnóstico de câncer atendidos pelo NEPE - no período de Janeiro 1997 a Dezembro 2005. As necessidades odontológicas foram divididas em categorias: cirúrgicas, restauradoras, periodontais, endodônticas e protéticas. Durante o período estudado, foram analisados os prontuários de 412 pacientes com diagnóstico de câncer. Foram encontradas entre as necessidades de tratamento odontológico, um grande número de indicação cirúrgica (827 procedimentos) e necessidade de reabilitação por próteses (107 próteses), e que apesar do grande número de procedimentos restauradores indicados (736 restaurações), os achados demonstraram que esses pacientes ainda estavam submetidos a uma odontologia curativa e mutilante, distanciando-se de uma prática preventiva rotineira.

Para os principais procedimentos odontológicos pós tratamento antineoplásico estão os procedimentos para minimizar e aliviar os sintomas decorrentes do tratamento da doença. Entre os principais cinco principais procedimentos estão a laserterapia. O laser de baixa potência é um agente eficiente para atenuação da hipofunção salivar após RT e QT, um dos sin-

tomam bem presentes nos pacientes (GONNELLI et al., 2016). A laserterapia tem várias funções na oncologia, destacando como principal função a redução e alívio dos sintomas da mucosite. Costa et al, 2013 no seu estudo descritivo exploratório e quantitativo realizado por meio de revisão bibliográfica no período de 1995 a 2011, selecionou 61 artigos relevantes, 39 apresentavam evidências científicas sobre os benefícios do laser na oncologia, 19 eram de revisão de literatura, 11 eram ensaio clínico e 6, relatos de caso. Os autores afirmam entre seus achados da revisão que as complicações bucais da radioterapia e quimioterapia em pacientes oncológicos podem ser minimizadas pelo uso do laser de baixa potência. Ressaltam também que os pacientes submetidos à associação de radioterapia e laser tiveram menor incidência de xerostomia, mucosite oral e dor quando comparado ao grupo de radioterapia sem laser, com resultados com significância estatística.

Existe uma aceitabilidade muito boa do paciente oncológico a terapia de baixa potência antes da radioterapia, conquistada principalmente pelo alívio imediato da dor após a aplicação e pela prevenção da mucosite severa (grau 3) e no controle da mucosite leve (grau 1) e/ou moderada (grau 2) (GONNELLI et al., 2016). O uso do chá de camomila gelado é passado como orientação para pacientes que sentem com severidade os efeitos colaterais da QT e RT principalmente a mucosite e xerostomia. A camomila é uma das plantas medicinais mais utilizadas no mundo por suas propriedades antioxidante, antimicrobiana e anti inflamatória em afecções da cavidade oral (SINGH et al. 2007). Os cirurgiões dentistas do setor prescrevem o chá através de embasamentos científicos e aprovação dos pacientes, o qual relatam melhora das sintomatologias.

A hipersensibilidade dos dentes é um efeito colateral comum da radioterapia que prejudica a higiene oral (CACCELL, RAPOPOT, 2008). Lopes (2016) em sua tese de mestrado, avaliou o efeito da radioterapia, associada ou não a aplicação tópica de flúor gel neutro na composição química, nas propriedades mecânicas e na morfologia do esmalte após ciclagem de pH in vitro. Onde trinta terceiros molares foram divididos aleatoriamente em três grupos. Alterações químicas foram quantificadas por meio de Espectroscopia Infravermelha Transformada de Fourier. Os parâmetros avaliados foram: razão matriz:mineral, conteúdo relativo de carbono (e cristalinidade). Também foi realizada avaliação da microdureza e do módulo de elasticidade do esmalte em três profundidades (superficial, médio e profundo). A morfologia do esmalte foi avaliada por meio de microscópio eletrônico de varredura (n=3). Foi através de sua pesquisa que alterações na estrutura dentária ocorrem por causa da RT, a gravidade e a extensão dos efeitos da radiação dependem do conteúdo mineral e orgânico das estruturas do dente a porção mineralizada é suscetível a danos em sua fase cristalina. Os íons fluoreto subs-

tituírem os íons hidroxilas na hidroxiapatita, reduzindo o espaço preenchido pela matriz orgânica uma vez que ele promove um aumento no tamanho e na espessura dos cristais, além de conferir a ele uma diminuição da deficiência de cálcio. Mostrando que o flúor protege o esmalte contra quedas de pH, diminuindo sua solubilidade. Afirmando assim, a importância do uso do flúor em pacientes irradiados, no qual é adotado no protocolo de atendimento do HGP.

Os pacientes oncológicos devem ser atendidos periodicamente para revisão e tratamentos que forem necessários. Após o término do tratamento antineoplásico o paciente é acompanhado de 6/6 meses pela equipe odontológica (NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA DO HGP).

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados de nossa pesquisa, podemos concluir que o protocolo proposto pela equipe odontológica oncológica do HGP é eficiente e satisfatório tendo como objetivo realizar todo o tratamento odontológico para que o paciente possa se submeter ao tratamento radioterápico e quimioterápico.

Os efeitos da radioterapia e quimioterapia ficam presente no organismo do paciente por vários anos, tornando a realização procedimentos odontológicos mais cautelosa, por isso todo tratamento odontológico prévio é obrigatoriamente realizado antes do tratamento oncológico. O preparo da cavidade oral de pacientes com câncer, especialmente os de áreas irradiadas próxima a cavidade oral, com doses altas e de tratamentos longos com quimioterápicos é de suma importância para a integridade e a saúde geral desses pacientes, e alerta sobre a necessidade de preparo odontológico, manejo e prevenção das complicações bucais antes do tratamento. Estas complicações podem até mesmo interromper a terapia oncológica, sendo indispensável a integração entre as equipes odontológicas e oncológicas, para se estabelecer um melhor prognóstico e qualidade de vida para os pacientes. O tempo de tratamento odontológico pré antineoplásico tem que ser o mais breve possível para não prejudicar seu tratamento da doença. Durante o tratamento o cirurgião dentista tem como objetivo tratar de qualquer alteração patológica da cavidade bucal que possa surgir com a radioterapia e quimioterapia, como laser para tratar mucosite. Após o tratamento o paciente deve ser acompanhado pela equipe odontológica permanentemente.

O tratamento odontológico com uma exposição da saúde bucal no contexto geral da saúde não acontece apenas antes do tratamento antineoplásico mas também durante e após. Desta forma se faz necessária uma relação multidisciplinar, envolvendo o dentista juntamente com a equipe médica e os demais profissionais da saúde, com a finalidade de promover melhores condições de restabelecimento desses pacientes, focando não só a remissão do tumor propriamente dito, mas também no alívio da sintomatologia das complicações bucais decorrente ao tratamento antineoplásico.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SIA/SUS, 13. 2011, Brasília-df. **SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS: MANUAL DE BASES TÉCNICAS**. Brasília-df: Secretaria de Atenção A Saúde, 2011. 110 p.

ESTIMATIVA | 2018 INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL. Rio de Janeiro: Inca, 2018. Disponível em: <<http://controlecancer.bvs.br/>>. Acesso em: 01 out. 2018

OSTENE, R, L,V; et al. Saúde bucal em Pacientes Portadores de Neoplasias Malignas: Estudo Clínico- Epidemiologia e Análise de Necessidades Odontológicas de 421 Pacientes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p.221-226, 2008.

SOUZA, J, A.; FORTES, Renata Costa. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO BASEADO EM EVIDÊNCIAS. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 1, n. 2, p.183-192, 2012.

ABC DO CÂNCER: Abordagem básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Cedc, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 25 out. 2018.

BONFANTE, Gisele Macedo da Silva et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 5, p.983-997, 2014.

NASCIMENTO, Patrícia Batista Lopes do et al. Avaliação das Manifestações Oraís em Crianças e Adolescentes Internos em um Hospital Submetidos à Terapia Antineoplásica. **Sistema de Información Científica**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p.278-285, 2013.

LOPES, Ivna Albano. Manifestações Oraís Decorrentes da Quimioterapia em Crianças de um Centro de Tratamento Oncológico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.113-119, 1 mar. 2012. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/pboci.2012.121.18>.

CARREÓN-BURCIAGA, Ramón G. et al. Severity of Oral Mucositis in Children following Chemotherapy and Radiotherapy and Its Implications at a Single Oncology Centre in Durango State, Mexico. **International Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 2018, p.1-5, 2018. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/3252765>.

VIEIRA, Danielle Leal; LEITE, André Ferreira; MELO, Nilce Santos de; FIGUEIREDO, Paulo Tadeu de Souza. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sci.*, jul/dez. 2012, vol. 4, nº 2, p. 37-42

INSTITUTO VENCER O CÂNCER. Disponível em: <<https://www.venceroancer.org.br/cancer/o-que-e/dna-e-divisao-celular/>? Acesso em: 25 out. 2011

INSTITUTO ONCOGUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer/12/1/>>. Acesso em: 25 out. 2018

AMERICAN CÂNCER SOCIETY. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>>. Acesso em: 20 out. 2018.

LOPES, Ivna Albano. Manifestações Oraís Decorrentes da Quimioterapia em Crianças de um Centro de Tratamento Oncológico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.113-119, 1 mar. 2012. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal).

CARREÓN-BURCIAGA, Ramón G. et al. Severity of Oral Mucositis in Children following Chemotherapy and Radiotherapy and Its Implications at a Single Oncology Centre in Durango State, Mexico. **International Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 2018, p.1-5, 2018. Hindawi Limited.

VIEIRA, Danielle Leal; LEITE, André Ferreira; MELO, Nilce Santos de; FIGUEIREDO, Paulo Tadeu de Souza. **Tratamento odontológico em pacientes oncológicos.** *Oral Sci.*, 2012, vol. 4, nº 2, p. 37-42

WIERMANN, Evanius Garcia et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica** v. 10, n. 38, p.132-143, 2014. MALUF, Fernando; BUZAID, Antônio Carlos; VARELLA, Drauzio. **Instituto vencer o câncer**. 2015.

UICC, 6., 2004, Rio de Janeiro. **Classificação de Tumores Malignos**. Rio de Janeiro: Sus, 2002. 281 p.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). World Cancer Report: 2014. Lyon: IARC, 2014.

Singh MV, Dias LO, Baldini NLF, Silveira D , Zago R. Desenvolvimento farmacotécnico e avaliação da estabilidade de gel com extrato aquoso de camomila para uso bucal Rev. Bras. Farm.,

Cacelli EM, Rapoport A. Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço;

IQVIA, 2018, São Paulo. **30 anos de SUS Saúde no Brasil e a evolução do tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: Sus, 2018. 20 p.

FREITAS, Daniel Antunes. **SEQUELAS BUCAIS DA RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO**. 2011. 5 f. - Curso de Odontologia, Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUnorte,

PAIVA, Monique Danyelle Emiliano Batista et al. Complicações orais de correntes da terapia antineoplásicas. **Arquivo em Odontologia**, João Pessoa, v. 46, n. 1, p.48-55, jan. 2010.

SOUZA, Jhuly Amado; FORTES, Renata Costa. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos: Um Estudo Baseado em Evidências. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, , v. 1, n. 2, p.183-192,. 2012.

ALBUQUERQUE, Iêda Lessa de Souza; CAMARGO, Teresa Caldas. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, , v. 53, n. 2, p.195-209, 2007.

LÔBO, Aylla Lorena Gomes; MARTINS, Gabriela Botelho. Premature discontinuation of curative radiation therapy: Insights from head and neck irradiation. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, , v. 50, n. 4, p.251-255, 2009.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 14 abril. 2019.

CHEUNG-ONG; GIALVER; NISLOW. DNA-Damaging Agents in Cancer Chemotherapy: Serendipity and Chemical Biology. **Chemistry & Biology Perspective**, Canada, v. 1, n. 20, p.1-12, May 2013.

LAZAREV et al. Premature discontinuation of curative radiation therapy: Insights from head and neck irradiation. **Advances In Radiation Oncology**;, New York, v. 3, n. 3, p.1-8, 2017

BHIDE and NUTTING, Recent advances in radiotherapy 8 BMC Medicine 2010, :25

OLIVEIRA, Harley Francisco de et al. Radioterapia de intensidade modulada (IMRT) para pacientes do SUS: análise de 508 tratamentos em dois anos de instalação da técnica. **Radiologia Brasileira**, [s.l.], v. 47, n. 6, p.355-360, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1905>

ARISAWA, Emilia Angela Loschiavo et al. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químio e à radioterapia. **Rev. Biociên**;, , v. 1-2, n. 11, p.55-61, 2005.

HESPANHOL, Fernando Luiz. **Levantamento epidemiológico de manifestações bucais em pacientes submetidos a quimioterapia**. 2007. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, 2007

SINGH, Mônica Valero et al. Desenvolvimento farmacotécnico e avaliação da estabilidade de gel com extrato aquoso de camomila para uso bucal. **Rev. Bras. Farm.**;, Brasilia-df, v. 1, n. 1, p.1-5, nov. 2007

LOPES, Livia Dantas et al. PREVENTION AND TREATMENT OF MUCOSITIS AT AN ONCOLOGY OUTPATIENT CLINIC: A COLLECTIVE CONSTRUCTION. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO).

AGGARWAL, Aparna; PAI, Keerthilatha M. Orofacial Manifestations of Leukemic Children on Treatment: A Descriptive Study. **International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.193-198, 2018. Jaypee Brothers Medical Publishing.

ARISAWA, Emilia Angela Loschiavo et al. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à quimio e à radioterapia. **Rev. Biociên.**, v. 11, n. 1-2, p.55-61, jan. 2005.

BONFANTE, Gisele Macedo da Silva et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 5, p.983-997, maio 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00182712>.

LEMKE, Stella. **Atenção Oncológica no SUS: Maceió/al**: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

TIAGO CEPAS. **GASTOS FEDERAIS EM ONCOLOGIA**. 2018. Disponível em: <<https://observatoriodeoncologia.com.br/gastos-federais-em-oncologia/>>.

ALTERNATIVAS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL – UM ESTUDO EM ONCOLOGIA. Q U I N T I L E S I M S , 2016.

BARBOSA, S. F. C. et al. Aspectos epidemiológicos dos casos de leucemia e linfomas em jovens e adultos atendidos em hospital de referência para câncer em Belém, Estado doPará, Amazônia, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v.6, n.3, p. 43-50, 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer facts & figures 2015*. Atlanta, 2015. Disponível em: <http://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/03/Us_Cancer_Facts>.

pdf>. Acesso em: 13 junho. 2019.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). World Cancer Report: 2014. Lyon: IARC, 2014.

HOWLADER, N. et al. (Ed.). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. Bethesda: National

Cancer Institute, 2017. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ANEXOS

ANEXO A

CÓDIGO EUROPEU CONTRA O CANCRO

12 formas de reduzir o risco de cancro

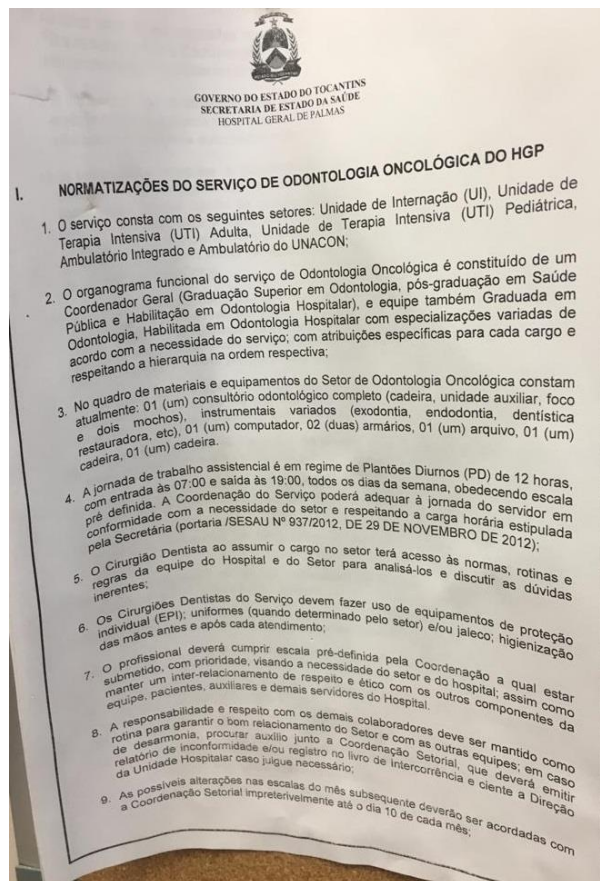
- 1 Não fume. Não use qualquer forma de tabaco.
- 2 Faça da sua casa uma casa sem fumo. Apoie regras anti-tabágicas no seu local de trabalho.
- 3 Tome medidas para ter um peso saudável.
- 4 Mantenha-se fisicamente ativo no dia a dia. Limite o tempo que passa sentado.
- 5 Tenha uma dieta saudável:
 - Coma bastantes cereais integrais, leguminosas, vegetais e frutas.
 - Limite os alimentos muito calóricos (com muito açúcar ou gordura) e evite as bebidas açucaradas.
 - Evite as carnes processadas (enchidos, carnes fumadas, etc.); limite as carnes vermelhas e os alimentos com elevado teor de sal.
- 6 Se consumir álcool, limite o seu consumo. Não consumir bebidas alcoólicas é benéfico para a prevenção do cancro.
- 7 Evite a exposição excessiva ao sol, especialmente para as crianças. Use protetor solar. Não use solários.
- 8 No seu local de trabalho, proteja-se de substâncias cancerígenas seguindo as instruções de segurança e saúde.
- 9 Verifique se está exposto a radiação derivada de altos níveis de radón natural em casa. Tome medidas para reduzir os níveis elevados de radón.
- 10 Para as mulheres:
 - A amamentação reduz o risco de cancro da mama. Se puder, amamente o seu bebé.
 - A terapêutica hormonal de substituição (THS) aumenta o risco de determinados cancros. Limite o recurso à THS.
- 11 Assegure-se de que os seus filhos estão vacinados contra:
 - Hepatite B (recém-nascidos)
 - Vírus do papiloma humano (HPV) (raparigas).
- 12 Participe em programas organizados de rastreio do cancro para:
 - Cancro colo-retal (homens e mulheres)
 - Cancro da mama (mulheres)
 - Cancro do colo do útero (mulheres).

O Código Europeu Contra o Cancro incide nas medidas que os cidadãos podem tomar individualmente para contribuir para a prevenção do cancro. Uma boa prevenção do cancro exige que estas ações individuais sejam apoiadas por políticas e medidas públicas.

Saiba mais sobre o Código Europeu Contra o Cancro em: <http://cancer-code-europe.iarc.fr>



ANEXO B – Normatização do Serviço de odontologia oncológica do HGP



- As solicitações deverão ser solicitadas respeitando regras impostas pela SESA/SECAD-TO e acordadas com a Coordenação Setorial, respeitando a necessidade, de modo a não comprometer o funcionamento do serviço de odontologia no setor;
- O profissional deverá satisfazer aos horários escalados de forma presencial, não sendo permitida a ausência do profissional no período de cumprimento dos plantões, salvo casos excepcionais autorizados pela chefia imediata e/ou casos justificados;
 - Os comunicados referentes à solicitação de trocas de plantões ou afins deverão obedecer à antecedência de até 48 horas dos plantões propostos e entregues para a Coordenação Setorial; sendo de responsabilidade de o interessado providenciar o substituto habilitado para a substituição; observando o limite de trocas, segundo o Departamento de Recursos Humanos do HGPP, que são de no máximo 03 (três) plantões mensais, salvo casos excepcionais acordados com a Coordenação Setorial da Odontologia Oncológica;
 - No caso da impossibilidade de assumir o plantão escalado no horário estipulado, o profissional fica responsável por avisar a Coordenação Setorial quanto a situação e motivo. Em caso da ausência do servidor, vir a se estender, o Coordenador deve comunicar aos colegas escalados e providenciar suporte no setor até a sua chegada, devendo apresentar causa justificada para o ocorrido;
 - O Cirurgião Dentista deverá entregar o(s) atestado(s) no setor responsável (Saúde ocupacional) no prazo de até dois dias úteis, a contar do primeiro dia do mesmo; e providenciar cópia para o Coordenador do Setor;
 - A Avaliação Periódica ou Probatória no sistema deve ser contemplada dentro do tempo previsto para que a Coordenação Geral possa dar continuidade;
 - Durante o cumprimento dos plantões não é permitido outra atividade que não o serviço inerente ao paciente ou ao interesse do setor, equipe e Hospital;
 - O profissional deve apresentar compromisso participativo nas reuniões da equipe, interagindo e compartilhando de forma ativa na concretização dos projetos e metas almejados;
 - O contato pessoal, na lista de profissionais do Hospital e do Setor, deve estar atualizado para a Coordenação e colegas;
 - Os Profissionais devem zelar pelos equipamentos e materiais do seu setor, mantendo-os organizados e em adequadas condições de trabalho;
 - O código de ética da Odontologia deverá ser seguido integralmente por todos os profissionais como princípio norteador da sua conduta;
- ### II- ATRIBUIÇÕES DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA ONCOLOGIA NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS - HGP
- Contribuir para a adequada organização e o bom andamento do setor;
 - Agir de forma ética e comprometida com a Instituição e demais equipes;
 - Cumprir normas e rotinas da Instituição e demais equipes;
 - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar e ambulatorial;

- ...planear ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente estável, crítico ou potencialmente crítico, utilizando Intenções de Trabalho e procedimentos específicos da Odontologia;
6. Atender a todos os pacientes diagnosticados com Câncer (CA) e encaminhados pela equipe médica para o serviço de odontologia oncológica;
 7. Avaliar Clinicamente, mediante exame de RX Panorâmico (solicitado a todo o paciente como rotina de entrada no Setor), e prontuário médico, os pacientes a ele encaminhados;
 8. Planejar o tratamento dos pacientes encaminhados ao Setor, analisando em conjunto com toda a equipe da odontologia oncológica, documentando através do prontuário odontológico, que ficará arquivado no próprio no setor;
 9. Todos os pacientes que se submeterão ao tratamento de QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA deverão, impreterivelmente, se submeter ao tratamento odontológico, pois os mesmos serão liberados para os respectivos tratamentos após liberação do laudo odontológico devidamente preenchido, datado, carimbado e assinado;
 10. Realizar tratamento de laserterapia a pacientes internos e ambulatoriais quando da necessidade de intervenção e/ou prevenção de lesões bucais como as Mucosites;
 11. Confeccionar moldeiras para Aplicação Tópica de Flúor (ATF), assim como Orientações de Higiene Oral, com prescrição de Clorexidina a 0,12% sem álcool a todos os pacientes dentados que serão submetidos à RADIOTERAPIA;
 12. Orientar os pacientes desdentados, quanto ao uso da Clorexidina a 0,12% sem álcool durante o tratamento de RADIOTERAPIA;
 13. Orientar sobre os cuidados com a saúde oral, os pacientes em QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA, no pré e pós-tratamento oncológico;
 14. Assistir a todos os pacientes oncológicos internados devido a cirurgias e ou submetidos a protocolos quimioterápicos, em frequência diária e de forma interativa fizerem necessários, incluindo a Laserterapia.
 15. Agendar, de forma periódica, o retorno de todos os pacientes atendidos pelo Setor de Odontologia Oncológica, para revisão e os tratamentos que se fizerem necessários. Além disso, a equipe encontra-se disponível para resolver as intercorrências.
 16. Responder aos pareceres referentes ao serviço que lhe forem solicitados;
 17. Realizar a Exodontia dos dentes com prognósticos duvidosos (dentes com cavitação com cárie extensa, lesão periapical com teste de vitalidade, doença periodontal ativa, comprometimento pulpar, imagem radiotransparente periapical com cavitação tratamento endodôntico, raiz residual, terceiro molar impactado em dente incluído) anteriormente a RADIOTERAPIA, devido a impossibilidade de fazer esta Exodontia no período de 5 anos após o término do tratamento Radioterápico (Alto risco de desenvolver OSTEORADIONECCROSE);
 18. Realizar os tratamentos em pacientes dântulos: Restaurações em cáries incipientes, Raspagem supra e/ou subgingival, Remoção de aparelhos ortodônticos fixos e

...remoção de próteses fixas e removíveis mal adaptadas, anteriormente ao tratamento de RADIOTERAPIA;

19. Instruir o paciente em tratamento de RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO e QUIMIOTERAPIA, e que faz uso de próteses removíveis (total ou parcial), para a suspensão do uso da mesma durante o tratamento e informar que seu uso só poderá ser liberado após avaliação, num tempo mínimo de um mês após o término do tratamento, da mucosa oral;
20. Solicitar os exames laboratoriais e o risco cirúrgico, previamente aos procedimentos operatórios;
21. Instruir os pacientes que submeteram a tratamento cirúrgico (Exodontias) a iniciar o tratamento RADIOTERÁPICO passado o mínimo de 10 dias pós-cirurgia;
22. Instruir os pacientes que irão realizar tratamento de RADIOTERAPIA sobre a importância da terapia com uso do flúor durante o tratamento, em virtude do aumento do índice de cárie, devido a xerostomia (com o auxílio das moldeiras individuais confeccionadas para os mesmos);
23. Vedar a aplicação de Laser de Baixa Potência sobre o leito tumoral ou na área da excisão cirúrgica;
24. Entregar ao paciente o Laudo de liberação odontológico, juntamente com as recomendações expressas para pacientes dântulos e edântulos, quanto aos procedimentos e cuidados a serem tomados durante e pós Radioterapia e Quimioterapia;
25. Proceder ao tratamento de pacientes que porventura desenvolvam a Osteoradionecrose, através da terapia de Laser, associada ao uso de Azul de Metileno 0,005%;
26. Seguir o mesmo protocolo de atendimento dos pacientes em RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO para os pacientes em QUIMIOTERAPIA com Bisfosfonatos;

Coordenação da Odontologia Oncológica

ANEXO C – Orientações sobre cuidados orais durante o tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço para pacientes dentados e desdentados.

ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS ORAIS DURANTE O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO - PACIENTE DESDENTADO

Você receberá tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço nas próximas semanas. Durante o tratamento você observará mudanças importantes na boca e na região irradiada. Algumas destas alterações são percebidas ao longo do tratamento tais como:

- Alteração progressiva do paladar (ex.: gosto metálico);
- Diminuição da produção de saliva, que causa secura da boca;
- Dificuldade em engolir;
- Rouquidão.

O QUE FAZER PARA SE SENTIR MELHOR?

- Por isso é importante que você siga as instruções abaixo:
- Manter uma boa higiene oral, inclusive escovando a língua;
- Evitar enxaguardos orais que contenham álcool, use apenas o prescrito;
- Evitar balas, e refrigerantes com açúcar;
- Evitar alimentos picantes, ácidos e alcoólicos;
- Bochechar o medicamento prescrito pelo dentista;
- Proibido fumar;
- Evite alimentos muito quentes, gelados e muito temperados;
- Evite frutas e/ou sumos ácidos (ex.: laranja, limão);
- Manter a boca úmida bebendo goles de água pequenos e freqüentes;
- Aplicar sobre a pele com queimadura da Radioterapia, compressas de chá de camomila gelado.

ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS ORAIS DURANTE O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

Você receberá tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço nas próximas semanas. Durante o tratamento você observará mudanças importantes na boca e na região irradiada. Algumas destas alterações são percebidas ao longo do tratamento tais como:

- Alteração progressiva do paladar (ex.: gosto metálico);
- Diminuição da produção de saliva, que causa secura da boca;
- Dificuldade em engolir;
- Rouquidão.

Por isso é importante que você siga as instruções abaixo:

O QUE FAZER PARA SE SENTIR MELHOR ?

- Escovar os dentes suavemente, gengivas e língua após cada refeição;
- Utilizar suavemente o fio dental diariamente ;
- Utilizar o flúor como indicado;
- Evitar enxaguardos orais que contenham álcool, use apenas o prescrito;
- Evitar balas, chicletes e refrigerantes com açúcar;
- Evitar alimentos picantes, ácidos e alcoólicos;
- Bochechar os medicamentos prescritos pelo dentista;
- Proibido fumar;
- Evite alimentos muito quentes, gelados e muito temperados;
- Evite frutas e/ou sumos ácidos (ex.: laranja, limão);
- Manter a boca úmida bebendo goles de água pequenos e freqüentes;
- Para as queimaduras da Radioterapia na pele aplicar compressas de chá de camomila gelado.

- **VOCÊ DEVE RETORNAR NESTA CLINICA APÓS A RADIOTERAPIA (06 EM 06 MESES)**
- **VOCÊ NÃO PODERÁ SE SUBMETER A EXTRAÇÕES DENTÁRIAS POR UM PERÍODO DE 05 ANOS**

ANEXO D – Relatório odontológico de pacientes submetidos a quimioterapia, radioterapia e quimioterapia combinada com radioterapia.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS**

Paciente: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
CNS: ~~XXXXXXXXXXXX~~
Data Nasc: ~~XXXXXXXXXX~~

Relatório Odontológico

O Paciente acima foi submetido à avaliação e tratamento odontológico tendo em vista a necessidade de tratamento quimioterápico e radioterápico.

O paciente foi orientado quanto aos cuidados orais durante e após o tratamento quimioterápico. E a necessidade do uso de prótese, serviço este não realizado nesta unidade de saúde.

Feita prescrição de enxaguatório bucal específico (**clorhexidina a 0,12%**).

O paciente deverá retornar para controle e avaliação odontológica após tratamento oncológico.

Palmas, 13 de junho de 2018.

**André Luiz de Souza Pezzana
CRO-TO-366**

**Dr Ricardo Franklin de Sousa
CRO – TO 564**



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

Paciente: [REDACTED]
CNS: [REDACTED]
Data Nasc: [REDACTED]

Relatório Odontológico

A Paciente acima foi encaminhada para avaliação e tratamento odontológico tendo em vista a necessidade de tratamento oncológico (quimioterapia).

A paciente foi submetida a tratamento odontológico e também foi orientada quanto aos cuidados orais durante e após o tratamento Oncológico. Foi feita prescrição de enxaguatório bucal específico (clorhexidina a 0,12% sem álcool).

A Paciente foi orientada quanto ao retorno de 06 em 06 meses.

Palmas, 06 de dezembro de 2018.

ALBERTO GOMES PEREIRA
CRO-TO-288

End: 201 Sul - Av. NS1, Conj. 02 - Lote 01
C.E.P. - 77015-202 - Palmas-TO
Fone: (63) 3218-7800 / Fax: (63) 3218-7855



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

Paciente: [REDACTED]
CNS: [REDACTED]
Data Nasc: [REDACTED]

Relatório Odontológico

O paciente acima foi submetido à avaliação e tratamento odontológico tendo em vista a necessidade de tratamento radioterápico.

O paciente foi orientado quanto aos cuidados orais durante e após o tratamento quimioterápico.

Feita prescrição de enxaguatório bucal específico (**clorhexidina a 0,12%**).


O paciente deverá retornar durante a realização da radioterapia para aplicação de laser na cavidade oral, visando a prevenção e controle de possível surgimento de quadro de mucosite oral.

Palmas, 21 de novembro de 2018.

Ricardo Franklin de Souza
CRO-TO-564

End: 201 Sul - Av. NS1, Conj. 02 - Lote 01
C.E.P. - 77015-202 - Palmas-TO
Fone: (63) 3218-7800 / Fax: (63) 3218-7855

ANEXO E- ficha clinica dos pacientes do ambulatório odontológico e da internação


 GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

FICHA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA

SETOR: _____ ADMISSÃO () EXTUBAÇÃO ()
 NOME: _____ FIA: _____ Leito: _____
 DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: _____ DIAS UTI: _____ SEXO: F () M ()
 DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR: / / DATA INTERNAÇÃO/SETOR: /-/-
 CIRURGIÃO-DENTISTA: _____
 DATA DA AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA: / /
 DIAGNOSTICO MEDICO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

ALERGIA: _____ COMORBIDADES: _____
 MEDICAMENTOS EM USO: _____

ESTADO GERAL: GRAVE () GRAVISSIMO () ESTÁVEL () INSTÁVEL ()
 CONSCIÊNCIA: ALERTA () SEDADO/ANALGESIA () DESMAME ()
 COMUNICAÇÃO VERBAL: SIM () NÃO ()
 DIETA: ZERO () ORAL () SNG () SNE () JENJUNOSTOMIA () GASTROTOMIA ()
 VE: () VMNI: CATETER O₂ () MASCARA O₂ () VNI ()
 VMI: TRAQEOSTOMIA () TUBO OROTRAQUEAL - TOT ()
 IRP () IRC () IRA () ITU () ISC () PNM () INF. BACT. MULTIRRESISTENTE ()
 OUTRAS INFECÇÕES () LOCAL: _____
 SEPSIS NA ADMISSÃO () SIM () NÃO ENFARTAMENTO GG () LOCAL _____
 EXAMES COMPLEMENTARES: ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS () SIM () NÃO
 QUAIS: _____

EXAME DA CAVIDADE BUCAL:

DENTADO TOTAL () DENTADO PARCIAL () DESDENTADO ()
 PRESENÇA DE PROTESES: FIXA () REMOVIVEL () APARELHO ORTODONTICO ()
 PRESENÇA DE DOENÇAS BUCAIS:
 CARIES: () GENGIVITE () PERIODONTITE () CALCULO ()
 ALTERAÇÕES BUCAIS:
 SABURRA LINGUAL () ABSCESSO () MOBILIDADE DENTAL ()
 SANGRAMENTO () RAIZ RESIDUAL ()
 FRATURAS DENTARIAS () FRATURAS DE OSSOS DA FACE ()
 DOR () NECROSE DE TECIDOS MOLES/OSSOS: ()
 LUXAÇÃO ATM () DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR () HALITOSE ()
 LESÕES: _____
 ALTERAÇÕES SALIVARES: _____

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)			
	Código	Parâmetros de Avaliação Clínica	
		Índice	Condição
	0	0	Higiene bucal satisfatória
	1	1	Higiene bucal regular
	2	2	Higiene bucal insatisfatória
	3	3	Higiene bucal insatisfatória

Higiene bucal: () Satisfatória () Regular () Insatisfatória
 Preenchimento AIH: () Sim () Não Data: _____ CD responsável: _____

CONDUTA: _____

PROTOCOLO DE HIGIENE BUCAL: _____

Assinatura e carimbo

DATA	EVOLUÇÃO	Assinatura-DENTISTA
Set 23 01 01 07 - 0		

PAV PRECOCE () TARDIA ()
 HIGIENE BUCAL NA EXTUBAÇÃO: / /



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

**FICHA CLÍNICA DE ACOMPANHAMENTO
ODONTOLOGIA ONCOLÓGICA**

Nome: _____ Nº Leito _____
Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____ Sexo: () Masc. () Fem.
Data de Internação: _____
Diagnóstico Médico: _____
CID10: _____
Medicações em uso: _____
Diagnóstico odontológico: _____
Cavidade Oral: Presença de lesão: () Não () Sim Tipo: _____
Região de Lesão: () Palato () Assoalho bucal () Língua () Mucosa jugal () Lábios
Uso de Prótese: () Não () Sim
Higiene Oral: () satisfatório () regular () insuficiente
Cloroxidina: () Não () Sim Laserterapia: () Não () Sim
Em Quimioterapia: () Não () Sim Em Radioterapia: () Não () Sim
Observações: _____

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA DIÁRIA	CIRURGIÃO- DENTISTA