

# NEWS ESTOMATOLOGIA



## SEGUNDA EDIÇÃO

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES  
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

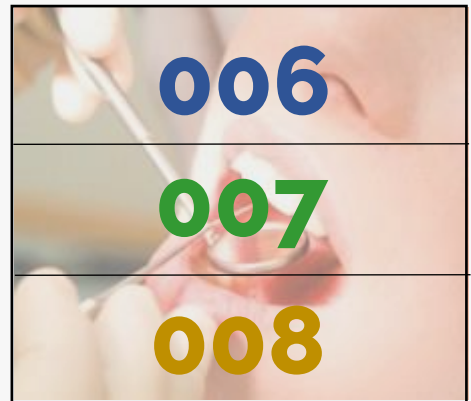


2019/2

# CONTEÚDO

## ÍNDICE

- 002 apresentação
- 003 manifestações bucais e sintomas mais presentes em pacientes oncológicos
- 005 mucosite se torna uma das principais causas de abandono de radioterapia de câncer de cabeça e pescoço
- 006 avaliação e intervenções odontológicas pré-tratamento oncológico
- 007 avaliação e intervenções odontológicas trans-tratamento oncológico
- 008 avaliação e intervenções odontológicas pós-tratamento oncológico
- 009 novos tratamentos e protocolos terapêuticos para pacientes oncológicos
- 010 a importância do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar
- 011 novas perspectivas no diagnóstico do câncer oral: elixir ajuda na detecção da doença
- 012 **ENTREVISTA** com Beatriz Coutens de Menezes, cirurgiã-dentista que trabalha diariamente com paciente oncológicos



REALIZAÇÃO



UFES



# APRESENTAÇÃO

A segunda edição do News Estomatologia trata-se sobre a avaliação e intervenções em pacientes oncológicos, sendo que neste semestre, o jornal apresenta assuntos pesquisados pelos acadêmicos da Turma 115, período 2019-1 na disciplina de Estomatologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) relacionados a real situação de indivíduos que se submetem ao tratamento antineoplásico na região de cabeça e pescoço.

Os métodos de cura do câncer de cabeça e pescoço empregados atualmente como a cirurgia, radioterapia e a quimioterapia geram efeitos na região que o profissional Cirurgião Dentista atua, e assim o mesmo deve fazer o acompanhamento desses indivíduos no pré, trans e pós-tratamento oncológico e intervir de acordo com o recomendável, diminuindo o risco de complicações e priorizando sempre a qualidade de vida do indivíduo.

Esperamos que o conteúdo do News Estomatologia lhe proporcione novos conhecimentos nessa bagagem que vem construindo dentro da universidade para a sua carreira profissional.

**BOA LEITURA!**

*Liliana Barros - Estomatologista e professora do Curso de Odontologia/UFES*

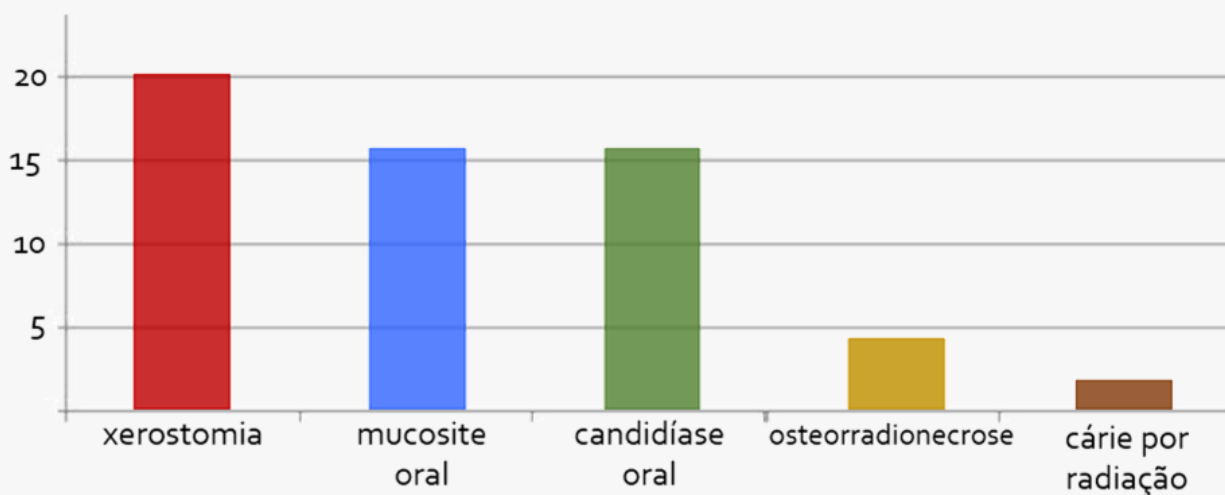


FONTE: Google imagens

# MANIFESTAÇÕES BUCAIS E SINTOMAS MAIS PRESENTES EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

1

Num estudo realizado com 20 pacientes por meio de questionário pela equipe multiprofissional de saúde da Odontologia Hospitalar no Hospital Heliópolis para pacientes em tratamento oncológico de cabeça e pescoço, estes apresentaram efeitos adversos na cavidade oral. Entre os participantes da pesquisa, observou-se predominância do sexo masculino com 16 entrevistados e 4 entrevistadas do sexo feminino. Com relação às manifestações bucais que acometeram os pacientes oncológicos, observou-se predominância de xerostomia (20 casos), seguido de mucosite oral (16 casos), candidíase oral (16 casos), osteorradição (4 casos) e cárie de radiação (2 casos).



Já em relação aos sinais e sintomas das manifestações bucais encontradas em pacientes submetidos a tratamento oncológico de cabeça e pescoço, dentre os sinais e sintomas que mais foram amenizados com o tratamento odontológico, destacam-se a xerostomia com 15 pacientes, seguidos por 14 pacientes que disseram ter diminuído o sintoma de dor. A sensação de queimação e as úlceras dolorosas foram amenizadas em 13 pacientes e 11 pacientes tiveram melhora na deglutição após o tratamento.

SINAIS E SINTOMAS	NÚMERO DE PACIENTES	TOTAL (%)
Xerostomia	15	75
Dor	14	70
Sensação de queimação	13	65
Úlceras dolorosas	13	65
Dificuldade de deglutição	11	55
Diminuição de queimação	8	40
Dificuldade de falar	6	30
Sensibilidade a alimentos quentes	6	30
Edema	6	30
Sangramento	3	15
Lesões cariosas	2	10



## MUCOSITE

mucosa avermelhada, ulcerada e dolorosa com deslocamento do epitélio semelhante ao observado em queimaduras orais graves, ou seja, uma inflamação da mucosa oral resultante de efeitos citotóxicos diretos da radiação ou dos quimioterápicos.

## INFECÇÕES SECUNDÁRIAS

geralmente oportunistas devida a imunossupressão nos pacientes em tratamento de câncer



CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA



HERPES LABIAL

## HIPOSSALIVAÇÃO XEROSTOMIA

glândulas sofrem atrofia acinar, alterações vasculares, inflamação crônica e perda do parênquima tissular, causando perda de função normalmente permanente e a saliva fica em menor quantidade e qualidade, com sensação de boca seca

## OSTEORRADIONEUCROSE

geralmente é de início tardio e mais comum na mandíbula, caracterizada pela exposição óssea que não cicatriza presente por 6 meses após altas doses de radiação nos ossos maxilares. Causada pela hipocelularidade, hipovascularização e isquemia nos ossos induzidas pela radiação



## CÁRIE POR RADIAÇÃO

cárie comum no terço cervical, muito destrutiva e pode atingir a polpa e o osso subjacente. Ocorre devido a falta de saliva e não por conta da radiação

## DISGEUSIA, SENSIBILIDADE DENTINÁRIA, TRISMO

# MUCOSITE SE TORNA UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ABANDONO DE RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO <sup>2</sup>



FONTE: Google Imagens

A mucosite é uma das mais prevalentes reações adversas da radioterapia que atinge 40 a 100% dos pacientes, causando extremo desconforto e comprometendo a aceitação, continuidade e intensificação do tratamento radioterápico. Essa condição pode criar áreas ulceradas, além de dificultar a nutrição e facilitar a implantação de processos infecciosos secundários, locais ou sistêmicos, que exacerbam a inflamação.

Um estudo realizado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) com amostra de 113 pacientes oncológicos com lesões malignas na região de cabeça e pescoço, 50 completaram a radioterapia e o acompanhamento clínico nos primeiros seis meses após a radioterapia. Desses 50 pacientes, 12 eram do gênero feminino e 38 do gênero masculino, com idade variando de 12 a 77 anos e 90% dos mesmos eram fumantes ou etilistas. Foram excluídos os pacientes que utilizavam bifosfonatos, que fizeram uso de medicamentos capazes de afetar o fluxo salivar ou que possuíam doenças sistêmicas debilitantes adicionais.

Dentre os resultados, verificou-se a ocorrência de mucosite, dermatite, xerostomia, disgeusia, disfagia e candidíase e que a frequência dessas alterações se manteve bastante elevada nesses pacientes mesmo seis meses após a conclusão da radioterapia. A mucosite foi a principal queixa dos pacientes, sendo que, após a radioterapia, 14% apresentavam grau I de mucosite, 20% grau II, 42% grau III e 16% tinham grau IV. Após 30 dias da conclusão da radioterapia, esses valores caíram para 22, 22, 26 e 6%, respectivamente. E seis meses após a conclusão da RT, 50% dos pacientes ainda apresentavam mucosite grau I e 6% mucosite grau II.

A grande maioria dos pacientes com mucosite grau III e IV apresentava higiene precária e não recebeu quaisquer procedimentos odontológicos preventivos, pertencendo a esse grupo a quase totalidade dos pacientes que abandonaram o tratamento.

ALTERAÇÕES BUCAIS OBSERVADAS AO LONGO E APÓS A RADIOTERAPIA				
CONDIÇÃO CLÍNICA	MOMENTO DO EXAME CLÍNICO			
	Antes da RT	Após a RT	30 dias após a RT	6 meses após a RT
Candidíase	2 (4%)	27 (54%)	20 (40%)	7 (14%)
Dermatite	1 (2%)	43 (86%)	38 (76%)	13 (26%)
Disfagia	0 (0%)	16 (32%)	11 (22%)	10 (20%)
Disgeusia	0 (0%)	44 (88%)	31 (62%)	23 (46%)
Mucosite	0 (0%)	45 (90%)	40 (80%)	26 (56%)
Xerostomia	0 (0%)	47 (94%)	38 (76%)	21 (42%)

RT = radioterapia

# AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO ODONTOLÓGICA

## PRÉ-TRATAMENTO ONCOLÓGICO <sup>3,7</sup>

Anteriormente ao tratamento oncológico, o planejamento do tratamento odontológico deve priorizar a orientação e o treinamento em higiene bucal para um melhor controle de possíveis lesões bucais e controle das funções estomatognáticas.

Portanto, o tratamento odontológico tem como objetivo eliminar fontes de traumas, tais como aparelhos ortodônticos, dentes e/ou restaurações fraturadas e dentes decíduos em fase de esfoliação, evitando-se, assim, infecções de origem endodôntica e da mucosa bucal.

Em relação à dieta, principalmente em pacientes pediátricos, é importante a orientação sobre alimentos cariogênicos, já que algumas crianças voltam a se alimentar por mamadeiras em função de inapetência, limitações na deglutição ou até mesmo devido a regressões emocionais.

Logo, a intervenção odontológica precoce pode levar a uma diminuição da frequência e da severidade das manifestações bucais decorrentes da terapia antineoplásica.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- Exame clínico;
- Avaliação radiográfica;
- **Exodontias:** técnica cirúrgica menos traumática possível, com remoção de espículas ósseas. Deve ser realizada no mínimo 14 dias antes do início do tratamento oncológico para que ocorra a cicatrização e se evite a osteorradionecrose;
- **Tratamento endodôntico:** apicectomia com restauração retrógrada;
- Selamento das lesões de cárie com ionômero de vidro;
- Troca das **restaurações infiltradas;**
- Correções de **próteses mal adaptadas;**
- Orientações por escrito para seguir durante a radioterapia, quanto à **dieta, fumo, bebidas alcoólicas ou ácidas;**
- Hiperplasias, fibromas, espículas ósseas e tórus, deverão ser removidas quando interferem no uso de próteses;
- Realizar tratamento periodontal antes da radioterapia, para permitir suficiente cicatrização, sendo que a mesma deve ser realizada, três semanas antes da radioterapia;
- Orientação ao paciente quanto ao controle de placa, uso escovas macias, pastas fluoretadas, uso de fio dental e escovas interproximais.

# AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO ODONTOLÓGICA

## TRANS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO <sup>1,7</sup>

Durante o tratamento oncológico as drogas quimioterápicas atuam de forma mais intensa em células que apresentam alto índice mitótico, como células da mucosa bucal e do tubo digestivo, ou seja, sítios de maior citotoxicidade.

Os protocolos mais modernos para terapia antineoplásica apresentam amplo espectro de efei-

tos biológicos, como supressão da medula óssea, do epitélio da cavidade oral e glândulas salivares. Com isso o atendimento interdisciplinar de um paciente deve incluir um Cirurgião Dentista que deve atuar de forma que diminua os sinais e sintomas provocados durante o tratamento.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- Manter higiene bucal com dentifrícios fluoretados não irritantes e uso de fio dental;
- Usar moldeira com gel fluoretado de sódio a 2% neutro;
- Bochechos com solução fluoretada contendo 0,02% de fluoreto de sódio por um minuto, 3 vezes ao dia. Não comer, beber ou lavar a boca por trinta minutos após o bochecho;
- **Mucosite Oral:** Soro Fisiológico a 0,9% com bochechos 4 vezes ao dia;
- **Dor na mucosa:** Cetoprofeno 150mg, 1 comprimido 2 vezes ao dia; Carboximetilcelulose sódica 125mg, solução viscosa para uso oral, tomar 1 colher de sopa 3 vezes ao dia;
- Para evitar o **trismo**, ou diminuí-lo, o paciente deve fazer fisioterapia de abertura de boca três vezes ao dia, com o auxílio de espátulas ou abridores de boca;
- Os pacientes cujos músculos mastigatórios estão envolvidos na irradiação devem ser instruídos a exercitá-los, abrindo a boca tão alargada quanto possível, 20 vezes pelo menos, três vezes ao dia. O propósito é para evitar excessiva fibrose muscular e perda do espaço intersticial.
- **Xerostomia:** Cloridrato de pilocarpina a 2% (colírio), tomar via oral, 2 a 5 gotas, 3 vezes ao dia; Gel umectante oral ou saliva artificial; Protetor labial; Cristais de gengibre;
- **Candidíase oral:** Miconazol a 2%, gel oral: aplicar na boca/e ou comissura labiais 4 vezes ao dia; Cetoconazol 200mg, tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia, por 21 dias;
- Laser de baixa potência para diminuição da severidade e duração das mucosites.



# AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO ODONTOLÓGICA PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO <sup>7</sup>

Após o tratamento oncológico, a intervenção da equipe odontológica visa melhorar a qualidade de vida do paciente, visando minimizar os efeitos adversos e o risco de aparecimento das complicações bucais provocados pelo tratamento médico que é grande importância para eliminação da doença.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

- **Avaliação periódica** para eliminação da placa e aplicação tópica de flúor gel (Xerostomia: fluoreto neutro; em presença de salivação: fluoreto fosfato acidulado);
- Manutenção da higiene bucal rigorosa com uso de dentífrício fluoretado e fio dental;
- Fazer bochecho com flúor, 3 vezes ao dia, dependendo da xerostomia e higiene bucal;
- Eliminação química e mecânica da placa bacteriana;
- Raspagem supragengival e, quando necessário, raspagem subgengival com **cobertura antibiótica**.
- Bochechos com solução de clorexidina que podem ser indicados após a terapia periodontal;
- Avaliação radiográfica, dos dentes indicados;
- **Tratamento conservador** indicado: expectante, restaurador, endodôntico;
- Restaurações definitivas e das lesões cariosas que surgirem
- **Não realizar exodontias, em média, por 5 anos após radioterapia**. Intervir apenas nos casos sem alternativa, porém com antibioticoterapia profilática;
- **Xerostomia**: Cloridrato de pilocarpina a 2% (colírio), tomar, via oral, 2 a 5 gotas, 3 vezes ao dia; Gel umectante oral ou saliva artificial; Protetor labial; Cristais de gengibre;
- **Candidíase oral**: Miconazol a 2%, gel oral: aplicar na boca/e ou comissura labiais 4 vezes ao dia; Cetoconazol 200mg, tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia, por 21 dias;
- **Disgeusia**: a xerostomia pode acentuar a alteração do paladar pelo espessamento do fluxo salivar. Recomenda-se, dentro do possível, escovar a língua com uma escova dental macia, podendo auxiliar a remoção da camada de fluxo salivar espesso e, assim, favorecer o contato físico direto com os alimentos;
- **Sonda nasogástrica** é indicada nos casos de mucosite oral de moderada a severa e perda de peso superior a 5%, sendo que deve ser trocada nos casos em que haja candidíase orofaríngea;
- Laser de baixa potência;

# NOVOS TRATAMENTOS E PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

## LASERTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA <sup>8</sup>

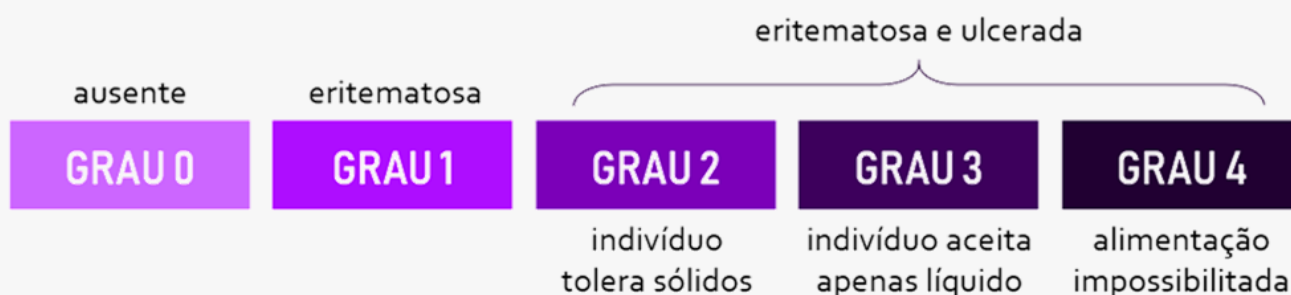
O tratamento antineoplásico, abrangendo a radioterapia e/ou quimioterapia, possui capacidade de induzir a danos celulares no epitélio, na mucosa oral e nas estruturas glandulares salivares, prejudicando as suas funções e, conseqüentemente, promovendo alterações quantitativas e qualitativas, que se manifestam, comumente, como mucosite oral.

A mucosite oral é uma seqüela comum do tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, ocorrendo em 40% a 100% das inflamações da mucosa oral.



FONTE: Google Imagens

### CLASSIFICAÇÃO DA MUCOSITE PELA OMS



A laserterapia em pacientes oncológicos com mucosite oral tem conhecida habilidade de provocar efeitos biológicos, por meio de processos fotofísicos e bioquímicos, aumentando o metabolismo celular. Neste caso, o laser atua na prevenção e tratamento desta, para que haja manutenção da integridade da mucosa.

À medida que estimula a atividade mitocondrial, o laser atua como anti-inflamatório, analgésico e cicatrizador das lesões na mucosa. Toda a energia emanada do laser é absorvida por uma fina camada de tecido adjacente e também do ponto atingido pela radiação, desencadeando a proliferação epitelial e de fibroblastos, assim como alterações celulares e vasculares.

Também se verifica a ocorrência de produção de colágeno e elastina, contração da ferida, aumento da fagocitose pelos macrófagos e da proliferação e ativação dos linfócitos, além da força de tensão que, conseqüentemente, acelera a cicatrização.

O laser atua na cicatrização das lesões, que costumam aparecer com, no máximo, uma semana após a aplicação da quimioterapia, e libera endorfina. Em consequência, a sensação de dor se vai e o paciente se sente melhor.

Segundo Reolon et al. (2016), após a análise de 18 pacientes oncológicos em atendimento ambulatorial no Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS, que passaram pela laserterapia, a conclusão foi que, em relação ao escore total, a qualidade de vida melhorou substancialmente após as sessões;

Houve melhora nos valores dos escores de qualidade de vida após a laserterapia nos domínios: dor, aparência, deglutição, mastigação, fala, paladar e salivação; Houve uma redução em algumas queixas dos problemas mais importantes nos últimos sete dias pelos pacientes, destacando-se a dor.

# A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR<sup>3,6</sup>



FONTE: FlatIcon

O tratamento do câncer é sempre individualizado e existem diferentes tipos de abordagens a serem aplicados em cada paciente. Pode ser feito por meio de cirurgia, radioterapia, de quimioterapia ou de transplante de medula óssea.

Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade terapêutica. O desafio para os médicos especialistas é encontrar a maneira mais eficaz de tratar a doença e amenizar os efeitos colaterais. Neste sentido, o Cirurgião-Dentista desempenha papel fundamental antes, durante e após o tratamento oncológico.

De acordo com a pós-graduada em Odonto-oncologia pela Sociedade Brasileira de Cancerologia e mestre em Lasers em Odontologia pelo IPEN/USP, Letícia Lang Bicudo, o ideal é que todo paciente que vai iniciar uma quimioterapia ou radioterapia passe por uma avaliação odontológica antes de começar esses tratamentos.

O Cirurgião-Dentista que estiver capacitado para o atendimento ao paciente oncológico, ao recebê-lo antes do início das terapias, poderá realizar uma avaliação clínica e radiográfica da sua boca para identificar e tratar todo e qualquer foco de infecção nessa fase. É preciso remover todo processo infeccioso que possa agudizar durante o período de baixa imunológica do paciente e levá-lo a desenvolver uma infecção sistêmica. Isso inclui remoção de aparelho ortodôntico, tratamento de canal, quando indicado, exodontias, tratamento periodontal e de lesões de cárie; Ou seja, uma adequação bucal do indivíduo”.

É importante que o profissional tenha conhecimento do protocolo de tratamento utilizado pela equipe médica, a fim de avaliar o risco de alterações na cavidade bucal e as condutas propostas para o atendimento odontológico. Para entender o papel deste profissional na assistência ao paciente oncológico, pode-se mencionar os efeitos da quimioterapia na saúde bucal.

Uma das opções mais comuns utilizadas no combate ao câncer, a quimioterapia envolve a administração de substâncias químicas que agem não apenas nas células doentes, mas também nas saudáveis. Um efeito colateral bastante frequente do tratamento é a mucosite, inflamação que pode levar ao surgimento de úlceras na região da boca.

## ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS



FONTE: FlatIcon

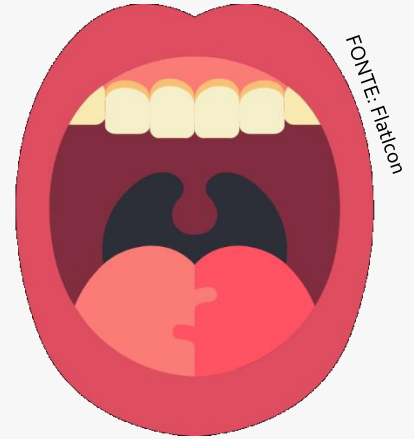
Para melhor atender e ajudar os pacientes em tratamento do câncer, o profissional da área odontológica deve estar habilitado para diagnosticar, prevenir, controlar e tratar as complicações orais que surgem durante as diversas fases do tratamento oncológico. Atitudes clínicas simples, como higiene bucal, controle do biofilme oral, uso de colutórios específicos, podem impedir ou melhorar as manifestações secundárias na boca provocadas pelo tratamento do câncer. Um protocolo multimodal individualizado de cuidados paliativos deve ser instituído para cada caso.

# NOVAS PERSPECTIVAS NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER ORAL

## ELIXIR AJUDA NA DETECÇÃO DO CÂNCER ORAL<sup>9</sup>

Dr Ecott Langevin, professor assistente do centro de câncer de Cincinnati, pesquisa sobre o elixir oral, que poderá ajudar na detecção da recorrência em estágios iniciais do câncer de boca.

A identificação é feita em um painel de biomarcadores composto por 22 regiões de DNA com base na metilação dessas, podendo, assim, identificar a presença do câncer de boca e garganta com alto nível de precisão usando amostras de enxaguante bucal.



## MÊS DA CONSCIENTIZAÇÃO

Julho é o mês de conscientização mundial sobre o câncer de cabeça e pescoço, que possui o intuito de alertar a sociedade sobre como prevenir e não negligenciar o atendimento odontológico, assim como reforçar o papel do dentista na interpretação das lesões e na identificação dos sinais e sintomas do câncer.



# ENTREVISTA DA EDIÇÃO



**BEATRIZ COUTENS MENEZES** é formada em Odontologia pela UFMG em 2003, Especialista em Periodontia pela FAIPE (MT) em 2014, Habilitação em Odontologia Hospitalar pelo CEMOE (DF), em Odontologia Oncológica pelo Sírio-Libanês, em Radiobiologia pela PUC-MINAS e em Laserterapia pela Newton de Paiva (MG). Atualmente atua como a única dentista do CECON (Centro Capixaba de Oncologia) por 25 horas semanais e atua em consultório particular como referência para pacientes oncológicos.

## COMO É SUA ROTINA E COMO FUNCIONA A DINÂMICA DE TRABALHO NO CECON?

A clínica possui vários oncologistas, um radioterapeuta, dois hematologistas, dois cirurgiões oncológicos, um cirurgião de cabeça e pescoço, urologistas e ela como dentista. Atende em média 15 pacientes por dia, sendo esses selecionados para passar por uma avaliação odontológica. Seu papel na clínica não é de diagnóstico do câncer, mas de prevenir, acompanhar e tratar sintomas odontológicos consequentes do tratamento oncológico.

O foco é a prevenção de mucosite, osteorradionecrose dos maxilares, infecções fúngicas e virais, xerostomia, cárie por radiação e outras consequências orais do tratamento oncológico. O paciente só é liberado para quimioterapia ou radioterapia quando está livre de focos de infecção e orientado dos efeitos colaterais do tratamento do câncer.

Principalmente pacientes que iniciarão tratamento radioterápico precisam de laudo odontológico e são acompanhados no pré, trans e pós terapia oncológica. Pacientes que serão submetidos a quimioterapia, ela define com o paciente, diante de cada protocolo quimioterápico, qual o protocolo de acompanhamento e prevenção será feito. O objetivo da sua atuação é estar tudo em ordem para não ter que interromper o tratamento oncológico por causa de um problema bucal.

## QUAIS PROCEDIMENTOS VOCÊ CONSEGUE REALIZAR NA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA?

No CECON, ela não possui um consultório odontológico com equipo adequado para procedimentos odontológicos mais complexos, pois trabalha em um consultório médico. Os procedimentos que ela faz são laserterapia (para mucosite), PDT (para reduzir foco de infecção em bolsas periodontais e outros sítios) e orientação para prevenção, envolvendo higiene e conscientização a respeito dos efeitos colaterais do tratamento oncológico.

Quando precisa de tratamento odontológico mais complexo, como de extração, cirurgia óssea por causa de osteorradionecrose, o paciente é encaminhado para um consultório odontológico de fora da clínica, que na maioria das vezes, devido a experiência com pacientes oncológicos, é ela própria. Então será avaliado a necessidade de fazer esses procedimentos antes, durante ou após o tratamento oncológico.

## NO CONSULTÓRIO PARTICULAR, VOCÊ TAMBÉM SÓ ATENDE PACIENTES ONCOLÓGICOS?

Também só atende oncologia, mas como possui todo o equipo, tem a possibilidade de fazer todos os procedimentos odontológicos que são necessários, fazendo tudo que o paciente precisa (extração, cirurgia óssea, raspagem supra e subgingival e outros procedimentos). Ela possui uma demanda alta de atendimento a pacientes oncológicos, devido a sua experiência pioneira no Espírito Santo com esse tipo de atendimento.

## COMO VOCÊ DEFINE SUA ÁREA DE ATUAÇÃO? É UMA ESPECIALIDADE?

“Minha área de atuação é em Odontologia Oncológica, não é uma especialidade, mas precisa ter experiência e conhecimento das condições de um paciente oncológico e ser habilitado para fazer várias especialidades odontológicas nesse paciente. É uma área muito relacionada a Estomatologia.”

A extração dentária em pacientes que estão passando por tratamento quimioterápico, por exemplo, deve ser feita por um profissional com experiência na oncologia. Esses profissionais conseguem interferir muito no prognóstico do tratamento do paciente oncológico, pois ao interromper o tratamento, por exemplo durante uma semana, já diminui 7% na chance de cura da doença. Então é preciso que esses profissionais ajam e façam de tudo para que não haja a interrupção do tratamento.

## **QUAIS OS BENEFÍCIOS E DESAFIOS DE SER UMA DENTISTA EM UM AMBIENTE PRATICAMENTE HOSPITALAR CERCADA POR MÉDICOS?**

“A equipe multidisciplinar, incluindo o cirurgião-dentista, facilita o atendimento do paciente oncológico e melhora a qualidade do atendimento. O dentista tem papel importante pois existem várias lesões em pacinete oncológicos que são intrabucais e essa é a área de atuação do dentista.”

A presença do dentista traz até previsibilidade financeira para a clínica, pois garante que o tratamento não vai ser interrompido e o paciente vai realizar o tratamento no tempo previsto e sem intercorrências que trariam custos maiores para a clínica. Isso sem falar dos benefícios para o paciente e a melhora de vida do pacinete durante o tratamento oncológico.

*“Ter o reconhecimento do paciente e dos médicos mostra que estou no caminho certo.”*

## **QUAIS SUAS RECOMENDAÇÕES PARA PROFISSIONAIS QUE QUEREM SE APROXIMAR DESSA ÁREA E PARA INSERÇÃO DESSA ASSISTÊNCIA EM NÍVEL DE SAÚDE PÚBLICA?**

Primeiro, os profissionais que atuariam nessa área deveriam ser de especialidades afins, já que a especialidade de oncologia não existe, como a Estomatologia, CBMF ou Periodontia, pois são especialidades que são necessárias e se aproximam de uma ótica necessária para enxergar um paciente oncológico como um todo. Também deve fazer curso de capacitação em Odontologia Hospitalar ou Oncológica. O profissional deve ter passado um tempo em um estágio em alguma área oncológica para entender os mecanismos do tratamento quimioterápico e radioterápico para ganhar espaço entre os médicos oncologistas.

O mais importante é ter uma visão global desse tipo de paciente, pois é um indivíduo que pode complicar de um dia para o outro e o profissional deve ter uma experiência para ter uma visão geral e decidir de forma rápida e precisa o que fazer com a complicação. A parceria com a formação de um acadêmico em Odontologia é muito importante, como a da Odontologia Hospitalar/UFES para inserir a experiência da com a odontologia oncológica na graduação, por meio de estágio nesse cenário de prática.

## **PANORAMA DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTES ONCOLÓGICOS NO ESPÍRITO SANTO**

As clínicas tem se mobilizado para ter o dentista na equipe ou um dentista de referência. Os hospitais do HUCAM e Santa Rita também tem equipes com dentistas, mas em pouca quantidade, por isso muitas vezes sobrecarregados. Os outros hospitais ainda estão se inserindo, valorizando, se adaptando e se mobilizando para inserir esse tipo de serviço na assistência do paciente oncológico.

*“O CECOM é a única referência que tem uma equipe não só multidisciplinar, mas também interdisciplinar.”*



# REFERÊNCIAS

de todas as notícias

- 1) FERNANDES, Isis Spadini; FRAGA, Cláudia Perez Trindade. 2. A importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço. **Revista Científica UMC**, v. 4, n. 1, 2019
- 2) JUNIOR, E. G.J. et al. Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos. **RPG, Rev. pós-grad.** [online]. 2011, vol.18, n.2, pp. 96-101. ISSN 0104-5695
- 3) LEVY, Anderson; CIAMPONI, Ana Lidia; MEDEIROS, Frederico Buhatem. Cuidados odontológicos em pacientes oncológicos. **Onco&**. set/out. 2014
- 4) Medrado, ARAP; Dantas, JBL; Barreto, RAB. Você já ouviu falar de palifermina?. **iSaúde Brasil**. Disponível em: <https://www.isaudebrasil.com.br/noticias/detalhe/noticia/voce-ja-ouviu-falar-em-palifermina/> em 20 de maio de 2019.
- 5) Miranda, SS; Queiroz, LS; Freitas, VS. Prevenção e tratamento das mucosites orais: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, 6(2), 66-73, 2016
- 6) NAOE, Aline. Dentista hospitalar melhora assistência ao paciente com câncer. **Jornal da USP**. São Paulo, 10 de março de 2016. Eventos. Disponível em: <[jornal.usp.br/?p=1638](http://jornal.usp.br/?p=1638)>. Acesso em: 25 de maio de 2019
- 7) SANTOS, C. C., FILHO, G. A., CAPUTO, B. V., SOUZA, R. C., ANDRADE, D. M. R., GIOVANI, E. M. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. **Revista J Health Sci Inst**. 2013;31(4):368-72
- 8) SOUZA; NEIVA, Diário de Pernambuco, 2018
- 9) STAFF (Estados Unidos). **The oral cancer Foundation**: University of Cincinnati researcher studies cancer-detecting mouthwash with help from ACS grant. 2018. Disponível em: <<https://oralcancernews.org/wp/university-of-cincinnati-researcher-studies-cancer-detecting-mouthwash-with-help-from-acg-grant/>>. Acesso em: 18 out. 2018

## SEGUNDA EDIÇÃO

### RESPONSÁVEIS TÉCNICOS:

ARTHUR SEGATTO LUBIANA (6º PERÍODO)

JÉSSICA VERGNA NEVES (7º PERÍODO)

Acadêmica de Estomatologia: NATASCHA RISSE GRASSI

**PROFESSORA IDEALIZADORA:** LILIANA APARECIDA PIMENTA DE BARROS

**PROFESSORAS DA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA:** TÂNIA REGINA GRÃO-VELLOSO e DANIELE RESENDE CAMISASCA

# ACADÊMICOS DE ESTOMATOLOGIA

<b>NATASCHA RISSE GRASSI</b>
<b>CLARA MIOTTO SILVA</b>
<b>LARISSA NEVES DE ANGELI</b>
<b>AMANDA GOIS DE OLIVEIRA</b>
<b>RAYRA NUNES DA SILVA</b>
<b>LUANA DA SILVA PAIVA</b>
<b>LOYANE NOVAES DE SOUZA</b>
<b>RITIELLY SANTILHA GRIPA</b>
<b>KARINE SANTOS ALMEIDA</b>
<b>MAURÍCIO PIASSI</b>
<b>FERNANDA AGUIAR TEIXEIRA</b>
<b>NATHALIA BEATRIZ DA SILVA PEREIRA</b>
<b>RAYSSA GOMES MARGATO</b>
<b>ANA CAROLINE DE ALMEIDA PEÇANHA</b>
<b>OSEAIS BAUER CUNHA</b>
<b>MARY ELLEN ALMONFREY CUNHA</b>
<b>MARCELO DE OLIVEIRA SILVA JUNIOR</b>
<b>THAYLLINE QUAIOTO DE ARRUDA</b>
<b>KARLA HELLEN HERMSDORFF DE OLIVEIRA</b>
<b>MAYARA GAVA</b>
<b>LARA CARVALHO MORAES</b>
<b>GABRIEL GOMES OLIVEIRA SANTOS</b>
<b>ISABELA TRARBACH GOMES</b>
<b>ISABELA RAMALHO FALCÃO</b>
<b>MARIA GABRIELA LOPES</b>
<b>BRUNO VALÉRIO DA SILVA</b>
<b>REBECCA PEREIRA DE SIQUEIRA</b>
<b>ANNA KAROLINA GOMES PEREIRA</b>
<b>BIANCA CORADELLO MARCHEZI</b>
<b>NATÁLIA COUTINHO SCALSER</b>
<b>EMANUELY PORTO FIORIO</b>
<b>NATÁLIA VIEIRA FIRMINO</b>
<b>YASMINE DA COSTA HASSAINE</b>