

Saúde bucal do idoso com câncer: análise da inserção do Cirurgião-Dentista no acompanhamento de pacientes oncológicos

Oral health of elderly with cancer: analysis of the dentist insertion for monitoring oncological patients

DOI:10.34117/bjdv7n6-389

Recebimento dos originais: 07/05/2021

Aceitação para publicação: 01/06/2021

Carolina Borges De Lima

Especialista em Odontologia Multiprofissional da Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos

Instituição: Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES UNITA. Contribuição: efetiva participação científica e intelectual para o estudo; aquisição de dados, interpretação de dados; preparação e esboço do manuscrito; revisão crítica e aprovação final.

Endereço: Av. Portugal, 584 - Universitário, Caruaru - PE, 55016-400
E-mail: carolborgesbahia@gmail.com

Maurício da Rocha Costa

Graduado em Odontologia

Instituição: Universidade Federal Rural de Pernambuco. Contribuição: efetiva participação científica e intelectual para o estudo; aquisição de dados, interpretação de dados; preparação e esboço do manuscrito; revisão crítica e aprovação final.

Endereço: Av. Portugal, 584 - Universitário, Caruaru - PE, 55016-400
E-mail: carolborgesbahia@gmail.com

Danielle Lago Bruno de Faria

Doutora em Biociência Animal

Instituição: Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES UNITA. Contribuição: efetiva participação científica e intelectual para o estudo; interpretação de dados; procedimentos técnicos; preparação e esboço do manuscrito; revisão crítica e aprovação final.

Endereço: Av. Portugal, 584 - Universitário, Caruaru - PE, 55016-400
E-mail: danielledago@asc.es.edu.br

Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota

Doutorado em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES UNITA. Contribuição: efetiva participação científica e intelectual para o estudo; interpretação de dados; procedimentos técnicos; preparação e esboço do manuscrito; revisão crítica e aprovação final.

Endereço: Av. Portugal, 584 - Universitário, Caruaru - PE, 55016-400
E-mail: claudiabmota@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil e a condição de saúde bucal dos pacientes onco geriátricos, assim como o acesso às informações de necessidade de cuidados odontológicos durante

o tratamento oncológico. **Materiais e Métodos:** Tratou-se de um estudo descritivo com corte transversal quantitativo, realizado em duas instituições de tratamento oncológico do município de Caruaru-PE. Foram selecionados pacientes a partir de 60 anos que estivessem em terapia antineoplásica, totalizando 76 pacientes de uma amostra não probabilística por conveniência. Inicialmente foi aplicado um questionário estruturado e, posteriormente, ocorreu a avaliação clínica da cavidade bucal dos idosos. Por fim, os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística. **Resultados:** 73,7% dos pacientes eram do sexo masculino, cujas idades variavam entre 62 a 92 anos, com média de 72,38 anos. Em relação ao câncer, 88,2% (57 pacientes) estavam em tratamento do tumor primário e 11,8% (9) apresentavam metástase; em relação à distribuição dos tumores primários, os mais frequentes foram próstata (55,3%), mama (15,8%) e cabeça e pescoço (11,8%). O tratamento mais frequente foi a quimioterapia combinada à radioterapia (43,4%), seguido da quimioterapia isolada (34,2%) e da radioterapia (17,1%). Não foi possível obter informações de 4 pacientes. 78,9% dos entrevistados afirmam não ter recebido orientações para procurar um cirurgião dentista durante o tratamento oncológico. Somando-se a isto, 88,2% dos participantes desta pesquisa não foram orientados sobre o possível surgimento de lesões indesejáveis na cavidade oral durante o tratamento antineoplásico. **Conclusão:** As barreiras do acesso ao serviço odontológico podem ser atribuídas a ausência de encaminhamento dos pacientes para acompanhamento odontológico no itinerário terapêutico. O presente estudo mostrou que, mesmo havendo disponibilidade do cirurgião-dentista no serviço, os pacientes não usufruíam desse cuidado – o que reforça a necessidade de integração do profissional de odontologia especializado no acompanhamento oncológico, objetivando promover melhor qualidade de vida destes pacientes.

Palavras chave: Saúde bucal, Neoplasias, Oncologia, Equipe hospitalar de odontologia.

ABSTRACT

Objective: To identify the profile and oral health condition of oncogeriatric patients, as well as the access to information regarding the need for oral care during cancer treatment. **Materials and Methods:** A quantitative cross-sectional descriptive study was carried out in two institutions of oncologic treatment institutions in the city of Caruaru – PE. Patients older than 60 years who were undergoing antineoplastic therapy were selected, totalizing a non-probabilistic sample for convenience of 76 patients. Initially, a structured questionnaire was applied followed by the clinical evaluation of the oral cavity of the patients. Finally, data obtained were tabulated and submitted to statistical analysis. **Results:** 73.7% of the patients were male, whose ages ranged from 52 to 92 years, with an average of 72.38 years. Regarding cancer, 88.2% (57 patients) were being treated for the primary tumor, whilst 11.8% (9) had metastasis; regarding the distribution of primary tumors, the most frequent ones were prostate (55.3%), breast (15.8%) and head and neck (11.8%). The most frequent treatment was chemotherapy combined with radiotherapy (43.4%), followed by isolated chemotherapy (34.2%) and radiotherapy (17.1%). It was not possible to obtain information from four patients. 78.9% of the respondents affirmed they had not received guidance to seek a dental surgeon during cancer treatment. In addition, 88.2% of the participants in this study were not informed about the possible appearance of undesirable lesions in the oral cavity during the antineoplastic treatment. **Conclusion:** The barriers to access the dental service can be attributed to the lack of referral of patients for dental follow-up in the therapeutic itinerary. The present study showed that, despite the availability of the dental surgeon in the service, patients did not receive this care – which reinforces the need for integration of dentists specialized in oncological care, aiming a better quality of life promotion for these patients.

Keywords: Oral health, Neoplasms, Medical oncology, Dental staff, hospital.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo multifatorial, sócio-vital que ocorre em todo curso da vida, com início a partir do nascimento do ser humano; esse processo envolve fatores bioquímicos, fisiológicos, psicológicos, em que todos levam à perda de autonomia do idoso dentro do seu ambiente.¹

Estima-se que em 2025 essa população chegará a 32 milhões no Brasil. Essa nova arquitetura social impactará diretamente na economia, com pessoas que apresentam sérias limitações, desenvolvimento de doenças crônicas, maior risco de morbidade e mortalidade e sequelas incapacitantes – esses indivíduos precisam de políticas públicas voltadas para suas necessidades.²

Nesse contexto as questões bucais não podem ser esquecidas, sendo parte integrante da saúde geral. Serviços públicos voltados para o atendimento de idosos são muito escassos, gerando uma carência de profissionais capacitados para o atendimento dessa população, além de políticas que incentivem o idoso a procurar o atendimento odontológico, desmistificando que a perda dentária é algo esperado com o avançar da idade. Mais de 3 milhões de idosos necessitem de prótese total (PT), que implica em problemas de mastigação, fala, estruturas ósseas, musculares, entre outros.³

Indivíduos com esse perfil de saúde bucal estão susceptíveis ao desenvolvimento de diversas doenças próprias da idade, entre elas o câncer. O câncer ocupa o segundo lugar entre as doenças crônicas mais presentes no mundo. A terapia antineoplásica consiste na quimioterapia, onde ocorre a introdução de fármacos que modulam o sistema imunológico para reação frente às alterações celulares causadas pelas neoplasias, seja por via oral ou venosa; Além da radioterapia, que basicamente utiliza radiação para redução da massa tumoral.⁴⁻⁶

Como consequência desse tipo de modalidade terapêutica, muitos pacientes evoluem com imunossupressão e, junto a ela, algumas complicações bucais são percebidas, que acabam por interferir tanto na continuidade do tratamento, quanto em sua qualidade de vida.⁷

Dentre as alterações bucais relatadas na literatura, podem ser citadas a necrose dos tecidos moles, candidose, mucosite, xerostomia, osteorradiocrecrose, trismo muscular, disfagia, disgeusia, cárie e herpes, todos decorrentes da radioterapia e da quimioterapia,

realizadas muitas vezes concomitantemente.⁷⁻¹⁰ Diante dessas alterações, a participação ativa do cirurgião dentista no tratamento antineoplásico é imprescindível, no intuito de reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes das complicações orais, estendendo esses cuidados para após o término do tratamento, uma vez que algumas complicações como osteorradionecrose, osteonecrose e trismo tem perfil de surgimento tardio.¹⁰⁻¹¹

Esse estudo teve como objetivo conhecer o perfil do paciente onco geriátrico, além de identificar como se deu as orientações sobre a necessidade de cuidados odontológicos durante o itinerário terapêutico percorrido pelo paciente, pontuando sua condição de saúde bucal.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com corte transversal de abordagem quantitativa, que investigou a saúde bucal do idoso e a inserção do cirurgião dentista no tratamento antineoplásico. O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ASCES-UNITA, sob processo número 3.724.754.

A presente pesquisa teve como *locais* de estudo duas instituições de tratamento antineoplásico – Hospital Santa Águeda (HSA) e Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC) – sediadas em Caruaru, Agreste de Pernambuco. Ambas são instituições cíveis, de direito privado, conveniadas ao SUS. A escolha destas instituições se deu por serem centros de referência da região para tratamento contra o câncer e obedecerem a RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005, que regulamenta o seu funcionamento. A coleta de dados foi realizada durante o período de dezembro de 2019 a março de 2020.

Foram selecionados para compor a amostra indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão a seguir: pacientes a partir de 60 anos que estivessem em tratamento antineoplásico e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra os pacientes com limitações cognitivas ou aqueles com algum tipo de impedimento relacionado à comunicação. Dessa forma, este estudo foi composto por uma amostra não probabilística por conveniência de 76 pacientes em terapia antineoplásica, que após orientados sobre o conteúdo da pesquisa, concordaram em participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente foi aplicado um questionário estruturado (instrumento), por um único pesquisador, a fim de abordar questões socioeconômicas e a relação do paciente idoso com o cirurgião dentista durante o tratamento de câncer. Este questionário foi previamente validado em um estudo piloto no qual dez cirurgiões dentistas com formação

em gerontologia avaliaram o instrumento e propuseram ajustes, de modo a assegurar o cumprimento de forma fidedigna a sua finalidade metodológica.

A segunda etapa da coleta se deu por meio de avaliação clínica da cavidade bucal dos idosos, observando aspectos como: condição de higiene oral, presença de doença periodontal, lesões cáries, necessidade de exodontias e próteses. Tal avaliação foi realizada pelo próprio pesquisador, utilizando uma ficha clínica desenvolvida especificamente para este fim, tendo como base o levantamento epidemiológico SB Brasil.³

Por fim, os dados obtidos foram tabulados e organizados em planilhas do Microsoft Office Excel 2016 (Redmond, Washington, Estados Unidos) e posteriormente transferidos para o programa estatístico SPSS 17.0 (Armonk, New York, Estados Unidos) para análise. Foi realizada a análise estatística descritiva através de distribuições absolutas, percentuais de medidas e técnicas de estatística inferencial. A associação foi observada através dos testes Qui-quadrado e Kruskal-Wallis, considerando intervalo de confiança de 95%, sendo considerado $p > 0,05$.

3 RESULTADOS

Um total de 76 pacientes foram analisados. O sexo masculino foi o mais prevalente (56 indivíduos), correspondendo a 73,7% da amostra. A idade dos pesquisados variou entre 52 a 92 anos, com média de 72,38 anos, mediana de 71 anos e desvio padrão de 8,22 anos. Em relação à escolaridade, a maioria dos pacientes apresentavam ensino fundamental incompleto 32 (42,1%), seguido de analfabetos 22 (28,9%), e fundamental completo 13 (17,1%). Não foi informada a escolaridade de 4 (5,2%) participantes, além destes, 2 (2,6%) apresentavam ensino médio completo, 2 (2,6%) ensino médio incompleto e 1 (1,3%) ensino superior.

À distribuição do estado civil dos participantes deste estudo destaca-se que a maioria são casados 44 (57,9%), seguido de viúvo 14 (18,4%), 9 (11,8%) são solteiros, 2 (2,6%) divorciados e 7 (9,3%) não informaram seu estado civil. Quando analisada a renda familiar, encontrou-se que 37 (48,7%) pacientes possuíam renda inferior a R\$ 1.000,00; 35 (46,1%) entre R\$ 1.000,00 e R\$ 3.000,00; 3 (3,9%) pacientes não possuíam renda; e apenas 1 paciente acima de R\$ 3.000,00.

Dos pacientes estudados 67 (88,2%) estavam em tratamento do tumor primário e 9 (11,8%) apresentavam metástase. Os tumores primários mais frequentes foram próstata 42 (55,3%), mama 12 (15,8%) e cabeça e pescoço 9 (11,8%). A maioria dos sítios de

metástase eram em osso, 5 (55,6%), seguidas de pulmão 2 (22,2%), conforme a tabela 1, o resultado da pesquisa valida as projeções feitas pelo INCA onde para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA,2019).

Tabela 1. Distribuição do tipo e localização dos tumores.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem acumulativa (%)
Presença de Metástase			
Não	67	88,2	88,2
Sim	9	11,8	100
Total	76	100	
Localização do tumor primário			
Cabeça e Pescoço	9	11,8	11,8
Estômago	1	1,3	13,2
Fígado	1	1,3	14,5
Intestino	3	3,9	18,4
Mama	12	15,8	34,2
Melanoma	1	1,3	35,5
Pâncreas	1	1,3	36,8
Próstata	42	55,3	92,1
Pulmão	1	1,3	93,4
Reto	1	1,3	94,7
Rim	1	1,3	96,1
Tumor de partes moles	1	1,3	97,4
Útero	2	2,6	100
Total	76	100	
Localização das metástases			
Mama	1	11,1	11,1
Osso	5	55,8	66,7
Próstata	1	11,1	77,8
Pulmão	2	22,2	100
Total	9	100	

O tratamento mais frequente é a quimioterapia e radioterapia combinadas 33 voluntários (43,4%), seguido de quimioterapia isolada, 26 (34,2%), e radioterapia, 13 (17,1%). Não foi possível obter informações de 4 pacientes.

Além disso, 39 (51,3%) dos pacientes estudados apresentavam outras doenças concomitante ao tumor. Hipertensão Arterial Sistêmica foi a doença mais encontrada com 30 (39,5%) casos; seguido da Diabetes 11 (14,5%); e a Doença Cardíaca com 4 (5,3%) casos. As demais doenças achadas possuem percentual de 1,3%.

Na distribuição das respostas da pergunta se havia Cirurgião-Dentista no estabelecimento de tratamento oncológico, a maioria dos participantes 42 (55,3%)

responderam “Sim” e 34 (44,7%) “Não”. Dos que responderam “Sim”, apenas 10 (13,2%) consultaram esse profissional durante seu tratamento oncológico, enquanto 28 (36,8%) não tiveram acesso a esse profissional. 4 pacientes não responderam esta pergunta.

Ao ser indagados se foram orientados a procurar um dentista após o diagnóstico de câncer, os resultados foram fortemente expressivos, onde grande maioria relata não ter sido aconselhado por essa busca, conforme pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2. Alterações orais encontradas nos sujeitos da pesquisa.

Alterações orais	Frequência (n)
Candidíase	47
Resto radicular	9
Mucosite	4
Língua fissurada	15
Desgaste dentário	22
Queilite angular	2
Retração gengival	8
Hiperplasia fibrosa	6
Lesão branca	7
Cálculo	20
Cárie dentária	4
Traumatismo dentário	3
Lesão ulcerada	3

Em relação à condição de saúde bucal, quando investigado o tempo da última consulta odontológica dos pacientes, observou-se que a maioria (46, equivalente a 60,5%) foram a um dentista há 3 anos ou mais, 10 pacientes (13,2%) entre 1 e 2 anos, 17 (22,4%) há menos de um ano, e 2 (2,6%) pacientes relataram nunca ter ido ao dentista. Não foi possível obter a resposta de 1 paciente.

Já ao ser questionados sobre o surgimento de lesões indesejáveis durante o tratamento antineoplásico, 67 (88,2%) dos participantes responderam não e apenas 9 (11,8%) responderam sim.

Somando-se a isso, 44 (57,9%) faziam uso de prótese dentária, destes, 32 (72,7%) utilizavam próteses superior e inferior; 7 (9,2%) apenas superior; e 5 (6,6%) apenas inferior, além disso, 77,3% dos pacientes usuários de prótese afirmaram que as próteses foram feitas por um dentista, como pode ser visto na tabela 3.

Tabela 3 – Uso de prótese

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%) ¹	Porcentagem acumulativa (%)
Uso de prótese			
Sim	44	57,9	57,9
Não	32	42,1	100
Total	76	100	
Arcada dentária			
Superior	7	9,2	15,9
Inferior	5	6,6	11,4
Ambas	32	42,1	72,7
Total	44	57,9	100
Prótese realizada por um dentista?			
Sim	34	44,7	77,3
Não	10	13,2	22,7
Total	44	57,9	100

Na investigação da necessidade da aquisição ou substituição de prótese dentária dos pacientes estudados observa-se que 21 (27,6%) necessitam de prótese em ambas as arcadas dentárias; 8 (10,5%) pacientes de próteses inferior e 1 (1,3%) necessita de prótese superior. Ainda em relação à condição de saúde bucal, algumas alterações orais foram observadas durante o exame clínico, e estão descritas na tabela 4.

Tabela 4. Alterações orais encontradas nos sujeitos da pesquisa.

Alterações orais	Frequência (n)
Candidíase	47
Resto radicular	9
Mucosite	4
Língua fissurada	15
Desgaste dentário	22
Queilite angular	2
Retração gengival	8
Hiperplasia fibrosa	6
Lesão branca	7
Cálculo	20
Cárie dentária	4
Traumatismo dentário	3
Lesão ulcerada	3

Este estudo não encontrou associação significativa entre o sexo e a presença de alteração orais na amostra estudada ($p = 1,000$), entre a faixa etária e a presença de alteração orais na amostra estudada ($p = 1,000$) usando Teste de Fisher para ambos os cruzamentos. Também não houve uma associação significativa entre a presença de metástase e a presença de alteração orais na amostra estudada ($p = 0,610$) usando o Teste de Fisher, nem entre a última consulta odontológica e a presença de alteração orais na amostra estudada ($p = 0,191$) usando a razão de verossimilhança.

4 DISCUSSÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, no Brasil é a segunda causa de morte, representando 17% dos casos de óbitos de causa conhecida no país. De acordo com Pires et al. (2014)⁵ a maior incidência está nas regiões mais desenvolvidas, como por exemplo, na região noroeste do estado de São Paulo, onde a taxa de mortalidade foi 38,4% entre 2000 e 2005. O Ministério da Saúde estima que haverá 147.380 casos novos de cânceres até o final do ano 2020.¹² A alta prevalência de homens nesse estudo pode ser atrelado a sua dificuldade no autocuidado, negligenciando muitas vezes sinais de alerta e medidas preventivas, de acordo com Dawalibi.¹

Associado a isto, o tratamento oncoterápico resume-se em cirurgia, quimioterapia e radioterapia, responsáveis por causar sequelas ou efeitos adversos nos pacientes.⁹ A quimioterapia, por exemplo, geralmente é responsável por causar mucosite, contudo,

neste estudo, apenas 4 pacientes apresentaram a lesão, tal fato pode ser atribuído ao tempo de desenvolvimento da lesão, que não foi seguido no estudo. O acompanhamento odontológico é, portanto, fundamental para garantir a promoção da saúde integral nesta população em análise.

O perfil sociodemográfico deste estudo aponta uma população com baixo nível de escolaridade e socioeconômico e, de acordo com Costa e colaboradores (2020)¹³, as perdas dentárias podem ser determinadas pelo nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade e renda, assim como outros problemas da cavidade oral. Por outro lado, a educação proporciona maior acesso à informação e utilização dos serviços públicos de saúde bucal.¹⁴

Concomitantemente, a avaliação da condição de saúde bucal da amostra evidencia a necessidade de tratamento odontológico voltado aos pacientes, que apresentaram dor de dente, halitose, xerostomia, dentes com mobilidade e restos radiculares. Apenas 30,4% da amostra não apresentou essas lesões. Faza e Brum (2018)¹⁰ apontam ainda que o acompanhamento do Cirurgião Dentista (CD) é indispensável para minimizar o surgimento da mucosites, xerostomias e outras alterações durante a quimioterapia, bem como promover a saúde bucal durante o tratamento antineoplásico.

O acompanhamento odontológico durante o itinerário terapêutico pode ser justificado ainda pela estimativa de que 40% dos pacientes que recebem tratamento oncológico, seja radioterapia ou quimioterapia, irão apresentar complicações na cavidade oral em decorrência da estomatotoxicidade direta ou indireta.¹⁵

Estudo de Vieira e colaboradores (2012)⁹ observou que as sequelas orais advinda dos tratamentos oncológicos foram incluíam xerostomia (50%), mucosite (25%), eritema (20%), candidose (25%) e radiodermite (5%). De acordo com Zanini et al. (2016)¹⁶ quanto mais jovem o paciente, maiores são as chances do desenvolvimento de lesões durante o tratamento quimioterápico, em decorrência do índice mitótico elevado das células da mucosa oral, podendo ser um fator coadjuvante, o que justifica o baixo número de lesões encontradas na população idosa. Adicionalmente, a coleta de dados do presente estudo na unidade de radioterapia foi realizada no período noturno, no qual, em geral, os pacientes estão nas primeiras sessões de radioterapia – o que também pode ter contribuído para o baixo índice de pacientes com lesão de mucosite oral.

Os pacientes do presente estudo apresentaram queilite angular (n=2), retração gengival (n=8), hiperplasia fibrosa (n=6), lesão ulcerada (n=3) e candidíase (n=47) como alterações de cavidade bucal secundárias à terapia antineoplásicas mais frequentes. O

índice elevado de candidíase pode ser justificado pela baixa imunidade dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento da *Candida albicans*, um fungo oportunista que faz parte da microbiota oral e que, frente ao desequilíbrio nos mecanismos de defesa, pode se manifestar causando a candidíase.^{7,10} Outras alterações citadas podem ser decorrentes da ausência de acompanhamento odontológico pré-terapia antineoplásica - que atua na prevenção de alterações orais -, ou mesmo durante o tratamento do câncer - que consiste na instituição de medidas de cuidados paliativos.^{15,17}

Tendo em vista que a grande maioria (78,9%) não recebeu instruções para buscar atendimento odontológico, pode ser justificado o grande número de pacientes que apresentaram lesões orais, no entanto O índice elevado de candidíase pode ser justificado pela baixa imunidade dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento da *Candida albicans*, um fungo oportunista que faz parte da microbiota oral e que, frente ao desequilíbrio nos mecanismos de defesa, pode se manifestar causando a candidíase o que coincide com Lessa,2020.

O tratamento de radioterapia associado à quimioterapia foi o mais comum da amostra deste estudo. E o tipo de câncer mais comum encontrado foi de próstata para homens e mama para as mulheres, semelhante aos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde.¹⁸ Outra característica importante deste estudo é que 51,3% apresentavam outra doença sistêmica além do câncer - com destaque para hipertensão arterial sistêmica (39,5%) e diabetes (14,5%) -, considerados fatores de comorbidade.

Em relação ao cuidado assistencial odontológico durante o itinerário terapêutico dentro do sistema de saúde, ao ser questionados se foram informados sobre a possibilidade de surgimento de alterações bucais, 88,2% da amostra respondeu “não”. E, de acordo com Carvalho, Hakozaki e Fravretto (2019)¹⁹, o cirurgião dentista só é lembrado quando surgem incômodos decorrente das lesões intraorais, secundárias ao tratamento antineoplásico, sendo necessário esclarecer antecipadamente o paciente sobre a possibilidade de surgimentos de alterações de cavidade bucal.

O câncer na região de cabeça e pescoço foi identificado em 11,8% da amostra, mesmo assim este estudo não encontrou associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre receber orientação para buscar um cirurgião-dentista e a localização do tumor, ainda que o conhecimento científico atual aponte que a avaliação do dentista deve ser minuciosa antes de qualquer intervenção no paciente com câncer na região de cabeça e pescoço.²⁰

Este estudo teve como fragilidade o tamanho da amostra, que foi pequeno em decorrência do porte do município, bem como da seleção dos ambulatórios para coleta de

dados. Dessa forma, não foi encontrada associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre presença de lesão oral e pacientes que apresentaram metástase, como também não foi possível identificar a presença de alterações orais trans-radioterapia e/ou quimioterapia entre os pacientes que não estavam em acompanhamento odontológico durante o tratamento.

Em virtude dos achados deste artigo, somando-se a literatura atual, a participação do cirurgião dentista na equipe multiprofissional que acompanha os pacientes oncogeriátricos é fundamental para um prognóstico favorável. Ademais, o tratamento odontológico em pacientes oncológicos tem um importante papel na saúde geral dos pacientes e pode impactar positivamente na sua qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

As barreiras do acesso ao serviço odontológico podem ser atribuídas a ausência de encaminhamento médico para o acompanhamento odontológico no itinerário terapêutico, bem como a falta de cirurgião-dentista na unidade de tratamento. E mesmo o serviço dispondo do cirurgião-dentista como parte integrante da equipe de cuidados médicos, nem a equipe médica, tampouco os pacientes desfrutavam desse cuidado. Vislumbra-se ainda a necessidade de um profissional de odontologia especializado no acompanhamento oncológico e cuidados paliativos como forma de promover melhor qualidade de vida aos pacientes que se encontram em oncoterapia.

REFERÊNCIAS

1. Dawalibi NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart RMM, Aquino RC. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. *Estudos de Psicologia*. 2013;37(3):393-403.
2. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Projeção da população [Internet] 2013. [Citado em 2019 Feb 1]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
3. Brasil, Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde bucal - Resultados principais. Brasília: 2012.
4. Jesus LG, Cicchelli M, Martins GB, Pereira MCC, Lima HS, Medrado ARAP. Repercussões orais de drogas antineoplásicas: uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia*. 2016;21(1):130-135.
5. Pires JR, Queiroz CDS, Tanimoto HM, Caetano SL, Avi ALRO, Trevisani DM, et al. Perfil bucal de pacientes oncológicos e controle de infecção em unidade de terapia intensiva. *Revista Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*. 2014;68(2):140-5
6. Macedo TS, Melo MCF, Vidal AKL. Hospital and oncological dental care: a series of cases. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2019;67:1-7.
7. Lessa AFN; Amancio AMTS; Santana LAM; Aguiar MCF. Tratamento Odontológico em Pacientes com Câncer durante a Pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020;66:1-4.
8. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência e saúde coletiva*. 2010;15(1):1085-1094.
9. Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo P TS. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Science*. 2012;4(2):37-42.
10. Faza J, Brum SC. A influência da quimioterapia na saúde bucal. *Revista Pró-UniversUS*. 2018;9(2):81-89.
11. Arrigada WAG, Silva ARS, Andrade MAC, Elias RA, Lopes MA. Criterios de Evaluación Odontológica Pre-Radioterapia y Necesidad de Tratamiento de las Enfermedades Orales Post-Radioterapia en Cabeza y Cuello. *Int. J. Odontostomat*. 2010;4(3):255-266.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa | 2020 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro RJ, 2019.
13. Costa MR, Ribeiro P, Barbosa ATL, Sales ADN, Oliveira DM, Miranda PRA, et al. Autopercepção e impactos em saúde bucal do edentulismo na população adulta e idosa do município de Caruaru. *International Journal of Development Research*. 2020;10:36006-36011.
14. Soria GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2019;35(4):1-12.
15. Floriano DF, Ribeiro PFA, Maragno AC, Rossi K, Simões PWTA. Complicações orais em pacientes tratados com radioterapia ou quimioterapia em um hospital de Santa Catarina. 2017;29(3):230-6.
16. Zanini L, Braz MA, Larentis NL, Vinholes JIAM. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Capão da Canoa sobre o atendimento a pacientes oncológicos. *Revista da Faculdade de Odontologia*. 2016;21(3):373-380.
17. Jardim Júnior EG, Sousa FRN, Jardim ECG, Castro EVFL, Ciesielski FIN, Ramos MMB, Okamoto AC, et al. Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos. *Rista de Pós Graduação da FOU SP*. 2011;18(2):96-101.

18. Oliveira MM, Malta DC, Gauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista brasileira de epidemiologia*. 2015;18(2):146-157.
19. Carvalho GS, Hakozaki IP, Fravretto CO. Principais alterações bucais em pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Saúde Multidisciplinar* 2019;2(6):1-9.
20. Borges BS, Vale DA, Aoki R, Trivino T, Fernandes KS. Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo*. 2018;30(3):332-4.