

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Flaviana Silva de Souza

**PERFIL BUCAL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO E AS
NECESSIDADES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

**Santa Maria, RS
2019**

Flaviana Silva de Souza

**PERFIL BUCAL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO
EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO E AS NECESSIDADES DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema Público de Saúde, Ênfase Hemato-Oncologia.**

Orientadora: Prof^ª Dr.^a Rosmari Hörner
Co-Orientadora: Prof^ª Dr.^a Luisa Helena do Nascimento Torres

Santa Maria, RS
2019

Flaviana Silva de Souza

**PERFIL BUCAL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO
EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO E AS NECESSIDADES DE
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema Público de Saúde, Ênfase Hemato-Oncologia.**

Aprovado em 26 de fevereiro de 2019:

Rosmari Horner, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientador^a)

Luisa Helena do Nascimento Torres, Dra. (UFSM)

Graciele Pontes, Esp (HUSM/UFSM)

Camille Caputi, Esp (HUSM/UFSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

PERFIL BUCAL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO E AS NECESSIDADES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

AUTORA: Flaviana Silva de Souza

ORIENTADORA: Rosmari Hörner

Câncer é definido como um grande grupo de doenças que tem como característica a proliferação desordenada de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Quando acomete a região de cabeça e pescoço, corresponde a um tumor maligno decorrente da mucosa do trato aero digestivo superior: nasofaringe e laringe, incluindo a hipofaringe, orofaringe, lábio e cavidade oral. Além disso, é considerado o quinto tipo mais comum em malignidade, resultando em aproximadamente 300 mil mortes por ano. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria/RS em tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia de forma concomitante e as necessidades de tratamentos odontológicos. Os dados obtidos foram estudados através de uma análise descritiva com abordagem retrospectiva, provenientes do levantamento dos prontuários. Foram levantados dados de 43 prontuários, de pacientes atendidos entre março a dezembro de 2017. Dentre os resultados obtidos, observou-se uma predominância do sexo masculino, com média de idade de 60,77 anos, predominância de indivíduos de cor de pele branca (88,37%). Houve uma prevalência de pacientes casados (46,51%), nascidos (20,93%) e procedentes (39,53%) da cidade de Santa Maria. Grande parte dos pacientes possui baixa escolaridade (81,40%) e 25,58% são agricultores. Houve predomínio de ex fumantes (51,16%), que não consomem mais álcool (48,84%) e que apresentam histórico de câncer na família (37,21%). O local mais acometido foi a laringe (30,23%) e a orofaringe (30,23%) e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular (97,67%). Quase metade dos indivíduos do estudo encontram-se no estágio IV (48,84%) e a maioria não apresenta metástase (60,47%). Já no tratamento odontológico prévio à terapia antineoplásica, os que mais eram necessitados eram exodontias, tratamento periodontal, restaurações e tratamento endodôntico. Através desse estudo podemos perceber a importância da intervenção do Cirurgião-Dentista no pré, no pós e durante o tratamento antineoplásico. Os resultados obtidos demonstram o quão importante é a presença do Cirurgião-Dentista, desde o instante do diagnóstico até o momento da terapia antineoplásica.

Descritores: Carcinoma Espinocelular. Carcinoma de Células. Escamosas. Câncer de boca. Fatores de risco. Terapia antineoplásica.

ABSTRACT

BUCAL PROFILE OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER IN ONCOLOGICAL TREATMENT AND THE NEEDS OF DENTAL TREATMENT

AUTHOR: Flaviana Silva de Souza

ADVISOR: Rosmari Hörner

Cancer is defined as a large group of diseases that has as a characteristic the disordered proliferation of cells that invade tissues and organs and can spread to other regions of the body. When it affects the head and neck region, it corresponds to a malignant tumor arising from the mucosa of the upper digestive tract: nasopharynx and larynx, including the hypopharynx, oropharynx, lip and oral cavity. In addition, it is considered the fifth most common type in malignancy, resulting in approximately 300 thousand deaths per year. The objective of this study was to evaluate the oral profile of patients with head and neck cancer attended at the Head and Neck Surgery outpatient clinic of the University Hospital of Santa Maria / RS in cancer treatment with chemotherapy and radiotherapy in a concomitant manner and the dental treatment needs. The data obtained were studied through a descriptive analysis with a retrospective approach, from the medical charts. Data from 43 medical records of patients attended between March and December 2017 were collected. Among the results, a predominance of males was observed, with a mean age of 60.77 years, predominance of individuals with white skin color (88.37%). There was a prevalence of married (46.51%), born (20.93%) and born (39.53%) patients from the city of Santa Maria. Most patients have low schooling (81.40%) and 25.58% are farmers. There was a predominance of former smokers (51.16%), who did not consume more alcohol (48.84%) and had a family history of cancer (37.21%). The most common site was the larynx (30.23%) and the oropharynx (30.23%) and the most frequent histological type was squamous cell carcinoma (97.67%). Almost half of the individuals in the study are in stage IV (48.84%) and most do not present metastasis (60.47%). Already in the dental treatment prior to antineoplastic therapy, the most needed were exodontia, periodontal treatment, restorations and endodontic treatment. Through this study we can understand the importance of the intervention of the Dentist in the pre, post and during the antineoplastic treatment. The results show how important the presence of the Dentist is, from the moment of diagnosis to the time of anti-neoplastic therapy.

Keywords: Spinocellular Carcinoma. Carcinoma of Cells. Flaky. Mouth cancer. Risk factors. Antineoplastictherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da amostra em um Hospital Universitário de médio porte do estado Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	12
Tabela 2-	Média de idade dos pacientes em um Hospital Universitário de médio porte no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017....	13
Tabela 3-	Distribuição da amostra de acordo com o local de nascimento e procedência em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	13
Tabela 4-	Distribuição da amostra de acordo com tabagismo e etilismo em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	14
Tabela 5-	Distribuição da amostra de acordo com o tumor em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	15
Tabela 6-	Distribuição da amostra de acordo com acompanhamento odontológico prévio ao tratamento oncológico e necessidade de intervenção odontológica em um Hospital Universitário de médio porte no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	16
Tabela 7-	Distribuição da amostra de acordo com presença de dor de origem dentária e/ou oncológica em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	16
Tabela 8-	Distribuição da amostra em relação aos procedimentos necessários para adequação bucal realizado antes do início do tratamento antineoplásico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.....	16

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MATERIAS E MÉTODOS.....	10
3	RESULTADOS.....	12
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	<i>APÊNDICE A.....</i>	<i>32</i>
	<i>APÊNDICE B.....</i>	<i>33</i>
	<i>APÊNDICE C.....</i>	<i>34</i>

1 INTRODUÇÃO

Câncer é definido como um grande grupo de doenças que tem como característica a proliferação desordenada de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástases) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Surge através de alterações bioquímicas em genes denominados supressores tumorais e proto-oncogenes. Nas células normais, os supressores tumorais são ativos. Quando inativados, não conseguem elaborar proteínas que serão responsáveis por cessar o ciclo celular de células modificadas. Já os proto-oncogenes são inativos. Quando ativados, se transformam em oncogenes e levam a exacerbação descontrolada de células modificadas, dando origem aos tumores (VISACRI, 2013).

O câncer quando acomete a região de cabeça e pescoço, corresponde a um tumor maligno decorrente da mucosa do trato aero digestivo superior: nasofaringe e laringe, incluindo a hipofaringe, orofaringe, lábio e cavidade oral (ALGTEWI et al., 2017). A localização mais comum é na cavidade oral, seguido de laringe, faringe e em outros sítios anatômicos (DOBROSSY, 2005). Além disso, é considerado o sétimo tipo mais comum em malignidade (LAMBERT et al., 2011; Chang et al., 2015), resultando em aproximadamente 300 mil mortes por ano (PARKAR, 2015).

No Brasil, para o ano de 2018, a estimativa é de 11.200 novos casos em homens, tendo a cavidade oral como localização primária, sendo a região Sul e Sudeste do país as que apresentam maior número de casos, representando 2.820 novos casos na região Sul e 7.540 na região Sudeste (INCA, 2018). A média de idade para o diagnóstico é em torno de 60 anos, com predominância masculina, especialmente para o câncer de laringe. Cerca de dois terços desses pacientes apresentam - se em estágio avançado da doença, geralmente exibindo comprometimento do gânglio (SOOK et al., 2017).

O câncer de cabeça e pescoço desenvolve-se como resultado de interações entre fatores ambientais e herança genética, sendo assim, multifatorial (NEGRI, 2009). O uso de tabaco associado ao consumo de álcool, também, é um fator de risco bem estabelecido para o câncer de cabeça e pescoço. A inalação de tabaco exerce efeito carcinogênico na laringe e nos pulmões. Já o hábito de mascar tabaco faz com que este se dissolva na saliva e produza câncer em soalho de boca, língua, e trígono retromolar; e o álcool é predominantemente um cofator do tabaco, aumentando o risco de

desenvolvimento de CCE na orofaringe e esôfago. Sabe-se que o tabaco aumenta em sete vezes o risco de desenvolvimento do CCE oral na população geral, e se estiver associado ao álcool este risco pode elevar-se em até 15 vezes (VARGAS, 2000).

Além desses fatores que são pré-estabelecidos, existem evidências cumulativas que indicam uma correlação positiva entre baixa ingestão de frutas e vegetais frescos e risco aumentado de câncer de boca (WARNAKULASURIYA, 2009). Estudos apontam um forte efeito de proteção advindo dos carotenoides e da vitamina C de frutas e vegetais contra o câncer bucal (JOHNSON, 2001). De acordo com La Vecchia et al. (1997), aproximadamente 15% dos casos de câncer bucal e de faringe podem ser atribuídos a deficiências ou desequilíbrios nutricionais. O consumo diário adequado de frutas e verduras frescas proporciona uma redução no risco de desenvolvimento de câncer bucal estimada em 50%. Riscos maiores estão associados ao alto consumo de carne e produtos processados de carne (WARNAKULASURIYA, 2009).

O cirurgião-dentista desempenha papel importante nas diferentes fases terapêuticas contra o câncer de cabeça e pescoço. Na etapa que antecede a cirurgia, uma avaliação prévia poderá reduzir de forma significativa complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios de origem bucal, que podem exacerbar após o tratamento quimioterápico e radioterápico. Sendo assim, o atendimento odontológico é um fator preponderante na terapêutica segura de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, nos quais a radioterapia é um dos tratamentos mais utilizados. Dessa forma, esses pacientes devem ser avaliados antes, durante e após o tratamento radioterápico, de modo a prevenir efeitos agudos e tardios como, por exemplo, infecções e lesões orais, além de oferecer mais conforto ao paciente frente às sequelas que poderão surgir.

O reconhecimento do perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, nos mais variados serviços de saúde, torna-se de suma importância do ponto de vista epidemiológico (MELO et al., 2010). É preciso conhecer essa população, para assim elaborar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde possibilitando um diagnóstico precoce e um tratamento conservador.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil da condição bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que realizaram tratamento quimioterápico e radioterápico concomitantemente em um hospital universitário do interior do sul do Brasil no ano de 2017.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo. Utilizaram-se dados provenientes dos prontuários dos usuários diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, em tratamento no período de março a dezembro de 2017, que realizaram quimioterapia e radioterapia concomitante, referenciados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Esse é considerado uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON (INCA, 2018) sendo referência aos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul. Especificamente no nível da gestão estadual da saúde, o estado do Rio Grande do Sul (RS), em concordância com o decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011), está organizado em Regiões de Saúde, sob responsabilidade direta das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

A 4ª CRS/RS tem sua sede administrativa em Santa Maria, abrange 32 municípios, que compõem as Regiões de Saúde “Entre Rios” e “Verdes Campos”. A Região de Saúde Entre Rios está composta por 11 municípios, com população total de 127.574 habitantes, e por possuir a maior complexidade instalada, o município de Santiago é referência regional. A Região de Saúde Verdes Campos está composta por 21 municípios, com população total de 435.021 habitantes, e por possuir a maior complexidade instalada, Santa Maria é referência regional (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Aspectos Éticos

Este trabalho faz parte da pesquisa intitulada “PERFIL DO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO RETROSPECTIVO” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM (n.2.280.972), atendendo as prerrogativas da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

Amostra

O estudo foi realizado com os dados provenientes de pacientes atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Foram coletados os seguintes dados: sexo; idade; estado civil; escolaridade; etnia, profissão; local de nascimento; local de procedência; tabagismo; etilismo; histórico familiar de câncer; localização e tipo histológico do tumor; estadiamento clínico; presença e local de metástase; dor de origem dentário e/ou oncológica; acompanhamento odontológico prévio ao tratamento oncológico; necessidade de intervenção odontológica; diagnóstico de doença periodontal; ausência total de dentes; necessidade de extração dentária, tratamento restaurador e endodôntico.

Os dados foram acessados e coletados nos prontuários físicos e eletrônicos pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). O AGHU consiste em um sistema utilizado na gestão hospitalar criado em 2009 que tem como foco o paciente (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018).

Os critérios de exclusão adotados foram: pacientes com diagnóstico diferente de câncer de cabeça e pescoço, pacientes que realizaram apenas uma forma de tratamento ou que utilizaram mais de um método de tratamento que não quimioterapia e radioterapia concomitante, tratamento em período diferente do citado ou que foram a óbito durante o tratamento. O critério de inclusão considerado foi a necessidade de o paciente estar em tratamento rádio e quimioterápico concomitante.

Análise Estatística

A organização das variáveis para análise estatística foi realizada através de uma planilha do Excel, com a codificação das variáveis categóricas. Para realização da análise estatística, foi utilizado o software STATISTICA 9.0. Foram realizadas análises das frequências brutas e relativas para as variáveis qualitativas. E para análise da idade foi utilizada a média e a mediana.

3 RESULTADOS

Foram incluídos na amostra 43 casos de câncer de cabeça e pescoço que realizaram atendimento no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HUSM e tratamento oncológico no período de março a dezembro de 2017. Na pesquisa observa-se uma predominância do gênero masculino, que compôs 83,72% do total de participantes com média de idade entre 60,77 anos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra em um Hospital Universitário de médio porte do estado Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	07 (16,28)
Masculino	36 (83,72)
Faixa Etária	
40-49	04 (9,30)
50-59	17 (39,53)
60-69	14 (32,56)
70-79	07 (16,28)
80-89	01 (2,33)
Cor da Pele	
Branca	38 (88,37)
Preta	03 (6,98)
Parda	02 (4,65)
Estado Civil	
Solteiro	12 (27,91)
Casado	20 (46,51)
Divorciado	07 (16,28)
Viúvo	04 (9,30)
Escolaridade	
1º Grau Incompleto	35 (81,40)
2º Grau Incompleto	01 (2,33)
1º Grau Completo	01 (2,33)
2º Grau Completo	05 (11,63)
Ens. Superior Completo	01 (2,33)
Profissão	
Agricultor	11 (25,58)
Outros	12 (27,91)
Aposentado	02 (4,65)
Não Consta	18 (41,86)
Histórico Familiar de Câncer	
Sim	16 (37,21)
Não	11 (25,58)
Não Consta	16 (37,21)

Fonte: Elaborada pelo Autor

Tabela 2 - Média de idade dos pacientes em um Hospital Universitário de médio porte no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Variável	Média	Idade Mínima	Idade Máxima
Idade	60,77	41	82

Fonte: Elaborada pelo Autor

Todos os pacientes da amostra se encontravam na faixa etária entre 40 e 89 anos, como observa-se na Tabela 1. A faixa de maior frequência foi a de 50 a 59 anos, totalizando 39,53% dos casos. Em relação a variável cor da pele, a cor branca foi a de maior prevalência representando 88,37 da amostra, semelhante a outros estudos.

Dos 43 usuários incluídos na amostra, 20 são casados representando 46,51% da amostra e 81,40% deles apresentam 1º grau incompleto. A profissão que apresentou maior prevalência foi agricultor e 37,21 dos pacientes relatam histórico de algum tipo de câncer na família.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com o local de nascimento e procedência em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

	Local de Nascimento	n (%)
4º Coordenadoria Regional de Saúde	Santa Maria	09 (20,93)
	Rio Grande	01 (2,33)
	Caçapava do Sul	01 (2,33)
	Dilermando de Aguiar	01 (2,33)
	Santiago	03 (6,98)
	São Gabriel	03 (6,98)
	Silveira Martins	02 (4,65)
	Faxinal do Soturno	01 (2,33)
	Mata	03 (6,98)
	Formigueiro	01 (2,33)
	São Pedro do Sul	03 (6,98)
	Itacurubi	01 (2,33)
	Júlio de Castilhos	01 (2,33)
	São Francisco	01 (2,33)
	São Sepé	01 (2,33)
	Restinga Seca	01 (2,33)
	Paraíso do Sul	02 (4,65)
Outros	Rosário do Sul	04 (9,30)
	Uruguaiana	01 (2,33)
	Cacequi	01 (2,33)
	Santana do Livramento	01 (2,33)

	Local de Procedência	n (%)
4º Coordenadoria Regional de Saúde	Santa Maria	17 (39,53)
	Santiago	03 (6,98)
	São Martinho da Serra	01 (2,33)
	São Gabriel	04 (9,30)
	São João do Polêsine	01 (2,33)
	Mata	03 (6,98)
	Formigueiro	01 (2,33)
	São Pedro do Sul	03 (6,98)
	Itacurubi	01 (2,33)
	Restinga Seca	01 (2,33)
	São Francisco	01 (2,33)
	Paraíso do Sul	03 (6,98)
	Outros	
Rosário do Sul	03 (6,98)	
Santana do Livramento	01 (2,33)	

Fonte: Elaborada pelo Autor

Dos 32 municípios pertencentes à 4a CRS/RS, doze registraram caso de câncer de cabeça e pescoço no período avaliado. O município de Santa Maria, referência regional da 2a Região de Saúde da 4a CRS/RS, apresentou a maior prevalência da doença no período analisado com 17 casos registrados, seguido de São Gabriel, que apresentou 04 casos.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com tabagismo e etilismo em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Tabagista	n (%)
Sim	15 (34,88)
Não	06 (13,96)
Ex-tabagista	22 (51,16)
Etilista	
Sim	10 (23,26)
Não	11 (25,58)
Ex-consumidor	21 (48,84)
Não Consta	01 (2,33)

Fonte: Elaborada pelo Autor

No presente estudo, 51,16% dos pacientes não são mais fumantes e 34,88% ainda mantém o hábito, mesmo após o diagnóstico de câncer. Com relação ao álcool,

48,84% dos pacientes não consomem mais álcool e 23,26% ainda consomem, mesmo estando em tratamento.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tumor em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Tipo Histológico	Frequência (n)
CEC	42 (97,67)
C. LINFOEPITELIAL DE CAVUM.	01 (2,33)

Localização	
Boca	05 (11,63)
Laringe	13 (30,23)
Faringe	06 (13,95)
Orofaringe	13 (30,23)
Laringe e Orofaringe	01 (2,33)
Laringe e Faringe	01 (2,33)
Orofaringe, Laringe e Boca	01 (2,33)
Boca e Orofaringe	02 (4,65)
Cavidade Nasal	01 (2,33)

Estadiamento	
I	02 (4,65)
II	03 (6,98)
III	11 (25,58)
IV	21 (48,84)
Não consta	06 (13,95)

Metástase	
Sim	02 (4,65)
Não	26 (60,47)
Não pode ser avaliado	11 (25,58)
Não consta	04 (9,30)

Local de metástase	
Não consta	04 (9,30)
Não pode ser avaliado	11 (25,58)
Pulmão	02 (4,65)

Fonte: Elaborada pelo Autor

O tipo histológico mais prevalente na nossa amostra foi composta de 97,67% dos casos por carcinoma espinocelular (CEC) e apenas 2,33% de carcinoma linfoepitelial de cavum. Os sítios anatômicos mais acometidos foram laringe e orofaringe, ambos com 30,32%, seguido de faringe (13,95%) e da cavidade oral (11,63%). Em relação ao estadiamento, foi verificado que quase metade dos indivíduos estudados encontram-se

no estágio IV (48,84) e no estágio III (25,58). Apenas 2 pacientes (4,65%) tiveram metástase e o sítio acometido de ambos os indivíduos foi o pulmão.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com acompanhamento odontológico prévio ao tratamento oncológico e necessidade de intervenção odontológica em um Hospital Universitário de médio porte no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Atendimento Odontológico	Frequência (n)
SIM	43 (100,0)
Necessidade de Intervenção Odontológica	
SIM	31 (72,0)
NÃO	12 (28,0)

Fonte: Elaborada pelo Autor

Todos os pacientes da amostra realizaram acompanhamento odontológico prévio ao tratamento oncológico. Dos 43 pacientes avaliados apenas 12 não necessitavam de intervenção odontológica conforme a Tabela 06.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com presença de dor de origem dentária e/ou oncológica em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Dor	n (%)
SIM	36 (83,7)
NÃO	07 (16,3)

Fonte: Elaborada pelo Autor

Dor localizada está como um dos sintomas mais relatados (83,7%) na nossa amostra.

Tabela 8 - Distribuição da amostra em relação aos procedimentos necessários para adequação bucal realizado antes do início do tratamento antineoplásico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2017.

Procedimentos	Frequência (n)
Tratamento Periodontal	25 (58,1)
Extração Dentária	30 (69,8)
Tratamento Restaurador	16 (37,2)
Tratamento Endodôntico	02 (4,7)

Fonte: Elaborada pelo Autor

Dos 43 pacientes da amostra 25 deles apresentavam necessidade de tratamento periodontal representando 58,1% da amostra, 69,8% de procedimentos cirúrgico e 37,2% tratamento restaurador. Apenas 4,7 % precisou realizar tratamento endodôntico.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostraram que 36 pacientes, correspondendo a 83,72% dos casos, ocorreram no gênero masculino conforme a tabela 01. Vários estudos têm demonstrado maior ocorrência em homens como o estudo de Santos et. al (2012) onde a maior parte dos pacientes era do sexo masculino, 131 pacientes, o que corresponde a 80,9% da amostra. No entanto, esse tipo de neoplasia tem alcançado índices cada vez maiores entre as mulheres, sendo a prevalência da doença para o gênero feminino após os 60 anos, sugerindo que, além das diferenças na expectativa de vida, as mulheres expõem-se em menor quantidade ou mais tardiamente aos fatores de risco da doença (CARVALHO, 2001). A média de idade encontrada neste estudo foi de 60,77 anos. Segundo dados da literatura a maior incidência ocorre a partir da 4ª década de vida (INCA, 2003).

Em relação a variável cor da pele, a cor branca foi a de maior prevalência, no entanto, o estado do Rio Grande do Sul foi povoado pelos europeus a partir do século XIX, por meio do governo brasileiro que motivou a vinda de tais imigrantes com o intuito de ocupar a área que até então se encontrava despovoada. Diante disso, chegaram ao Brasil imigrantes de várias origens, sobretudo italianos, alemães e açorianos, que logo se misturaram aos ameríndios, portugueses e escravos negros. Devido à origem europeia da população, 84,7% das pessoas são brancos, e os pardos representam apenas 10,4% (FRANCISCO, 2019).

Em relação ao estado civil, houve o predomínio de indivíduos casados (46,51%), seguido de indivíduos solteiros (27,91%). Em um estudo realizado por Sawada; Dias; Zago (2006) o resultado encontrado foi semelhante, onde 65,6% eram casados, 15,6% solteiros e 9,4% divorciados. O nível de escolaridade foi baixo na população da amostra, onde 81,40% dos pacientes da amostra apresentaram ensino fundamental incompleto. Santos et. al (2011) acredita que o grau de escolaridade baixa está vinculado à maior vulnerabilidade para o câncer em estudo. Pesquisas mostram que a maioria dos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço possuem como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto (NEVES, 2017; BERGAMASCO et al., 2008). Esse dado, segundo Mourão et. al (2008), pode demonstrar um vínculo com a carência de informação e de conhecimento sobre métodos de prevenção, uma vez que, o desenvolvimento socioeconômico e o nível de saúde estão imensamente interligados.

Em relação à qualidade de saúde, não se deve levar em conta somente a dimensão biológica, mas o conjunto da dimensão social, cultural, econômica e biológica, uma influenciando sobre a outra (CARRARA, VENTURA, 2012). Dos pacientes estudados, apenas 37,21% possuem histórico familiar de câncer. O câncer de cabeça e pescoço pode ser desenvolvido por uma série de fatores combinados, dentre eles estão: hábitos de vida, atividade profissional e o local onde o indivíduo habita (MELO et al., 2010). Em estudo realizado em 2015, os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em sua maioria eram agricultores, outras duas profissões de maior ocorrência foi a de motoristas e pedreiros (PEREIRA, 2015). Os trabalhadores rurais, durante suas atividades ocupacionais, podem ser expostos a certos elementos carcinogênicos, dentre eles estão: a radiação solar, aerossol de animais e pesticidas, pigmentos inorgânicos e pó de algodão (OLIVEIRA et al., 2008). No presente estudo, muitos prontuários não tinham o registro da profissão: dos 43 pacientes estudados, 18 (41,86%) não consta registro de ocupação ou profissão. Das 25 profissões registradas no prontuário, 25,58% (11) são agricultores. Esse dado vai ao encontro do estudo feito por Santos; Batista; Cangussu (2010), onde 29 (39,2%) dos pacientes são trabalhadores rurais.

O município de Santa Maria (39,53%) foi o que mais apresentou casos de câncer de cabeça e pescoço na região. Este resultado pode ser devido ao fato de que o município é o 5o mais populoso do Rio Grande do Sul e, isoladamente, o maior de sua região, com mais de 278 mil habitantes em 2017 segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). Ressalta-se o fato da baixa prevalência de casos referenciados ao HUSM pelo município de Santiago (6,98%), já que o mesmo é o segundo mais populoso dos municípios da 4a CRS/RS.

O consumo excessivo de álcool está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo doenças cardíacas, mal de Alzheimer, acidente vascular cerebral, doenças hepáticas, *diabetes mellitus*, entre outras. Além disso, o consumo de álcool já foi há muito reconhecido como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer bucal (REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011). Entretanto, os indivíduos portadores de câncer bucal que ingerem álcool também estão, na grande maioria, expostos a outros fatores de risco – como o cigarro – o que torna difícil avaliar os efeitos destes fatores individualmente (PETTI; MOHD; SCULLY, 2012; REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011). No presente estudo, 51,16% dos pacientes não são mais fumantes e 34,88% ainda mantém o hábito, mesmo após o diagnóstico de câncer. Em relação ao álcool 23,26% da amostra ainda consomem. Além disso, 65,11% dos

pacientes da amostra consome ou consumiu álcool e tabaco de forma concomitante o que aumenta o risco de desenvolver a doença, uma vez que atuam de forma sinérgica. Segundo Boffetta et. al (2006) os mecanismos pelos quais o álcool atua como carcinogênico não são completamente conhecidos. Em estudos com modelos animais, o etanol não demonstrou efeito carcinogênico, no entanto, nos tecidos que estão em contato direto com as bebidas alcoólicas considera-se que o etanol agiria como um solvente, facilitando a penetração de agentes cancerígenos contidos, por exemplo, no tabaco.

No presente estudo, os sítios anatômicos mais acometidos foram laringe e orofaringe, ambos com 30,32%, seguido de faringe (13,95%) e cavidade oral (11,63%). Tal prevalência mostra uma inversão do que se observa na literatura, que mostra prevalência média de 45% de câncer de boca, seguido pelo câncer de laringe. Quanto ao câncer de cavidade oral destaca-se a necessidade em estabelecer intervenções educacionais realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas, sendo necessário organizar treinamento específico que reforça o conhecimento dos dentistas e de suas atitudes preventivas em relação ao câncer de cavidade oral.

No estudo realizado com o objetivo de verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA, revelou que 69,5% dos profissionais consideraram baixo o nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal (SANTOS, 2011). Os profissionais relataram não investigar a presença de lesões na primeira consulta em 21,1% dos casos. Somente 58,3% apontaram o CEC como o tipo de câncer bucal mais frequente. Acreditavam que o uso de próteses mal adaptadas e a presença de dentes em mau estado constituíam-se em fatores de risco para a doença, respectivamente. Apenas 3,75% dos entrevistados obtiveram o maior conceito em relação ao conhecimento (SANTOS et al., 2011). O Cirurgião-Dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas (SANTOS et al., 2011).

No que se refere ao tipo histológico da neoplasia nossa amostra foi composta de 97,67% dos casos por carcinoma espinocelular (CEC), valor semelhante a outros países, onde a prevalência atinge até 90% deste tipo histológico (DEDIVITIS, 2004). Em relação ao prognóstico, vários fatores devem ser considerados: graduação

histopatológica e localização anatômica do tumor, idade avançada, estado de saúde geral e do sistema imunológico do paciente.

A escolha do tipo de tratamento (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia) está relacionada ao estadiamento clínico e ao grau de diferenciação histopatológico do tumor (DANIEL; GRANATO; GRANDO, 2006). Com relação ao estadiamento, foi verificado que quase metade dos indivíduos estudados encontram-se no estágio IV (48,84) e no estágio III (25,58), o que mostra que o diagnóstico acaba sendo tardio. A agressividade biológica é limitada ao local, sendo um tumor de crescimento predominante horizontal, e com maior tendência para erodir do que infiltrar. Tem bom prognóstico, raramente determinando metástases regionais, e não cursa com metástases à distância (ZANINI et al., 2004). Quando as metástases estão presentes, os sítios mais comumente acometidos são os pulmões e os ossos (DEDIVITIS et al, 2009). No presente estudo, apenas 2 pacientes (4,65%) tiveram metástase e o sítio acometido de ambos os indivíduos foi o pulmão.

O preparo odontológico de pacientes com câncer, especialmente os de cabeça e pescoço, é extremamente importante para manter a integridade e a saúde geral desses pacientes, sendo necessário o preparo odontológico, manejo e prevenção das complicações bucais antes da radioterapia. Algumas dessas complicações podem levar a interrupção da terapia oncológica, sendo importante a integração entre os profissionais para se estabelecer um melhor prognóstico e qualidade de vida para os pacientes. Além disso, o papel do Cirurgião-Dentista no suporte ao paciente oncológico é promover melhorias na qualidade de vida contribuindo para melhorar a autoestima e ajudando a fortalecer a confiança no sucesso do tratamento contra o câncer.

Todos os pacientes da amostra apresentaram atendimento prévio ao tratamento oncológico. Esse número elevado é explicado devido à necessidade de liberação pelo ambulatório de odontologia para que o paciente possa iniciar o tratamento oncológico. Nosso estudo vai ao encontro ao de Öhrn (2001), observou que 90% dos casos que passaram por radioterapia em câncer de cavidade bucal analisados tiveram tratamento odontológico em fase pré-radioterápica. Dos 43 pacientes avaliados apenas 12 não necessitavam de intervenção odontológica. Quanto aos sintomas relacionados a cavidade oral, a dor localizada apresentou-se como um dos sintomas mais relatados (83,7%) Estes dados têm sido confirmados por outros estudos, como o de Durazzo et al (2005), onde a prevalência de dor oral encontrava-se na faixa de 35,4%. Quanto aos procedimentos odontológicos, eles foram divididos em tratamento cirúrgico, endodôntico, restaurador e periodontal. Além do tratamento proposto, todos os

pacientes receberam orientação de higiene oral, que incluía o uso de escova dentária de cerdas macias ou extra-macia, dentifrícios fluoretados e fio dental, associado ao uso de clorexidina 0,12% não-alcoólica para realização de bochechos diários, e esclarecimento sobre os possíveis efeitos adversos do tratamento para a cavidade oral.

Pacientes imunossuprimidos por quimioterapia no intervalo de 7 a 15 dias, depois de iniciado o tratamento, apresentam risco de desenvolvimento de lesões bucais dentárias ou periodontais, relacionadas a focos odontogênicos preexistentes. Dos 43 pacientes da amostra 25 deles apresentavam diagnóstico de doença periodontal, representando 58,1% da amostra, sendo semelhante ao estudo de Osterne et. al (2008), onde 65% dos pacientes necessitavam de procedimentos do tipo periodontal.

A condição dental influencia diretamente na decisão de realização de exodontias, sendo que a condição periodontal tem relativa importância na decisão de extração dental, visto que dentes com doença periodontal podem causar sérias complicações, como, por exemplo, a osteorradionecrose, que pode ocorrer diretamente ou como consequência de extrações pós-irradiação. Ainda de acordo com Bruins et al. (1999), considerando-se os índices periodontais, a extração dentária prévia ao tratamento radioterápico estará indicada em casos em que houver bolsas periodontais maiores que seis milímetros. Além disso, esse fator não deve ser considerado isoladamente, devendo-se levar em conta também envolvimento de furca, localização dental (dente atingido pela radiação) e dose de radiação. Segundo Silverman Jr. (1999), o periodonto pode ser mantido em ótimas condições através de procedimentos periodontais de rotina, sendo necessário ter uma atenção especial com os procedimentos prévios à irradiação, especialmente com estado dentário geral, técnicas de higiene oral, motivação e capacidade de cooperação por parte do paciente.

A maior prevalência de procedimentos odontológicos foi de exodontias 69,8% devido lesões de cárie com extensa destruição coronária, seguidos por tratamento periodontal (58,1%) e dentística restauradora (37,2%). Para Osterne e colaboradores (2008), um grande número de indicação cirúrgica (827 procedimentos) e necessidade de reabilitação por próteses (107 próteses) foram observada. Em um estudo realizado (Ross et al. 1996) com 99 pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço, que iriam se submeter à radioterapia, foi analisado que apenas 25% dos pacientes dentados não necessitavam de exodontias e, ainda, que 41% desses pacientes dentados necessitavam de extrações de todos os elementos dentais antes do início da terapia. A perda dentária pode se constituir em um evento de forte impacto, que, além de causar danos funcionais,

é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas. Em um estudo de Silva et. al., (2010) sobre o impacto da perda dentária na qualidade de vida as perguntas que obtiveram as maiores pontuações foram as referentes a sentir-se incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou com sua dentadura – dimensão dor - e o sentimento de vergonha por causa de sua boca ou de sua dentadura - dimensão inabilidade psicológica. Mesmo nos pacientes cujas pontuações OHIP-14 foram menores, o que indica menor percepção do impacto da condição bucal na sua qualidade de vida, a questão da vergonha é bastante ressaltada.

O número de tratamentos endodônticos foi baixo (4,7%), uma vez que para os pacientes que apresentavam dentes com lesões periapicais, optou-se, em consenso com o paciente, pela extração dentária dos elementos em questão devido ao não interesse do paciente em realizar tratamento endodôntico, e por acreditar que não haveria tempo hábil de finalizar o tratamento de canal previamente ao tratamento radioterápico, além de processo de reparo da lesão periapical, visto que há necessidade de um tempo longo para determinar sucesso/insucesso de uma terapia endodôntica.

É consenso na literatura que pacientes que serão submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço devem receber tratamento odontológico prévio. Concordando com o exposto na literatura, Hancock, Epstein e Sadler (2003) e Chang et al. (2007) relatam que os principais objetivos dessa abordagem odontológica são a remoção de focos infecciosos ativos, identificação e remoção de possíveis fatores de risco para complicações orais durante o tratamento, como por exemplo dentes com infecções endodônticas e/ou periodontais que possam se exacerbar (GUELARDI et al., 2008). Tong et al relata que o preparo odontológico de pacientes com câncer, especialmente os de cabeça e pescoço, seja 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 da radioterapia de cabeça e pescoço. Estas complicações podem até mesmo interromper a terapia oncológica, sendo indispensável à integração entre as equipes odontológicas e oncológicas, para se estabelecer um melhor prognóstico e qualidade de vida para os pacientes. Além disso, se faz importante a integração com a rede de atenção básica, sendo primordial para se estabelecer uma atenção longitudinal efetiva, podendo o paciente realizar o tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico na sua unidade de referência, no seu município, de forma rápida e segura, fazendo com que o profissional se sinta seguro em atender esse perfil de paciente.. Dessa forma, o Cirurgião-Dentista da atenção terciária

fica responsável pelo manejo dos efeitos adversos durante o tratamento oncológico realizado no âmbito hospitalar, sendo assim, conseqüentemente haverá uma diminuição no tempo de espera para realizar o tratamento oncológico, visto que o paciente chegará com a cavidade bucal adequada.

Como limitação deste estudo, observou-se que alguns dados estavam incompletos ou faltantes nos prontuários, prejudicando a análise dos casos e das variáveis estudadas. Pode-se pensar como explicação para isto o fato de que alguns profissionais não preenchem todas as informações necessárias no prontuário eletrônico (AGHU), além disso, a maioria dos pacientes tinha a necessidade de mais de uma modalidade de tratamento odontológico, por isso não existe uma contabilidade do valor total de n.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível avaliar o perfil do paciente que é encaminhado para o Núcleo de Odontologia Hospitalar HUSM, bem como ressaltar a importância do papel do Cirurgião-Dentista no tratamento do câncer de cabeça e pescoço. O sucesso da terapia oncológica requer cuidados odontológicos pré-terapêuticos, prevenindo e preparando o paciente para os efeitos secundários da terapia, tendo o Cirurgião-Dentista um papel ativo na manutenção e recuperação do paciente.

O acompanhamento do paciente por um cirurgião-dentista é de suma importância. Assim, um adequado preparo bucal pré-radioterapia e o tratamento de suporte, durante e após o tratamento oncológico, são efetivos para minimizar os riscos de efeitos tardios como, por exemplo, cárie de radiação e osteorradionecrose, além de disgeusia, xerostomia e trismo ao paciente tratado, bem como em reduzir os efeitos adversos da radioterapia e da quimioterapia. Isto aumenta e muito a qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento. Sendo assim, o Cirurgião-Dentista

REFERÊNCIAS

- ALGTEWI, E. OWENS, J. BAKER, SR. **Online support groups for head and neck cancer and health related quality of life.** Qual Life Res. v. 26, p. 2351 – 2362. 2017.
- BERGAMASCO, V. D. et al. **Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo.** Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. v. 37, n. 1, p. 15-19, 2008.
- BOFFETTA, P.; HASHIBE, M.; LA VECCHIA, C.; ZATONSKI, W.; REHM, J. **“The Burden of Cancer Attributable to Alcohol Drinking”, in International Journal of Cancer,** v. 11, p. 884-887, 2006.
- BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** 2011.
- BRUINS, H. H, JOLLY, D.E, KOOLE, R. **Preradiation dental extraction decisions in patients with head and neck cancer.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol. v. 88, n.4, p. 406-412, 1999.
- CARVALHO, M. B. et al. **Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino.** Rev Assoc Med Bras, v. 47, n. 3, p. 208-14, 2001.
- CARRARA, B. S.; VENTURA, C. A. A. **A saúde e o desenvolvimento humano.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change. v. 3, n. 4, p. 89-96, 2012.
- CHANG, D. T. et al. **Do pre-irradiation dental extractions reduce the risk of osteoradionecrosis of the mandible?** Head & Neck. v. 29, p. 528-36, 2007.
- DANIEL, F. I.; GRANATO, R.; GRANDO, L. J. **Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial , Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 279-283, ago. 2006.
- DEDIVITIS, RA. FRANÇA, CM. MAFRA AC. GUIMARÃES, FT. GUIMARÃES AV. **Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e Orofaringe.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 70, n.1, p. 35-40, 2004.
- DEDIVITIS, R. A. et al. **Fatores de risco para metástases à distância no câncer de cabeça e pescoço.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. v. 36, n. 6, Rio de Janeiro. nov./dez.2009.
- DEDIVITIS, R. A. et al. **Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 70,

n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n1/a06v70n1>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

DURAZZO, MD. ARAUJO, CEN. BRANDÃO, NJS. POTENZA, AS. COSTA P. TAKEDA, F. et al. **Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases.** Clinics. v. 60, n. 4, 2005.

DOBROSSY, L. **Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem.** Cancer and Metastasis Reviews. v.24, p. 9-17, 2005.

EPSTEIN, J. B. et al. **Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship.** A Cancer Journal for Clinicians, Atlanta, v. 62, p. 400-422, 2012.

FRANCESCHINI, C. JUNG, JE. AMANTE, CJ. **Mucosite oral pós quimioterapia em pacientes submetidos à supressão de medula óssea.** Revista Brasileira de Patologia Oral. v.2, n.1, p. 40-43, 2002.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. **"Etnias e população do Rio Grande do Sul "; Brasil Escola.** Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/etnias-populacao-rio-grande-sul.htm>>. Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

GHELARDI, I.R. SOARES, L.A.V. SANTOS, P.S.S. TEIXEIRA, S.S. MATSUSHITA, C.M. CARRILHO, C.M. ANTEQUERA, R., MELO PERES, M.P.S. **A Necessidade da avaliação e tratamento odontológico pré-radioterapia, prática hospitalar.** Prática Hospitalar. v. 58, n.10, p.149-151. 2008.

HANCOCK, P. J. EPSTEIN, J. B. SADLER, G. R. **Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer.** Journal of Canadian Dental Association. v. 69, n. 9 p. 585-590, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016. **Informações estatísticas de municípios, 2016.**

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional.** Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer; 2003. v. 3.

INCA. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** Tipos de Câncer. Rio de Janeiro, 2018a.

JOHNSON, N. **Tobacco use and oral cancer: a global perspective.** Journal of Dental Education. [S.l.], v. 65, n. 4, p. 328-39, 2001.

LAMBERT, R. SAUVAGET, C., **Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx.** European Journal of Gastroenterology & Hepatology v. 23, n. 8, p. 633 - 641, 2011.

LA VECCHIA, C. et al. **Epidemiology and prevention of oral câncer**. Oral Oncology, [S.l.], n. 33, p. 302-312, 1997.

LOFFREDO, LC. PINLLI, C. VITUSSI, TR. SUNDEFELD, ML. CAMPOS, JA. **Oral câncer mortality trends in Brazilian geographical regions from 1996-2001**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. v. 27, n. 2, p.133-138, 2006.

MELO, L. C. et al. **Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe**. Revista Gaúcha de Odontologia (RGO). Porto Alegre. v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospital Universitário de Santa Maria**. Aplicativo AGHU. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/ghu>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

MOURÃO, C. M. L. et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência do Ceará. Rede de Enfermagem do Nordeste, 2008. v. 9. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4995/3680>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

NEVES, C. P. B. DE.; RAPOSO, A. P. G.; BEZERRA, P. C. **Perfil dos Pacientes com Diagnóstico de Câncer de Cabeça e Pescoço atendidos em Hospital Especializado de Recife – PE, no ano de 2014**. Id online Multidisciplinary and Psychology Journal. v. 11, n. 37, p. 685-698. 2017.

NEGRI, E. BOFFETA, P. BERTHILLER, J. CASTELLSAGUE, X. CURADO, MP. DAL MASO, L. et al. **Family history of cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium**. Int. J. Cancer. v. 124, n. 2, p. 394-401, 2009.

OHRN, K. **Oral health and experience of oral care among cancer patients during radio - or chemotherapy [dissertation]**.Uppsala (SE): Acta Universitatis Upsaliensis; 2001.

OLIVEIRA, L. R. et al. **Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira** • J Bras Patol Med Lab • v. 42, n. 5, p. 385-392, out. 2006.

OLIVEIRA, J. C. et al. **A exposição ocupacional como fator de risco no câncer de cavidade oral e orofaringe no Estado de Goiás**. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. v. 37, n. 2, p. 82-87, 2008.

OSTERNE, R.L.V et al. **Saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas: estudo clínico epidemiológico e análise de necessidades odontológicas de 421 pacientes**. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 54, n.3, p.221-226. 2008.

PARKAR, SM. SHAH, MN. **A relationship between quality - of - life and head and neck cancer: A systemic review.** South Asian Journal of Cancer. v. 4, n. 4, p. 179 - 182. 2015.

PEDRUZZI, G. ANDREA, P. VALDECIR, OB. CORREA, JD. SILVA, RC. DINARTE, O. **Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram a óbito antes de receber tratamento.** Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. v. 40, n.2, p. 57-60. 2011.

PETTI, S.; MOHD, M.; SCULLY, C. **Revisiting the association between alcohol drinking and oral cancer in nonsmoking and betel quid non-chewing individuals.** Cancer Epidemiology, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 1-6, fev. 2012.

PEREIRA, J. N. C. **Quantitativo de casos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, no registro hospitalar de câncer do Hospital da FAP em 2013.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2015.

PETTI, S.; MOHD, M.; SCULLY, C. **Revisiting the association between alcohol drinking and oral cancer in nonsmoking and betel quid non-chewing individuals.** Cancer Epidemiology, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 1-6, fev. 2012.

REIDY, J.; MCHUGH, E.; STASSEN, L. F. A. **A review of the relationship between alcohol and oral cancer.** The Surgeon: journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 278–83, out. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019.** Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016.

ROSS, DE. DISCHE, S. SAUNDERS, MI. **The dental problems of patients with head and neck cancer treated with CHART.** Eur J Cancer B Oral Oncol. v. 32 B n.3 p. 176-181. 1996.

SANTOS, R. C. S. et al. **Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 45, n. 6, p.1338-1344, 2011.

SANTOS, M. G. et al. **Fatores de risco em radioterapia de cabeça e pescoço.** Revista Gaúcha de Odontologia (Online). v. 58, n. 2, p. 191-196, 2010.

SANTOS, V. C. B. et al. **Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió.** Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, 2012.

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

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. **O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Revista Brasileira de Cancerologia. v. 52, n. 4, p. 323-329, 2006.

SIEGEL, R. NAISHADHAM, DM. JEMAL, AD. **Cancer statistics, 2012.** C A Cancer J Clin. V.62, n.1 p.10-29. 2012.

SILVA, L. M. R. B. et al. **Carcinogênese de cabeça e pescoço: impacto do polimorfismo.** Revista da Associação Médica Brasileira. v. 57, n. 2, p. 194-199, 2011.

SOOK Y, LOHS SY. **Chemotherapy too is associated with significant morbidity and can cause renal.** Eur Arch Otorhinolaryngol. v. 274: p. 2695 - 2707, 2017.

SILVA, M. E. S. et al. **Impact of tooth loss in quality of life.** Ciência & Saúde Coletiva. 15. ed. v. 3 p. 841-850, 2010.

SILVA, L. M. R. B. et al. **Carcinogênese de cabeça e pescoço: impacto do polimorfismo MTHFD1 G1958A.** Revista da Associação Médica Brasileira. v. 57, n. 2, p. 194-199, 2011.

SILVERMAN, J. R. S. **Oral cancer: Complications of therapy.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. v. 88, n. 2, p.122-125.

TONG, AC. LEUNG, AC. CHENG, JC. SHAM, J. **Incidence of complicated healing and osteoradionecrosis following tooth extraction in patients receiving radiotherapy for treatment of nasopharyngeal carcinoma.** Aust Dent J. v. 44, n. 3, p. 187-194. 1999.

VARGAS, H. PITMAN, KT. JOHNSON, JT. GALATI, LT. **More aggressive behavior of squamous cell Carcinoma of the anterior tongue in young women.** Laryngoscope v. 110 p. 1623-6. 2000.

VISACRI, M. B. **Estudo das reações adversas, qualidade de vida e excreção de cisplatina na urina de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2013.

WARNAKULASURIYA, S. **Causes of oral cancer--an appraisal of controversies.** British Dental Journal, [S.l.], v. 207, n. 10, p. 471-5, nov. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CÂNCER.** Disponível Em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

ZANINI, M. et al. **Carcinoma verrucoso: uma variante clínico-histopatológica do carcinoma espinocelular.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 619-621, set./out. 2004.

APÊNDICE A

FICHA DE COLETA

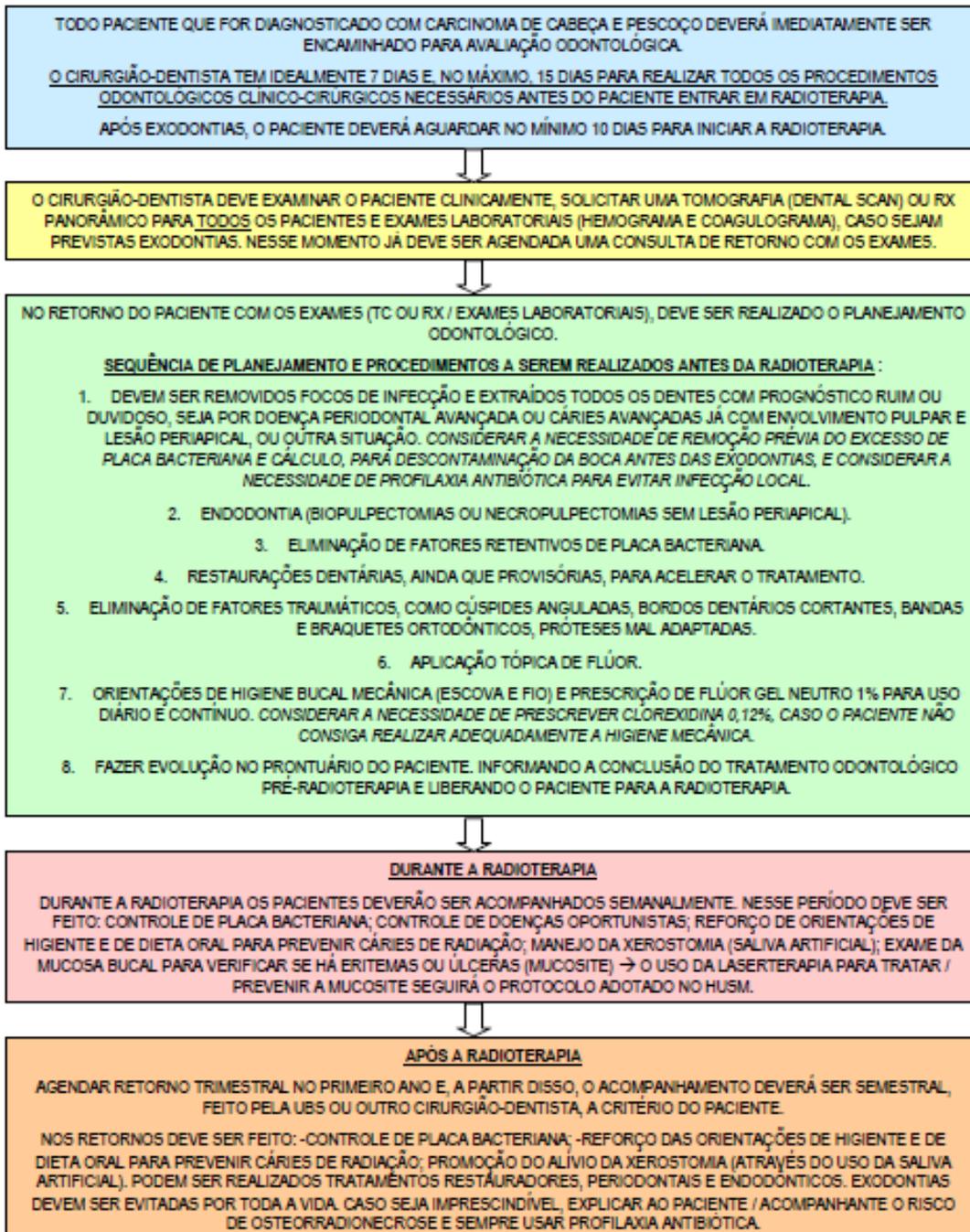
- 1) Nome: _____
 - 2) Same: _____
 - 3) Data de Nasc.: ___/___/_____
 - 4) Idade: _____
 - 5) Cor: _____
 - 6) Sexo: () F () M
 - 7) Estado civil: _____
 - 8) Escolaridade: _____
 - 9) Profissão: _____
 - 10) Local de nascimento: _____
 - 11) Procedência: _____
 - 12) Fumante: () Sim () Não () Ex-consumidor () Sem informação
 - 13) Etilista: () Sim () Não () Ex-consumidor () Sem informação
 - 14) História familiar de câncer: () Sim () Não () Sem informação
 - 15) Localização do tumor: _____
 - 16) Tipo histológico do tumor: _____
 - 17) Estágio do tumor: _____
 - 18) Ocorrência de metástase: _____ se sim, qual local? _____
 - 19) Quimioterapia utilizada: _____
 - 20) Trocou de protocolo: _____ se sim, por quê? _____
 - 21) Apresentou reação adversa/ toxicidade: _____
 - 22) Apresentou algum efeito colateral à radioterapia: () Sim () Não. Se sim, qual?
-
- 23) Acompanhamento com fonoaudiólogo: () Sim () Não.
 - 24) Se fez tratamento com fonoaudiólogo, por qual período? () Antes do tratamento oncológico () Durante o tratamento oncológico () Depois do tratamento oncológico
 - 25) Uso de traqueostomia: () Sim () Não
 - 26) Qual via de alimentação: _____
 - 27) Comorbidades: _____
 - 28) Dor: _____
 - 39) Pré-Radioterapia () Sim () Não
 - 30) Edêntulo Total () Sim () Não
 - 31) Presença de Doença Periodontal () Sim () Não
 - 37) Presença de Halitose () Sim () Não
 - 38) Necessidade de Extração Dentária () Sim () Não
 - 39) Necessidade de Restaurações Dentárias () Sim () Não
 - 40) Necessidade de Tratamento Endodôntico () Sim () Não
 - 41) Necessidade de Intervenção Odontológica () Sim () Não
 - 42) Acompanhamento durante o Tratamento Oncológico pelo Cirurgião-Dentista ()
Sim () Não

APÊNDICE B



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE / HEMATO-ONCOLOGIA
AVALIAÇÃO PRÉ-RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO

FLUXO DOS PACIENTES E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS



Esse informativo foi desenvolvido pelas cirurgiãs-dentistas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do CCSUFMS: Mônica Pagliarini Bulgon, Jenifer Colombelli Mielke e Mauna Ferraz Coelho, sob a orientação da tutora de núcleo do Programa e professora do Departamento de Patologia da UFSM, Kívia Linhares Ferrazzo.

APÊNDICE C

INTERVENÇÃO

Uma condição bucal desfavorável pode interferir no prognóstico de pacientes oncológicos. Infecções bucais podem contribuir para a instalação de uma condição inflamatória sistêmica e servem como fonte de difusão de micro-organismos por via hematogênica. A avaliação completa e a adequação do meio bucal pelo cirurgião-dentista são fundamentais para minimizar e prevenir complicações. São fundamentais o diagnóstico e o tratamento de focos de cárie, infecções endodônticas, infecções gengivais e periodontais, bem como outros processos infecciosos não-específicos da cavidade bucal. Com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico surgiu a necessidade de identificar as necessidades de procedimentos odontológicos realizados prévios a terapia oncológica.

No presente estudo, 58,1% dos pacientes apresentavam necessidade de tratamento periodontal, 69,8% necessitavam de procedimento cirúrgico e 37,2% de tratamento restaurador. Apenas 4,7 % precisou realizar tratamento endodôntico. Diante desse resultado, sugere-se articulação com a rede, através da criação de um fluxograma, onde, havendo necessidade de execução de procedimentos que representem risco de complicações para o paciente durante e após o tratamento oncológico, o Cirurgião-Dentista do serviço de odontologia hospitalar possa encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contra referência (unidade básica de saúde/ centro de especialidade odontológica). Sendo assim, se faz necessária a avaliação odontológica pelo cirurgião-dentista do serviço de odontologia hospitalar antes e após a conclusão do tratamento na unidade básica saúde/centro de especialidade odontológica e previamente ao início do tratamento oncológico, com objetivo de confirmar a realização integral do procedimento odontológico solicitado. Com a criação do fluxograma será possível diminuir o tempo para iniciar o tratamento dentário e, conseqüentemente, o tratamento oncológico. Além disso, a integração com a rede de atenção básica é muito importante, uma vez que se estabelece uma atenção longitudinal efetiva, podendo o paciente realizar o tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico na sua unidade de referência, no seu município, de forma rápida e segura.

O câncer de cabeça e pescoço constantemente é diagnosticado em estágios clínicos avançados (III ou IV). Esse estadiamento já avançado estabelece um pior

prognóstico e uma menor taxa de cura. Por conta disso, o tratamento deste tipo de câncer é complexo e frequentemente combina a radioterapia com a quimioterapia. Conseqüentemente, na maioria das vezes, leva a uma piora na qualidade de vida dos pacientes, tornando este tipo de câncer, então, uma questão de saúde pública.

Através dos resultados obtidos, observou-se que mais da metade dos pacientes (69,77%) deste estudo realizaram o regime terapêutico de radioterapia concomitante à cisplatina e 27,91% dos pacientes realizaram o esquema TPF (de indução) associada à Cisplatina semanal. Os pacientes analisados apresentaram muitos efeitos adversos ao tratamento. Os principais efeitos relatados foram mucosite e radiodermatite: dos 43 pacientes, 18 (41,86%) tiveram mucosite e 18 (41,86%) dermatite; 16 (37,21%) apresentaram náusea/vômito e 14 (32,56%) apresentaram perda de peso.

Com base no que foi apresentado na literatura e nos resultados alcançados com o presente estudo, sugere-se a reestruturação e o fortalecimento do ambulatório multiprofissional de atendimento ao paciente com câncer de cabeça e pescoço. Esse ambulatório seria realizado semanalmente com pacientes que devem iniciar tratamento para essa neoplasia, com todas as orientações necessárias de cada núcleo profissional. Com essa ação, seria possível construir vínculo com os pacientes e seus familiares, bem como deixá-los informados para esse novo processo, o de realizar o tratamento oncológico.

Também, sugere-se seguimento farmacoterapêutico, onde o farmacêutico se responsabilize pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos, através da detecção, prevenção e resolução das reações adversas aos medicamentos, de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o paciente e com os outros profissionais da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente.

Os resultados encontrados neste estudo identificaram que mais da metade da amostra (62,80%) dos pacientes em tratamento oncológico para o câncer de cabeça e pescoço realizaram acompanhamento fonoaudiológico. Contudo, para abranger toda a população (100%) seria necessário a criação de um fluxo de atendimento fonoaudiológico desde a primeira consulta médica, visto que o acompanhamento fonoaudiológico torna-se importante e primordial possibilitando qualidade de vida e bem-estar aos pacientes mesmo antes de iniciar o tratamento oncológico.

Sendo o fonoaudiológico um profissional com formação em saúde e atuante em setores públicos, ele torna-se um dos responsáveis pela promoção e prevenção de

aspectos que envolvem a comunicação e deglutição. A rouquidão e a disfagia são alguns dos primeiros sintomas que podem surgir em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A fonoaudiologia no serviço de atenção primária pode colaborar com o diagnóstico precoce, uma vez que, para a reabilitação desses sintomas deve se descartar qualquer possibilidade de doença. Com isso, percebe-se a necessidade da capacitação das fonoaudiólogas da rede pois, esses sintomas podem não estar sendo relacionados aos casos de câncer de cabeça e pescoço.