

ODONTOLOGIA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

HOSPITAL DENTISTRY WITH EMPHASIS IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Lethicia Luiza Rampanelli de Azevedo¹
Isadora dos Santos Rotta²
Gabriel de Melo Alves³
Carla Cioato Piardi⁴

Unitermos:

Equipe Hospitalar de Odontologia; Serviço hospitalar de Oncologia; Manifestações bucais.

RESUMO

Objetivo: Revisar a literatura existente e compreender a importância da inserção da Odontologia em ambiente hospitalar, às abordagens em pacientes oncológicos e principais manifestações orais nesses pacientes. **Materiais e Métodos:** O estudo consiste em uma revisão de literatura, que buscou artigos disponíveis sobre Odontologia Hospitalar com ênfase em pacientes oncológicos, nas bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde e Cochrane Library. O período de busca dos artigos foi de 2016 a 2021 e foram encontrados 32 estudos, sendo 16 revisões narrativas, 3 revisões integrativas, 4 revisões sistemáticas, 4 estudos observacionais, 2 estudos de casos clínicos, 1 ensaio experimental, 1 ensaio clínico randomizado e 1 relato de experiência. **Resultados:** Com relação às manifestações orais de pacientes oncológicos, as mais prevalentes são: xerostomia, candidíase oral, disfagia e mucosite oral. Os estudos investigados retratam a melhora na qualidade de vida dos pacientes com a inserção do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar, desde a atuação preventiva até níveis mais complexos como cuidados paliativos. **Considerações finais:** Pacientes oncológicos apresentam agravos bucais que necessitam de atendimento integrado. Apesar da importância do tema no contexto das evidências encontradas, a inserção do cirurgião-dentista ainda é falha no âmbito hospitalar, sendo sua inserção preventiva, diagnóstica, terapêutica e paliativa na equipe interdisciplinar hospitalar.

¹ Graduada pelo do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest, Lages, Santa Catarina, Brasil.

² Mestre em Odontologia, Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest, Lages, Santa Catarina, Brasil

³ Graduando pelo do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest, Lages, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Mestre em Odontologia, Professora do Curso de Odontologia da Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Dental
Staff; Oncology Service,
Hospital; Oral
Manifestations; Dental
Care.

Purpose: Review the existing literature and understand the importance of inserting Dentistry in a hospital environment, approaches to cancer patients and the main oral manifestations of these patients. **Materials and methods:** The study consists of a literature review, which sought available articles on Hospital Dentistry with an emphasis on cancer patients, in the PubMed, Scielo, Google Scholar, Virtual Health Library and Cochrane Library databases. The search period for the articles was from 2016 to 2021 and 32 studies were found, 16 narrative reviews, 3 integrative reviews, 4 systematic reviews, 4 observational studies, 2 clinical case studies, 1 experimental trial, 1 randomized clinical trial and 1 experience report. **Results:** Regarding the oral manifestations of cancer patients, the most prevalent are: xerostomia, oral candidiasis, dysphagia and oral mucositis. The investigated studies portray the improvement in the quality of life of patients with the insertion of the dental surgeon in the interdisciplinary team, from preventive action to more complex levels such as palliative care. **Final considerations:** Oncological patients experience oral complications that require integrated care. Despite the importance of the theme in the context of the evidence found, the insertion of the dental surgeon is still lacking in the hospital environment, with its preventive, diagnostic, therapeutic and palliative insertion in the hospital's interdisciplinary team.

INTRODUÇÃO

Em 2015, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), através do Código de Ética Odontológica, normatizou o exercício da Odontologia Hospitalar, por meio da Resolução CFO-162/2015. A atuação foi definida como um conjunto de práticas que visam a promoção de saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento de doenças orofaciais, das manifestações orais de doenças sistêmicas ou em consequência dos respectivos tratamentos dessas enfermidades. Contempla pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar¹.

A atuação do cirurgião-dentista (CD) em âmbito hospitalar proporciona um acompanhamento clínico específico e tratamento individualizado do paciente, assegurado pelo relacionamento entre a equipe multidisciplinar, paciente/família e instituição². Dentre as necessidades odontológicas nestes ambientes, encontramos demanda de pacientes oncológicos que apresentam manifestações orais provenientes do tratamento oncológico, associado a altas frequências de toxicidades agudas e crônicas. Os cuidados odontológicos prestados a esses pacientes hospitalizados são capazes de minimizar a dor e sofrimento resultantes da terapia oncológica. Consequentemente, reduz custos hospitalares (item esse de extremo interesse por parte das instituições financiadoras da saúde pública ou privada), além de contribuir

para o desfecho do tratamento, assegurando menores chances de interrupções da quimioterapia e radioterapia, e/ou evasão do tratamento³.

A abordagem multidisciplinar para pacientes oncológicos conta com a atuação do cirurgião-dentista no intuito de prevenir, eliminar ou estabilizar possíveis efeitos adversos na cavidade bucal, durante o tratamento do câncer. É de responsabilidade do cirurgião-dentista a eliminação de possíveis focos infecciosos, fontes de traumas, e acompanhamento da saúde bucal do paciente antes e após a terapia oncológica. Dessa forma, desempenhando papel fundamental no bem-estar destes pacientes⁴.

Nessa perspectiva, a Odontologia Hospitalar, inserida na equipe multidisciplinar, poderá proporcionar atenção integral ao paciente e sua família, em uma abordagem que não se limita a cura, mas também nos cuidados paliativos focados no alívio de dores, visando o conforto físico, psicossocial, espiritual e na qualidade de vida⁵. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi revisar a literatura existente e compreender a importância da inserção da Odontologia em ambiente hospitalar, às abordagens em pacientes oncológicos e principais manifestações orais destes pacientes.

METODOLOGIA

Como estratégia para a busca de trabalhos relacionados ao tema, foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cochrane Library. Os termos de busca foram: Odontologia Hospitalar (*Hospital Dentistry*), Oncologia Integrativa (*Integrative Oncology*), serviço hospitalar de oncologia (*Oncology Service Hospital*), cuidados paliativos (*Palliative Care*). O operador booleano AND foi utilizado na estratégia.

Como critérios de inclusão, artigos pertinentes ao tema de pesquisa; publicados entre os anos de 2016 a 2021; disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol foram selecionados. A seleção se deu inicialmente pela leitura de títulos e resumos, e após a leitura na íntegra dos trabalhos que estavam dentro dos critérios citados acima.

Odontologia Hospitalar

Durante muitos anos, a Odontologia, como prática de assistência liberal, teve em vista atividades inerentes à clínica, com abordagem individual e coletiva. Atualmente, os pacientes vêm sendo observados na sua integralidade. O reflexo dessa mudança é ponderado em novos conceitos e interfaces atuais³. Nesse cenário, a Odontologia Hospitalar surge com o intuito de atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar hospitalar, por meio de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal⁷. Legislações relacionadas ao âmbito de assistência hospitalar têm sido reformuladas com a finalidade de contribuir na prestação de serviços de saúde bucal, seguindo os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade¹.

Em 2010, a ANVISA elaborou a Resolução da Diretoria Colegiada nº7, determinando as condições básicas para funcionamento de UTIs, sendo incluída a assistência odontológica à beira leito. Após três anos, tal resolução entrou em vigor, não deixando especificada a carga horária mínima deste profissional, sendo este um viés para seu não cumprimento de forma efetiva⁷.

Em consonância, a Portaria 1.032, de 5 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial, inclui na tabela de procedimentos oferecidos pelo SUS, serviços odontológicos para pacientes com necessidades especiais tratados em hospitais⁸. Essa portaria, além de ressarcir os cirurgiões-dentistas que realizam esses procedimentos de alta complexidade, garante que os procedimentos realizados na atenção primária e secundária, poderão ser realizados na atenção terciária⁷.

Conforme os artigos do Código de Ética Odontológica (CFO, 2012, p.8), compete ao cirurgião-dentista “*internar, bem como assistir pacientes em hospitais públicos, privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições e as normas do Conselho Federal de Odontologia*”. Para assegurar o exercício da Odontologia Hospitalar, as resoluções nº 162 e nº 163/2015 do CFO, definem a área como de atuação dos cirurgiões-dentistas habilitados a exercê-la⁸.

De acordo com as Resoluções 203 e 204/2019, que complementam e fazem pequenas alterações nas Resoluções nº 162 e nº 163/2015, as abordagens do CD habilitado em Odontologia Hospitalar incluem:

- Atuação em equipes interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares na promoção de saúde, fundamentada em evidências científicas;
- Prestar assistência odontológica em regime hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência, incluindo suporte básico de vida e críticos;
- Aplicar conhecimentos em Odontologia Hospitalar, adquirido em clínica propedêutica, sobre diagnósticos, sempre baseado em evidências científicas. Atuando de forma dinâmica, reconhecendo-se como agente dentro do processo de abordagem interdisciplinar;
- Realizar pesquisas e projetos de natureza técnica e científica, estimulando assim, o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos dentro da Odontologia Hospitalar;
- Integrar-se de forma atuante, em programas de prevenção, manutenção, promoção, proteção e recuperação de saúde em âmbito hospitalar¹.

O reconhecimento da Odontologia Hospitalar por parte do próprio CFO, seguido pela criação de leis que garantem a prestação de atendimento odontológico ao paciente hospitalizado e a própria fiscalização do cumprimento das mesmas, são medidas que demonstram um avanço na valorização e na inserção do CD na atenção multidisciplinar hospitalar⁹.

Abordagem da Odontologia Hospitalar sob pacientes oncológicos

Pacientes com câncer comumente apresentam-se imunossuprimidos em função da própria doença ou em consequência do protocolo oncológico, com subsequente aumento de complicações locais e/ou sistêmicas¹⁰. As complicações orais podem ser causadas por vários fatores, incluindo o uso contínuo de medicamentos, diminuição do fluxo salivar, permanência da cavidade bucal fechada, hábitos de higiene oral deficiente ou ainda uso de tubos orotraqueais¹¹.

Dentre as principais complicações associadas à internação de pacientes oncológicos temos a mucosite oral, hemorragias persistentes, disfunção de glândulas

salivares, neutropenia febril, necrose óssea, alteração ou perda de paladar, complicações infecciosas ou em consequência da progressão da própria doença de base³.

A assistência odontológica desempenha papel fundamental antes, durante e após a terapia antineoplásica, para tratar e prevenir efetivamente possíveis complicações orais, além de, reduzir o tempo de internação e melhorar a qualidade de vida¹². O cirurgião-dentista em ambiente hospitalar exerce papel essencial junto à equipe multidisciplinar no atendimento de pacientes oncológicos, sendo necessário o conhecimento de todos os efeitos adversos que eventualmente possam surgir na cavidade bucal. O controle desses efeitos proporcionará ao paciente uma melhor qualidade de vida, além de minimizar os riscos de aparecimento de complicações orais¹³.

Abordagem geral prévia a Terapia Antineoplásica

É fundamental a avaliação pré-tratamento antes do início da terapia antineoplásica, objetivando a prevenção e/ou diminuição de possíveis complicações, bem como a solicitação de radiografias para avaliar estado dentário e periodontal.

Junto a isto, eliminar toda infecção intraoral por meio de tratamento periodontal, restaurações, exodontia e instruções de higiene oral¹².

Indica-se o uso do digluconato de clorexidina para pacientes que apresentam higiene oral precária, bem como aplicação tópica de flúor em pacientes com alto risco de cárie ou xerostomia. Em casos de tratamento endodôntico, preconiza-se o uso de hidróxido de cálcio como medicação, por sua ação antisséptica. Pacientes em tratamento ortodôntico devem ter seus dispositivos removidos em casos de má higiene ou de quimioterapia. Próteses removíveis inadequadas também devem ser removidas¹³.

Procedimentos invasivos devem ser realizados, idealmente, até três semanas antes do início do tratamento antineoplásico, com mínimo trauma e optando pelo fechamento de feridas por primeira intenção. Também, quando possível, realizar a prevenção da hipossalivação com betanecol¹⁴.

Abordagem geral durante a Terapia Antineoplásica

Nessa fase do tratamento, é fundamental estabelecer um plano de tratamento

alinhado com a situação do paciente e discutir com o oncologista, que fará recomendações terapêuticas, por meio de antibióticos, analgésicos, transfusão de plaquetas e, se necessário, solicitar admissão hospitalar deste paciente para realizar os procedimentos necessários¹³.

Esforços se voltam para avaliações semanais, com foco na manutenção da saúde intraoral com o controle de possíveis alterações decorrentes do tratamento, ressaltando que, procedimentos invasivos são contraindicados durante a radioterapia¹². Instruções de higiene oral devem ser reforçadas durante todo o tratamento, visto que reduzem o risco de desenvolvimento de mucosite sem causar aumento nas taxas de septicemia. Os pacientes devem usar escova dental com cerdas de nylon macias e escovar no mínimo 2 vezes ao dia. Em casos de trombopenia que apresentem sangramento em escovação, está indicada a utilização de swab ou gaze¹⁴.

Um evento recorrente durante o tratamento oncológico é a neutropenia, que pode ser induzida por quimioterapia, definida como a redução no número de neutrófilos circulantes causado pela administração de quimioterapia mielotóxica, por meio de conclusões baseadas em resultados de testes laboratoriais abaixo de 3×10^9 células/L. Neutropenias mais graves podem apresentar episódios recorrentes, com ou sem picos febris¹⁵.

Altos índices de hospitalizações são relatados em pacientes graves, acompanhado do uso de antibioticoterapia intravenosa no combate às infecções, causando efeitos diretos na qualidade de vida do paciente. Desfechos clínicos adversos são observados nesses quadros, infecções potencialmente fatais podem ser desencadeadas¹⁶.

Estudos afirmam que episódios sépticos em paciente neutropênicos estão associados com a microbiota da cavidade bucal e a intervenção odontológica preventiva diminui a severidade e a incidência das complicações bucais decorrentes da terapia antineoplásica. Tratamentos odontológicos eletivos devem ser realizados somente em pacientes com condições clínicas favoráveis. Em casos de atendimento de emergência, faz-se necessário contato prévio com o médico responsável pelo paciente¹⁶.

Abordagem geral posterior à Terapia Antineoplásica – incluindo fase de cuidados paliativos

O foco após a conclusão da oncoterapia é manter a eficiência de medidas de higiene oral estabelecidas, além de realizar manutenções do estado de saúde bucal, monitorando possíveis recorrências ou efeitos tardios advindos do tratamento antineoplásico. Não se recomenda intervenções agressivas, como exodontia, por um período mínimo de 6 meses após quimioterapia, ou 1 ano após radioterapia¹⁷.

Em casos que procedimentos invasivos sejam necessários, recomenda-se realizar profilaxia antibiótica, seguida de antibioticoterapia por 7 dias. Caso o paciente tenha sido exposto a radiações ionizantes é importante informá-lo sobre o risco de osteorradionecrose. O termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente é indispensável¹⁴.

Além disso, é de suma importância que o paciente se sinta apoiado pelo cirurgião-dentista, bem como, por toda a equipe multidisciplinar. É necessário esclarecer o plano de acompanhamento de cuidados a fim de dissipar qualquer preocupação sobre os passos após terapia oncológica. Nesse sentido, os fatores psicológicos e emocionais do paciente devem ser considerados para melhor manejo¹³.

Alterações orais decorrentes do tratamento neoplásico: conduta específica

Inúmeras são as manifestações orais desenvolvidas em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico, na sequência serão citadas algumas destas, abordando sua definição, abordagens prévias, durante e/ou após terapia antineoplásica.

1. Disgeusia

Primeira alteração que surge acompanhando o tratamento radioterápico. Se dá pela atrofia das papilas gustativas causadas pela radiação, associada a redução do fluxo salivar. A perda ou diminuição do paladar pode persistir de semanas a meses¹². Ainda, essa distorção persistente da sensação gustativa pode se manifestar de forma transitória ou permanente, e apresenta-se como perda ponderal, anorexia, desnutrição, quadros depressivos e redução da qualidade de vida, influenciando de forma significativa o cotidiano do paciente¹⁴.

O tratamento consiste em uma série de recomendações: mastigar frutas cítricas, estimulando desta forma a salivação, ingestão de líquidos em volume pequeno e repetidas vezes no decorrer do dia, inclusive durante as refeições para facilitar a mastigação e a deglutição. Alimentos mais úmidos devem ser priorizados, enquanto alimentos secos ou muito condimentados devem ser evitados. Além do manejo nutricional, inclui-se nas recomendações, substituição de saliva, uso de protetores labiais, além de bons hábitos de higiene oral¹⁸.

2. Mucosite Oral

Pacientes submetidos ao tratamento antineoplásico em região de cabeça e pescoço, podem apresentar quadros de mucosite oral. Clinicamente se manifesta por lesões ulcerativas e/ou erosivas em mucosa oral e/ou trato gastrointestinal, resultando em dor de intensidade leve, moderada ou grave. A perda significativa de qualidade de vida pode influenciar no estado nutricional do paciente^{14,19}.

O tratamento da mucosite oral visa, além do alívio da dor, acelerar reparos teciduais e controlar possíveis infecções²⁰. Uma das opções para o manejo dessa manifestação é a laserterapia de baixa potência, que atuará na diminuição do tempo de inflamação aguda, acelerando o processo de cicatrização das feridas. Aplicações diárias reduzem a duração e a intensidade da mucosite, diminuindo assim a dor do paciente. Outra possibilidade é a prescrição de anestésicos tópicos, os quais devem ser aplicados antes das refeições para reduzir a sensação de queimação²¹.

Alguns tratamentos são propostos como forma de prevenção da mucosite oral, é o caso da laserterapia de baixa potência, que além de tratar os sintomas, pode ser usada para prevenir o desenvolvimento desta complicação. O uso de suplementos sistêmicos de zinco, administrados por via oral, também pode ser benéfico. No entanto, atualmente, não há um protocolo definido para a profilaxia da mucosite induzida por tratamentos antineoplásicos²².

3. Hemorragias orais

A etiologia das hemorragias orais está baseada em três principais fatores: secundárias a trombopenia, deficiências em fatores de coagulação e/ou danos vasculares. Serão utilizados meios para promover hemostasia local, além de medidas sistêmicas adequadas para cada caso (transfusão sanguínea ou de plaquetas). Enxágues com peróxido de hidrogênio a 3% para limpar as feridas e remover

possíveis focos infecciosos podem ser realizados. É importante o cuidado para não promover deslocamento dos coágulos que desencadeiam novos quadros hemorrágicos¹⁴.

4. Xerostomia

Xerostomia, sintoma conhecido pela sensação de boca seca, resulta de disfunções das glândulas salivares reduzindo a produção de saliva, condição chamada de hipossalivação²³. O mecanismo de hipossalivação ocorre devido ao comprometimento do componente parenquimatoso das glândulas salivares pela radiação. A glândula se torna fibrótica, reduz a microcirculação e desencadeia na degradação parenquimatosa, levando à diminuição do fluxo salivar²¹.

Com menor capacidade de lubrificação e a saliva mais espessa, o pH diminui, sendo este, um predisposto à maior incidência de lesões cariosas. Essa atividade de cárie aumentada tende a acontecer no primeiro trimestre do tratamento radioterápico, geralmente diminuindo do sexto ao décimo segundo mês, com a implantação de protocolos de reposição salivar e de higiene oral rigorosa²⁴.

Apesar de ser uma alteração comum, o controle da xerostomia e do hipofluxo salivar consiste em tratamentos que estimulem o fluxo salivar, como a laserterapia de baixa potência, aplicação de fluoretos, reposição de líquidos e o uso de saliva artificial²³. Agentes que auxiliam na hidratação oral e, conseqüentemente, diminuem possíveis efeitos adversos, como dor e a capacidade de fala, foram propostos na literatura, sendo esses: Salient® (Salient Pharma, Dinamarca), Aquoral (EUA) e solução aquosa de glicerol a 17%. Entretanto, apenas a solução aquosa de glicerol a 17% teve efeito positivo no alívio da xerostomia ao aplicá-la e 2h após sua aplicação. Ainda, o gosto e textura dos produtos deve ser considerado, e nesse quesito os produtos ainda merecem melhorias²⁵. Outra sugestão é a ingestão de 8 a 12 copos de água diariamente e abster-se da ingestão de tabaco, álcool, alimentos e bebidas com excesso de açúcar ou sal¹⁴.

5. Candidíase oral

O agente etiológico da Candidíase, a *Candida albicans*, se trata de um fungo residente da cavidade bucal que ao notar queda da imunidade do paciente ou constatar desequilíbrio da microflora bucal, se prolifera de maneira generalizada. Além de acometer a condição bucal, a Candidose evolui para quadros mais graves,

comprometendo o paciente sistematicamente²⁶. É considerada uma infecção secundária advinda das alterações na composição da saliva e na diminuição do fluxo salivar. Clinicamente se apresenta como placas brancas facilmente identificáveis, causando dor e queimação¹².

O tratamento desta condição é realizado com a administração de antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos, além de instrução de higiene oral¹². De forma paliativa, enxaguatórios bucais, géis e pomadas de uso oral podem ser indicados, no entanto, não existem evidências de que essas terapêuticas podem auxiliar na redução de outros sintomas da candidíase oral, como dor e dificuldade na deglutição²⁶.

6. Dermatite aguda

A dermatite aguda por radiação varia de acordo com a intensidade do tratamento. São comuns e causam eritema e edema combinados com perda de pele e ulcerações. Ao se tornar crônica, caracteriza-se por lesões brilhantes, atróficas e necróticas com telangiectasia (vasos finos na superfície da pele), perda de estruturas foliculares ou úlceras. O tratamento consiste em manter cuidados com a pele, como a manutenção da pele hidratada e o uso de protetor solar para evitar danos piores aos tecidos²⁷.

7. Cárie por radiação

Caracteriza-se por um tipo agressivo de cárie em indivíduos que receberam radioterapia na região de cabeça e pescoço. Se desenvolve rapidamente, atingindo a dentina em um mês, enquanto a cárie convencional levaria um tempo maior²⁸. Acredita-se que essa cárie resulta da alteração na composição química salivar e no desenvolvimento de micro-organismos cariogênicos. Além disso, mudanças nos hábitos alimentares são observados em casos de hipossalivação, onde carboidratos pastosos geralmente passam a ser consumidos com mais frequência, favorecendo assim, o desenvolvimento da cárie por radiação, podendo esta ser resultado dos efeitos indiretos ou diretos da radioterapia sobre os dentes¹⁴.

O tratamento diário com gel fluoreto de sódio neutro a 1%, aplicado com auxílio de moldeira pré-fabricada, por 5 minutos ao dia, mostrou-se eficaz na prevenção de cáries de radiação²¹.

8. Osteorradioneecrose

A osteorradioneecrose caracteriza-se pela exposição de osso desvitalizado em que não houve reparo tecidual e/ou celular entre três a seis meses, no mínimo, do momento do diagnóstico, em casos de ausência de doença neoplásica local. Apesar de ser mais comum na região de mandíbula, essa complicação severa oriunda da exposição à radiação ionizante também pode afetar a maxila. Ainda, pode apresentar-se de forma espontânea, ou como consequência de doenças periodontais, lesões apicais, traumas induzidos por próteses, cirurgias ou exodontia dentárias²⁹.

Quando há um desequilíbrio na remodelação óssea, no processo fisiológico entre deposição e reabsorção do tecido, o processo patológico da osteorradioneecrose é estabelecido. Além da necrose óssea, os sintomas incluem dor, disgeusia, fístula oroantral, odor fétido, trismo, fístula extraoral³⁰.

Várias são as formas de tratamento com o intuito de restaurar a vascularização óssea, promovendo um processo de cicatrização e hemostasia tecidual. A escolha do tratamento é baseada na gravidade da osteorradioneecrose. Alguns critérios para o sucesso da terapêutica são: uma condição assintomática estável, função normal, contorno ósseo normal e manutenção da mucosa oral subjacente¹⁴. Abordagens em estágios iniciais incluem tratamentos conservadores com uma combinação de: controle de higiene oral, oxigênio hiperbárico (profilático ou terapêutico), antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico³¹. Após o tratamento cirúrgico, reconstruções podem ser realizadas incluindo transferências microvasculares livres de tecido ósseo ou osteocutâneo de variantes locais (fíbula, escápula, crista ilíaca), ou pela confecção de próteses buco-maxilo-facial¹⁴.

9. Trismo

Caracterizado pela limitação de abertura bucal, o trismo é observado tardiamente em pacientes submetidos à radioterapia, causado pela exposição à radiação ionizante dos músculos masseter, temporal, pterigoideo medial e lateral, além da cápsula articular, levando os tecidos à fibrose. A partir dos primeiros sinais clínicos de comprometimento na mobilidade mandibular, o tratamento deve ser iniciado. Exercícios de fisioterapia com adequada orientação devem ser prescritos e acompanhados. A laserterapia de baixa intensidade também é utilizada no tratamento desta complicação¹².

10. Controle da dor

A dor é um sintoma bastante frequente em pacientes com câncer. Para cada tipo de dor, um tratamento específico deve ser realizado, além de possíveis intervenções clínicas. Medicamentos devem ser ministrados, podendo optar-se por analgésicos, opióides ou psicotrópicos, consoante a gravidade da dor: leve a moderada, moderada a intensa¹⁴.

Cuidados paliativos em Odontologia

Cuidados paliativos são ações conjuntas de cuidados realizados por uma equipe interdisciplinar, visando proporcionar qualidade de vida ao paciente com uma doença sem possibilidade de cura⁵. No Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) é o principal órgão multiprofissional que representa a prática paliativa, tem compromisso no desenvolvimento e reconhecimento desta prática como uma área de conhecimento científico e atuação profissional.

Os cuidados paliativos em Odontologia surgiram como uma abordagem terapêutica que deve ser integrada às equipes multidisciplinares, visto que, a cavidade bucal pode ser considerada um reflexo da saúde sistêmica do paciente. Em pacientes oncológicos, por exemplo, a elevada incidência de processos patológicos orais em estágios avançados da doença, devido à piora das condições sistêmicas e ocorrência adversa decorrentes da terapia antineoplásica, tais alterações são desencadeadas com o início do tratamento e podem se estender para os estágios de terminalidade¹⁴. Essas manifestações e as condutas frente a cada uma estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Manifestações orais e abordagens prévia, durante e após terapia antineoplásica

Manifestação Oral	Definição	Abordagem prévia a terapia antineoplásica	Tratamento durante ou após terapia antineoplásica – incluindo fase de cuidados paliativos
Disgeusia	Atrofia das papilas gustativas causadas pela radiação, resultando em perda ou diminuição do paladar transitória ou permanente ¹² .	É fundamental a avaliação antes de iniciar terapia antineoplásica. Profilaxia profissional.	Mascar frutas cítricas estimulando a salivação, ingestão de líquidos repetidas vezes ao dia, alimentação mais úmida, bons hábitos de higiene oral (ANCP, 2017).
Mucosite oral	Lesões ulcerativas e/ou erosivas em mucosa oral e/ou trato gastrointestinal, resultando em dor leve, moderada ou grave ^{14,19} .	Eliminação de todo e qualquer processo infeccioso intraoral: tratamentos periodontais, restaurações, exodontia ¹² .	Laserterapia de baixa potência, que atuará na diminuição do tempo de inflamação aguda. Outra possibilidade é a prescrição de anestésicos tópicos ²¹ .
Hemorragias orais	Perda de sangue do sistema circulatório por 3 fatores: secundárias a trombopenia, deficiências em fatores de coagulação e/ou danos vasculares ¹⁴ .	Instruções de higiene oral, prescrever bochechos com clorexidina 0,12% (se necessário) e aplicações tópicas de flúor.	Enxagues com peróxido de hidrogênio a 3% para limpar feridas e remover possíveis focos infecciosos ¹⁴ .
Xerostomia	Disfunções das glândulas resultando na redução do fluxo salivar, condição chamada de hiposalivação ²³ .	Próteses removíveis inadequadas e aparelhos ortodônticos devem ser removidos ¹³ .	Laserterapia de baixa potência, aplicação de fluoretos, reposição de líquidos, ingestão de líquidos, reposição salivar ²³ .
Candidíase oral	Infecção fúngica advinda das alterações na composição da saliva e da diminuição do fluxo salivar. Apresenta-se como placas brancas dolorosas de fácil identificação ¹² .	Procedimentos invasivos devem ser realizados até 3 semanas antes do início do tratamento. Prevenção de hiposalivação com betanecol ¹⁴ .	Administração de antifúngicos tópicos e/ou sistêmicos ¹² .
Dermatite aguda	Eritema e edema combinados com perda de pele e ulcerações ²⁷ .		Manter cuidados com a pele, mantendo-a hidratada e fazendo uso do protetor solar ²⁷ .
Cárie por radiação	Tipo agressivo de cárie em indivíduos que receberam radioterapia de cabeça e pescoço, desenvolvem-se rapidamente ¹⁴ .		Tratamento diário com gel fluoreto de sódio neutro a 1% aplicado com auxílio de moldeira pré-fabricada, por 5 minutos ao dia ²¹ .
Osteorradionecrose	Exposição de osso desvitalizado oriunda da exposição à radiação ionizante, pode se apresentar de forma espontânea, ou como consequência de outros fatores ²⁹ .		Várias são as formas de tratamento, a escolha mais adequada será baseada na gravidade da osteoradionecrose seguindo alguns critérios ¹⁴ .
Trismo	Caracteriza-se pela limitação de abertura bucal, causado pela exposição dos músculos a radiação ionizante ¹² .		Exercícios de fisioterapia com adequada orientação e laserterapia de baixa intensidade ¹² .
Controle da dor	Sintoma bastante frequente em pacientes oncológicos, pode ser classificada como: leve, moderada e Intensa ¹⁴ .		Para cada tipo de dor um tratamento específico deve ser realizado: intervenções clínicas, medicamentos ¹⁴ .

DISCUSSÃO

Um estudo realizado no Reino Unido indicou que entre 64,2% e 85,1% dos pacientes paliativos apresentam diagnóstico de câncer²⁴. Pacientes sob este tipo de tratamento apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das

funções orais, como: dor, sangramento, trismo, ulcerações, infecções oportunistas, disfagia, xerostomia, desnutrição, desidratação, entre outras³².

A avaliação detalhada do cirurgião-dentista é de extrema importância e objetiva a diminuição de manifestações orais, visto que o paciente se encontra predisposto a essas alterações¹¹. Uma série de fatores desencadeiam esses transtornos, como o uso frequente de medicações, diminuição do fluxo salivar, como consequência da exposição à radiação.

Dentre as manifestações orais mais prevalentes em pacientes que estão sob tratamento oncológico, a xerostomia é reportada por 64% a 92% dos pacientes, dor ou desconforto bucal entre 48% a 67%, alteração de paladar em 68% dos casos, disfagia em 20%, ulcerações na língua entre 46% e 67%^{24,32,33}. Em estudo realizado no Hospital Heliópolis de São Paulo, com pacientes submetidos a tratamento oncológico, foi reportado que 100% dos pacientes apresentaram xerostomia, 80% manifestaram a mucosite oral, 80% apresentaram candidíase oral, 20% apresentaram casos de osteoradionecrose e 10% cárie de radiação¹⁰.

Pacientes oncológicos diagnosticados com quadro incurável e progressivo demandam uma abordagem interdisciplinar, sendo enfatizado nesta etapa os cuidados paliativos. O alívio da dor e sofrimento deve ser apreciado, tendo como unidade de cuidado o paciente e família^{5,34}.

A abordagem odontológica com ênfase em cuidados paliativos consiste no manejo de pacientes com quadros progressivos de doenças que envolvam a cavidade bucal de maneira direta ou indireta³³. Em casos oncológicos, os sintomas são específicos do processo da doença, dos efeitos da medicação ou parte do agravamento geral do indivíduo.

As prevalências de impactos de morbidades bucais são altas em pacientes paliativos: 61% dos pacientes relataram dificuldades para deglutir, 57% reportaram dificuldades para falar e 55% dificuldades para comer²⁴. Outros estudos ainda relatam que 40% dos pacientes paliativos perdem a capacidade de comunicar seus cuidadores e profissionais sobre suas necessidades de saúde bucal. Ainda, relatam não reclamar do desconforto na cavidade bucal, acreditando ser um efeito inevitável do seu tratamento. Nestes mesmos estudos, pesquisas com profissionais de saúde de vários países constataam a necessidade do desenvolvimento e implantação de protocolos sobre a área odontológica, quanto as práticas de manejo relacionadas aos

cuidados bucais, desde a instrução de higiene bucal até procedimentos mais críticos^{35,32}.

Estudos voltados aos cuidados paliativos em pacientes submetidos à terapia antineoplásica reportam que 80% dos pacientes submetidos a radioterapia e quimioterapia apresentaram mucosite. A incidência de candidíase foi estimada entre 70% e 85% dos casos nesses pacientes, principalmente como uma consequência da xerostomia, que também foi relatada por 98% dos pacientes^{21,32,33}. Com relação à disfagia, 20% dos pacientes apresentaram durante seu tratamento oncológico, e no último mês de vida, esse percentual foi para 43%²⁴.

Apesar da área de cuidados paliativos ainda ser pouco difundida no meio odontológico, a habilitação que mais aproxima-se do tema é abordada em Odontologia Hospitalar sobre cuidados de pacientes críticos⁵. O cirurgião-dentista visa a manutenção da saúde bucal, prevenindo infecções e lesões bucais, visto que a redução da capacidade funcional é gradativamente reduzida pelo agravamento da doença. Além disso, é de competência do cirurgião-dentista realizar procedimentos de urgência frente a traumas, supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a correta realização da higiene oral, evitar agravamento sistêmicos e surgimento de infecções hospitalares, intervindo por meio de procedimentos preventivos e curativos, promovendo desta forma, conforto ao paciente. As intervenções devem ser realizadas em prol do alívio da dor e na implantação de ações educacionais junto a cuidadores e familiares^{34,36}.

A Odontologia encontra desafios e obstáculos, apesar da importância comprovada das ações transdisciplinares no âmbito preventivo, diagnóstico, terapêutico e paliativo em saúde bucal. Ainda se encontra resistência por parte de outros profissionais da equipe multidisciplinar e dos próprios pacientes e familiares^{10,36,24}. Como desafios, 33% dos pacientes oncológicos reportam que a higiene bucal é percebida como desagradável, 29,6% afirmam não ter tempo para cuidar da saúde bucal, 52,3% não ter conhecimento sobre a importância dos cuidados com saúde bucal, 28,5% relatam o difícil acesso a esse profissional e 13,1% a falta de recursos financeiros²⁴.

A visão do paciente em relação aos profissionais de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, está vinculada ao medo e à dor. Entretanto, ainda na percepção destes pacientes, o cirurgião-dentista ocupa posição essencial na formação do corpo

clínico hospitalar, considerando sua atuação indispensável para o diagnóstico de doenças e higienização bucal adequada, visto que equipes de enfermagem não recebem treinamento adequado para realizar tais práticas^{10,36,24,6}.

Com relação à qualidade de vida dos pacientes que recebem assistência odontológica paliativa, é constatada melhora. Assim, a busca por um estado geral de saúde, além do foco na saúde bucal, é fundamental no manejo desses pacientes, visto que desempenha importância no sofrimento fisiológico e psicológico do paciente²¹. Ao lado da questão psicológica do paciente, há redução de riscos de infecções hospitalares relacionadas ao sistema estomatognático, diminuição no tempo de internação, menor quantidade de prescrição de medicamentos e indicação de nutrição parenteral, por consequência diminuindo também custos do tratamento^{1,6,35}. No entanto, a inserção destes profissionais ainda é insuficiente nas equipes convencionais de cuidados paliativos.

Diante do exposto, a necessidade da integração do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares em ambiente hospitalar é primordial. O tratamento integral e humanizado do paciente é assegurado, diminuindo riscos de infecções e melhorando a qualidade de vida desses indivíduos. O cirurgião-dentista ainda encontra resistência quanto à sua atuação em ambiente hospitalar, seja por preconceito dos próprios profissionais da equipe multidisciplinar, quanto pacientes e seus familiares. A sensibilização social valorizando a humanização da Odontologia é necessária, com o propósito de fortalecer opiniões positivas, de pacientes, profissionais e órgãos competentes em relação à importância destes profissionais no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes oncológicos apresentam necessidades odontológicas complexas e necessitam de atendimento integrado, humanizado e especializado. As manifestações bucais mais encontradas em pacientes oncológicos são a xerostomia, mucosite oral, disfagia e candidíase oral. Entretanto, apesar de todas as evidências levantadas, o cirurgião-dentista ainda encontra resistência na inserção em ambiente hospitalar, no âmbito preventivo, diagnóstico, terapêutico e paliativo na equipe multidisciplinar hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Odontologia do Tocantins (org.). Manual de odontologia hospitalar. 2020. Comissão de odontologia hospitalar cro/to. [Acesso em 2023 Jan]. Disponível em: https://www.croto.org.br/files/download/20201127172707_manual_odontologia_hospitalar_cro_to.pdf.
2. Freitas-Aznar AR, Capelozza ALA, Aznar FDC, Soares Jr. LAV, Santos PSS. A Bioética no contexto da odontologia hospitalar: uma revisão crítica. *Rev Bras Odontol.* 2016;73:311-4. doi:10.18363/rbo.v73n4.p.311.
3. de Oliveira MCQ, Lebre Martins BNF, Santos-Silva AR, Rivera C, Vargas PA, Lopes MA, et al. Dental treatment needs in hospitalized cancer patients: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer.* 2020;28(7):3451-3457. doi:10.1007/s00520-019-05202-4.
4. Tosin DC, Coto NP, de Senna AM, Dias RB. Health systems and the financial impact of dental treatment in cancer. *International journal of advanced engineering research and science.* 2020;7(11):337-45. doi: 10.22161/ijaers.711.43.
5. Souza IA, Maia ACDA, Silva RS. Contributions of the dentist surgery in the palliative care team in an interdisciplinary perspective. *Res Soc Dev.* 2020;9(2):e103922061. doi: 10.33448/rsd-v9i2.206.
6. Pascoaloti MIM, Moreira GE, Rosa CF, Fernandes LA, Lima DC. Odontologia Hospitalar: Desafios, importância, integração e humanização do tratamento. *Revista Ciência em Extensão.* 2019;15:20-35.
7. Santana MTP, Fernandes VDG, Alencar JAS, Lima FO, Araújo AS, da Silva QP, et al. Hospital dentistry: a brief review. *Res Soc Dev.* 2021;10(2):e4310212171. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12171
8. Conselho Regional de Odontologia do Paraná. Conselho Federal de Odontologia (org.). Manual de odontologia hospitalar. 2018. R: Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar – CRO/PR. [Acesso em 2023 Jan]. Disponível em: <https://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/14bae6aaeaeccc6bbba1a2331490411.pdf>.
9. Silva GEM, Thomsen LP da R, Lacerda JCT, Botelho SHB, Reis JAC, Ferreira RD de A, et al. Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos. *Rev Fac Odontol P Alegre.* 2020;61(1):92-7. doi:10.22456/2177-0018.99716.
10. Fernandes IS, Fraga CPT. A Importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço. *Revista Científica UMC.* 2019;4(1).
11. Lima LCS, Andalécio MM, Andrade RS, Machado FC, Novais VR, Carvalho TA. Oral clinical implications and the importance of dental care in palliative care patients: An integrative literature review. *Res Soc Dev.* 2021;10(9):e52410918356. doi: 10.33448/rsd-v10i9.18356.
12. Borges BS, Vale DA, Aoki R, Trivino T, Fernandes KS. Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: Relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Sao Paulo.* 2018;30(3):332-40 doi: 10.26843/ro_unicidv3032018p332-40.
13. Villanueva CJUL. Manejo del paciente oncológico por el odontólogo general. *Revista*

Odontológica Basadrina. 2019; 3(1):46-50. doi.10.33326/26644649.2019.3.1.827.

14. Fernandes AS, de Oliveira BCL, da Silva LMC, Ohse DH, Pimenta YS. O atendimento odontológico em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(1):e5790. doi.10.25248/reas.e5790.2021.

15. Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason C, Hawley DK, et al. Outpatient management of fever and neutropenia in adults treated for malignancy: American society of clinical oncology and infectious diseases society of america clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2018 May 10;36(14):1443-1453. doi: 10.1200/JCO.2017.77.6211.

16. Klastersky J, Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro M, et al. Management of febrile neutropenia: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2016;27(suppl 5):v111–18. doi:10.1093/annonc/mdw325.

17. Alvarado-Solórzano AM, Restrepo-Escudero MT. Câncer bucal, aproximaciones teóricas. *Revista Científica Dominio de Las Ciencias*. 2016;2:167-85. doi:10.23857/dc.v2i2.157.

18. ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. O que são cuidados paliativos? 2017. Disponível em: <http://paliativo.org.br/>

19. Curra M, Soares Junior LAV, Martins MD, Santos PSS. Protocolos quimioterápicos e incidência de mucosite bucal. Revisão integrativa. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2018;16(1):eRW4007. doi: 10.1590/S1679-45082018RW4007.

20. Reolon LZ, Rigo L, Conto F, Cé LC. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. *Rev Odontol UNESP*. 2017;46(1):19-27. doi: 10.1590/1807-2577.09116.

21. Sen S, Priyadarshini SR, Sahoo PK, Dutta A, Singh AK, Kumar U. Palliative oral care in patients undergoing radiotherapy: Integrated review. *J Family Med Prim Care*. 2020 Oct 30;9(10):5127-5131. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_827_20.

22. Kawashita Y, Soutome S, Umeda M, Saito T. Oral management strategies for radiotherapy of head and neck cancer. *Jpn Dent Sci Rev*. 2020;56(1):62-7. doi: 10.1016/j.jdsr.2020.02.001.

23. Barbieri T, Costa KC, Guerra LFC. Current alternatives in the prevention and treatment of xerostomia in cancer therapy. *Rev Gaucha Odontol*. 2020;68:e20200016. doi: 10.1590/1981-86372020000163546.

24. Fitzgerald R, Gallagher J. Oral health in end-of-life patients: A rapid review. *Special Care in Dentistry*. 2018;38(5):291-98. doi: 10.1111/scd.12316.

25. Kvalheim SF, Marthinussen MC, Haugen DF, Berg E, Strand GV, Lie SA. Randomized controlled trial of the effectiveness of three different oral moisturizers in palliative care patients. *Eur J Oral Sci*. 2019;127(6):523-30. doi: 10.1111/eos.12655.

26. Dhaliwal JS, Murang ZR, Ramasamy DTR, Venkatasalu MR. Oral microbiological evidence among palliative patients: An integrated systematic review. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(1):110-15. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_178_19.

27. Neville B, Damm DD, Allen CC, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2016, 296p.

28. Gonçalves ACS, Oliveira EF, Vitória OAP, Novaes VCN. Relato de experiência do

atendimento a pacientes oncológicos no Centro de Oncologia Bucal (COB) da Faculdade de Odontologia da UNESP-Campus de Araçatuba. Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas. 2020;3(6):1-18. doi. 10.24980/ucsb.v3i6.4108.

29. Dias LL, Freitas VS, Oliveira MC, Amorim MM. Osteorradição dos maxilares: um estudo descritivo. Anais Seminário de Iniciação Científica – SEMIC. 2018.

30. Ribeiro GH, Chrun ES, Dutra KL, Daniel FI, Grando LJ. Osteonecrosis of the jaws: a review and update in etiology and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84(1):102-08. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.05.008.

31. Camolesi GCV, Ortega KL, Medina JB, Campos L, Lorenzo Pouso AI, Vila PG, et al. Therapeutic alternatives in the management of osteoradionecrosis of the jaws. Systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021;26(2):195-207. doi: 10.4317/medoral.24132.

32. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. BMC Oral Health. 2020 Mar 18;20(1):79. doi: 10.1186/s12903-020-01075-w.

33. Souto KCL, Santos DBN, Cavalcanti UDNT. Atenção odontológica ao paciente oncológico em terminalidade. Rev Gaucha Odontol. 2019;67:e20190032. doi: 10.1590/1981-86372019000323592.

34. Oliveira CS, Montenegro CPD, Lima AMC. Odontologia e cuidados paliativos – estudo de caso. Revista Longeviver. 2019;4:46-54.

35. Rodrigues ACA, Parreira MGO, Santos PCM, Magalhães SR, Melgaço CA, Jorge KO. Odontologia hospitalar: Atuação do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva. Interação - Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2018;20(1):282-97. doi: 10.33836/interacao.v20i1.179.

36. Ferreira JA, Londe LP, Miranda AF. A relevância do cirurgião-dentista na UTI: Educação, prevenção e mínima intervenção. Revista Ciências e Odontologia. 2017;1(1):18-23.

Recebido em 06 de Fevereiro de 2023

Aceito em 21 de Abril de 2023

Endereço para correspondência

E-mail: caarla.piardi@hotmail.com
Telefone para contato: +55 (54) 984453572.