

QUIMIOTERAPIA E ODONTOLOGIA – DEBATES NO APRENDIZADO ACADÊMICO¹

QUIOCA, Lucas**
VOLPATO, Solidê*
BAYS, Leonardo Cecchin**
LUZA, Kelly**
SCOPEL, Taís**
BERTELLA, Vanessa**
DÉA, Bruna Eliza de***
TOMASI, Patrícia Zílio****

Resumo

A quimioterapia se caracteriza pelo uso de substâncias químicas no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Pode ser utilizada para destruir ou inibir as células cancerígenas, até que não seja mais possível detectá-las no corpo do paciente, bem como controlar ou neutralizar o crescimento de células tumorais e, assim, impedir que o câncer reincida. O paciente pode receber o tratamento quimioterápico de forma isolada ou combinado com radioterapia, cirurgia e outros procedimentos, dependendo do tipo do tumor, sua localização e estágio da doença. Assim, ao longo do tratamento, o organismo se torna visivelmente diferente, e essas variações precisam de cuidados especiais e atenção ao paciente para evitar sequelas. Dessa forma, neste estudo se pretendeu demonstrar, por meio de referenciais teóricos e de maneira compreensível, como essas complicações comprometem a qualidade de vida desses pacientes podendo ser evitadas quando observadas e praticadas.

Palavras-chave: Quimioterapia. Complicações bucais. Tratamento quimioterápico. Sequelas bucais da quimioterapia.

1 INTRODUÇÃO

A quimioterapia foi inventada por Paul Ehlich, um bacteriologista alemão que ficou famoso pelo seu trabalho em imunologia, hematologia e quimioterapia e considerado o pai da qui-

* Mestre e Especialista em Odontopediatria; Especialista em Pacientes Portadores de Necessidades Especiais; Professora Orientadora; Supervisora dos Programas de Extensão do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; solide.volpato@unoesc.edu.br

** Graduandos do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; lucasquioca@hotmail.com; leoofconcas@hotmail.com; kelly_luza@hotmail.com; tais-scopel@hotmail.com; vanessabertella@hotmail.com

*** Mestranda e Especialista em Odontopediatria; Professora dos Componentes Curriculares Clínica Infantil I e II, Pacientes Portadores de Necessidades Especiais I e II do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; bruna.dedeia@unoesc.edu.br

**** Mestranda em Biociências em Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; Enfermeira; Professora dos Componentes Curriculares Pacientes Especiais I e II e OSC IV do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; patricia.tomasi@unoesc.edu.br

¹ Artigo do II Fórum Científico de Estudos em Pacientes Especiais apresentado na XI Semana Acadêmica de Odontologia – Unoesc Joaçaba, SC – 1º semestre de 2014.

mioterapia (HOLGER; HALLIWELL, 2003). O tratamento quimioterápico trata da enfermidade sistêmica, tanto no paciente com doença metastática presente quanto no paciente sob o risco para seu desenvolvimento; este, com a radioterapia e a cirurgia, é a base do tratamento oncológico.

A quimioterapia antineoplásica representa o tratamento sistêmico para tumores malignos. É frequentemente associada à cirurgia e/ou radioterapia como abordagem terapêutica sendo classificada como curativa quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor; adjuvante quando se segue à cirurgia curativa, tendo como objetivo esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases a distância; neoadjuvante ou prévia quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia; e, paliativa quando não tem finalidade curativa, usada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente (AZEVEDO et al., 2004).

Comumente, pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço apresentam efeitos colaterais relacionados ao tipo e dose de radiação, duração do tratamento, localização da lesão, volume de tecido irradiado e fatores predisponentes do paciente, como nível de higiene do paciente, focos de infecção, uso preexistente de fumo e álcool (KÖSTLER et al., 2001).

Prevenção e tratamento das complicações orais da terapia antineoplásica são importantes para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos do tratamento (EPSTEIN et al., 2004). O cirurgião-dentista é o responsável pelo preparo e acompanhamento da saúde bucal antes, durante e após a terapia oncológica, desempenhando um papel importante na melhoria da qualidade de vida desses pacientes (EPSTEIN et al., 2004; TONG et al., 1999).

2 DESENVOLVIMENTO E REFERENCIAL TEÓRICO

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para o ano 2010 a ocorrência de 14.170 novos casos de câncer de boca no Brasil sendo 9.990 em homens e 4.180 em mulheres. Ao longo das últimas décadas, a taxa de mortalidade por câncer de boca tem se mantido em torno de 50%. A região Sul apresentou uma das maiores incidências de câncer no País que em parte pode ser explicado pelos altos níveis de consumo de tabaco e álcool (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Um diagnóstico rápido aliado ao tratamento adequado do câncer é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade em razão da doença, período desde o aparecimento dos sintomas até o diagnóstico e tratamento final. Contudo, um número considerável de pacientes é diagnosticado quando a doença já se encontra em estágios mais avançados (ONIZAWA et al., 2005).

Cada droga tem um perfil de toxicidade. Um dos critérios para a escolha das drogas, que irá compor um regime de poliquimioterapia, é evitar combinações cujas toxicidades se sobreponham, para que o tratamento seja seguro e tolerável. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas e vômitos, alopecia, mielotoxicidade, mucosite, diarreia e toxicidades pulmonares, cardíaca,

renal e neural. Esses efeitos podem ser quantificados em escalas de toxicidade. Dependendo da toxicidade, o quimioterápico pode ter sua dose reduzida e sua administração suspensa, porém deve-se evitar a redução arbitrária, sob pena de perda da eficácia (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

A alopecia, um estigma do paciente em quimioterapia, parcial ou completa, geralmente é revertida após o término do tratamento. Nem todos os antineoplásicos causam alopecia; os antracíclicos e taxanos são os principais causadores da perda completa dos cabelos (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Náuseas e vômitos configuram-se entre os efeitos colaterais mais comuns. Sua ocorrência e severidades variam de acordo com a droga, a dose e as combinações utilizadas. O exato mecanismo pelo qual os quimioterápicos causam êmese ainda não é totalmente conhecido, mas para a maioria dos quimioterápicos o principal mecanismo é a ativação de quimiorreceptores da zona de gatilho. Graças ao desenvolvimento de medicamentos antieméticos potentes, esse efeito colateral vem sendo minimizado e melhor tolerado (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

A mielotoxicidade é um problema clínico muito frequente em vários regimes de quimioterapia. Os componentes do sangue mais vulneráveis à quimioterapia são os leucócitos e as plaquetas. Como consequência de plaquetopenia e leucopenia, respectivamente, existe um aumento no risco de sangramento e infecções entre pacientes que estão recebendo quimioterapia. Por causa da possibilidade de leucopenia, pacientes em tratamento são orientados a não consumir alimentos crus ou malcozidos para evitar contaminação por microrganismos presentes nesses alimentos (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

A mucosite, lesão associada à dor, sangramento e infecções, é causada pela ação da quimioterapia no ciclo celular da célula da mucosa. Ao exame físico, observam-se eritemas, erosões e ulcerações na mucosa bucal, geralmente associados a infecções fúngicas (candidíase oral) e bacterianas (periodontites) (PARULEKAR et al., 1998; PLEVOVÁ, 1999; EPSTEIN et al., 2002; NEVILLE et al., 2004; LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

A diarreia pode ser causada em virtude de mucosite intestinal, como a que se observou em regimes de altas doses de quimioterápicos com efeito colinérgico provocando diarreia semelhante à cólera (LOPES et al., 2008).

A toxicidade pulmonar pode ser causada por muitos agentes quimioterápicos que originam pneumonia, fibrose pulmonar e nódulos pulmonares benignos, e a dispneia é o sintoma principal acompanhado por tosse seca, fadiga e cansaço (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Muitos agentes quimioterápicos podem induzir à insuficiência renal ou lesão renal específica nos túbulos ou glomérulos. As principais drogas associadas à nefrotoxicidade são cisplatina, ifosfamida, ciclofosfamida e mitomicina. A cistite hemorrágica é causada pela ifosfamida e ciclofosfamida, cuja prevenção se faz com uso de um protetor da ação da acroleína, metabólito

causador dessa inflamação da bexiga, antes e depois da administração da quimioterapia (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Pode ocorrer neurotoxicidade com uso das platinas (principalmente oxaliplatina) paclitaxel e vincristina. As alterações mais comuns são as sensitivas, fraqueza muscular e obstipação intestinal, ocasionada por disfunção no sistema nervoso autônomo. O quadro clínico apresenta cólica abdominal e em casos extremos até ílio paralítico. Esse efeito colateral é agravado pelo uso de opioides, drogas analgésicas muito utilizadas no tratamento oncológico (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

A fertilidade pode ser afetada durante a quimioterapia em decorrência da diminuição da espermatogênese e da anovulação, e a esterilidade resultante do tratamento pode ser irreversível. Não se recomenda quimioterapia durante a gestação e amamentação. Assim, mulheres em idade fértil devem ser interrogadas sobre a possibilidade da gestação em curso antes do início do tratamento. Deve-se encorajar o uso de métodos contraceptivos nessas mulheres durante o uso das drogas antineoplásicas (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Antes de se iniciar o tratamento, todo o paciente deve ser informado sobre os efeitos colaterais que podem ocorrer, e como devem proceder na sua ocorrência (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Holmes (1998) recomendou que o médico e o cirurgião-dentista atuassem conjuntamente e de maneira precoce na prevenção das complicações, assim como no tratamento e no monitoramento das doenças bucais, evitando as complicações durante e após a quimioterapia ou a radioterapia, além de, secundariamente, na educação e motivação do paciente à obtenção de uma adequada higiene bucal, minimizando, assim, os efeitos deletérios da terapia, bem como a morbidez do tratamento e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Köstler et al. (2001) descreveram que as áreas de mucosa não queratinizadas são bem mais susceptíveis à estomatotoxicidade direta causada por tratamentos antineoplásicos, e que, provavelmente em razão da sua menor renovação celular, a gengiva, o dorso da língua e o palato duro são mais raramente afetados.

Dependendo da dose de radiação, da abertura limitada da boca como resultado do edema, o trismo muscular com destruição celular e fibrose do tecido muscular comprometem a correta higiene bucal (CAIELLI; MARTHA, 1995).

Baldisserotto, Araújo e Padilha (2004) relataram que pacientes com câncer bucal apresentavam diversas sequelas na cavidade bucal decorrentes do tratamento do tumor. As consequências bucais adversas do tratamento oncológico envolvem xerostomia, lesões de cárie, hemorragia, dermatite, osteorradionecrose, trismo e mutilações pós-cirúrgicas.

A doença cárie de radiação aparece, geralmente, entre dois meses e um ano após o início do tratamento radioterápico, caracterizando-se pela localização ao redor das margens cervicais

dos elementos dentários. Toda a dentição pode ser destruída em poucos meses. Uma das principais causas dessa doença consiste em higiene bucal deficiente, em razão da dificuldade que o paciente apresenta (FAYLE; DUGGAL; WILLIAMS, 1992).

A dificuldade de higienização provocada pela dor na boca cria um ambiente ideal para o desenvolvimento da doença cárie, mesmo em superfícies lisas ou em pontas de cúspides (CAIELLI; MARTHA, 1995).

O tratamento de lesões de cárie de radiação consiste na aplicação de cariostático ou na remoção do tecido cariado com curetas e restaurados com ionômero de vidro, evitando o uso da caneta de alta rotação (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL, 2007).

Santos (2005) descreveu que os pacientes oncológicos, geralmente, apresentam manifestações bucais em consequência da intensa imunossupressão causada pela quimioterapia ou radioterapia. Essas manifestações bucais podem ser graves e interferir nos resultados da terapêutica médica levando a complicações sistêmicas importantes e aumentando o tempo de internação hospitalar, os custos do tratamento, afetando diretamente a qualidade de vida desses pacientes.

Frequentemente, as glândulas salivares maiores e menores estão envolvidas nos campos atingidos pela quimioterapia e radioterapia causando, invariavelmente xerostomia. Dependendo da intensidade e duração do tratamento, a terapia induz mudanças graves ou parciais dessas glândulas, modificando a qualidade e quantidade de saliva secretada desenvolvendo, assim, secura sintomática da boca afetando suas habilidades de alimentação, da fala, sono e o uso confortável de próteses. Além disso, há um aumento do índice de cárie relacionado à xerostomia (BARRETT, 1995; MANSSON et al., 1992; FELDER; MILLAR, 1994; TERÉZHALMY; PYLE, 1994; NEVILLE et al., 2004).

Já a candidíase bucal é uma infecção causada pelo fungo da *Cândida albicans* que está presente sempre nas mucosas e se manifesta como doença apenas quando as condições do meio são propícias, como deficiência do sistema imune (SILVA; TREVISAN; FRIEDMAN, 1996). Em pacientes quimioterápicos, a forma pseudomembranosa é a mais prevalente e caracterizada pela presença de placas brancas aderentes na mucosa bucal que lembram leite coalhado, essas placas podem ser removidas com raspagem (NEVILLE et al., 2004).

Herpes simples é uma infecção causada pelo vírus do herpes simples (HSV) e pelo vírus varicela-zoster (VZV) com manifestações frequentes, decorrentes do tratamento quimioterápico (ROBBINS, 2000). A localização mais comum é a borda do vermelhão dos lábios, sendo conhecido como herpes labial. Os sinais e sintomas mais comuns são dor, ardência, prurido, pontadas, calor localizado ou eritema no epitélio envolvido. Desenvolvem-se múltiplas pápulas pequenas e eritematosas, que formam grupamentos de vesículas preenchidas por líquido. Em dois dias,

aproximadamente, essas vesículas rompem-se formando crostas, e de sete a dez dias ocorre a cicatrização (NEVILLE et al., 2004).

A neurotoxicidade significa uma alteração dos nervos da cabeça e pescoço. Dependendo da dosagem e duração da terapia, esses efeitos manifestam-se nas extremidades por meio da parestesia parcial e intra ou extraorais em áreas inervadas pelo nervo trigêmeo (ROBBINS, 2000).

Store (2000) caracterizou a osteorradionecrose como uma necrose isquêmica do osso podendo ser um processo de progressão lenta ou rápida, eventualmente levando a uma fratura patológica. Schwartz e Kagan (2002) relataram que nos últimos anos a incidência de osteorradionecrose vem diminuindo em decorrência de medidas de higiene bucal preventiva e avaliações dentárias meticulosas antes e depois da irradiação. Castro et al. (2002) descreveram que a destruição do periodonto também pode levar à necrose do alvéolo culminando em osteorradionecrose.

De todas as complicações, a hemorragia é a mais previsível e passível de ser prevenida. Assim, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento da contagem de plaquetas do paciente antes de qualquer intervenção cirúrgica (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2003).

Segundo Vieira et al. (2012), o tratamento odontológico tem por objetivos eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer e acompanhar o possível surgimento de sequelas e lesões resultantes da quimioterapia. Se não ocorrer o tratamento de supostas sequelas que o paciente pode vir a ter durante a quimioterapia, poderá se dificultar a continuidade da terapia; a maioria dos pacientes que fazem quimioterapia tem condições bucais precárias, doenças periodontais avançadas, próteses mal adaptadas e infecções associadas com a negligência da higiene bucal. Tanto a má higiene quanto as doenças dentárias preexistentes são os fatores de riscos bucais mais comuns para complicações bucais advindas do tratamento oncológico.

Em pacientes que já sejam portadores de doença periodontal, somando a baixa imunidade, é evidente que a ulceração do epitélio do sulco não é mais controlada pelos mecanismos de defesa, surgindo como consequência a gengivite ulcerativa necrosante aguda (SONIS; FAZIO; FANG, 1996).

Conde et al. (2005) orientaram que a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados do tratamento oncológico. Entretanto, tornou-se evidente que eles são insuficientes. Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a qualidade de vida tornou-se um importante parâmetro, auxiliando médicos e pacientes a decidirem a terapia mais adequada, além da eficácia e segurança.

O termo qualidade de vida está relacionado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Entretanto, os mesmos autores alertaram que está inclusa nessa definição uma variedade potencial de condições que afetam sua percepção, seus

sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, assim como à sua condição de saúde e intervenções médicas.

O avanço na detecção e no tratamento do câncer, as atitudes sociais mais otimistas, o aumento do número de pessoas que sobreviveram à doença e a quantidade de anos, a preocupação com a autonomia, os direitos dos pacientes e os aspectos psicossociais, entre outros, permitiram destaque crescente na avaliação da qualidade de vida de pessoas tratadas de câncer (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; LAHOZ et al., 2010).

Na área de ciências da saúde, apesar das especificidades de cada curso, desponta atualmente uma forte tendência em implantar equipes de trabalho multiprofissional. Indo ao encontro dessa necessidade, o Componente Curricular *Pacientes com Necessidades Especiais I* do Curso de Graduação em Odontologia da Unoesc Joaçaba, SC, possibilitou aos acadêmicos da 8ª fase a elaboração e a construção de referencial teórico científico de roteiro para artigo e apresentação em fórum de debates centrados na pesquisa, resolutividade clínica, quando necessária, de assuntos que dizem respeito ao Paciente Especial, abordados de acordo com o tema escolhido no semestre.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O Curso de Odontologia da Unoesc Joaçaba tem em sua matriz curricular desde 2010/1 o Componente Curricular *Pacientes com Necessidades Especiais I*, com uma proposta pedagógica de construção e elaboração de referencial teórico sobre assuntos que dizem respeito a estudos científicos em paciente especiais realizado pelos acadêmicos da 8ª fase do Curso, em consonância aos desafios e demandas que encontrarão no atendimento clínico a esses pacientes em semestres subsequentes.

Os acadêmicos utilizam como roteiro de estudos nessa construção em equipes uma pesquisa-ação integral que tem início na aula teórico/prática de Pesquisa de Dados em laboratório de informática, oficinas-teste de construção do referencial teórico em salas de estudo na biblioteca, apresentações prévias de aprendizagem em sala de aula utilizadas para correção e avaliação e apresentação em Fórum Científico de Estudos em Paciente Especial como finalização das ações desenvolvidas durante os eventos Jornada ou Semana Acadêmica de Odontologia, quando realizados pelo Curso de Odontologia.

Nesse Fórum são apresentados os resultados da coleta de dados, sistematizados e idealizados sobre as questões escolhidas para abordagem no semestre, debatidas e discutidas entre os acadêmicos de todas as fases do Curso de Odontologia e profissionais da área da saúde convidados, sempre ao encontro das argumentações sobre a temática em questão.

As equipes para argumentações são multiprofissionais, compostas por profissionais de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Professores e Educadores Físicos, Medicina, Gestores Pú-

blicos, entre outros, promovendo a integração do acadêmico e futuro profissional nas diversas esferas de atuação da Odontologia, justificando a identificação e o estudo de experiências em estratégias de serviços de saúde, que capacitem o acadêmico ao exercício e à possibilidade de elaboração e planejamento em saúde para diferentes tipos populacionais.

Após o encerramento das atividades do Fórum, uma realimentação da atividade com dinâmica de grupo é realizada, para que os acadêmicos verbalizem sua percepção e leitura do aprendizado ocorrido no semestre. Os acadêmicos corroboram por escrito sugestões para melhoria a respeito desse aprendizado, manifestando o que consideram interessante reeditar ou passível de acréscimos da atividade para os próximos semestres. Essas considerações têm contribuído sobremaneira para que por meio desse Componente Curricular se intensifiquem esforços no assessoramento ao acadêmico, no que diz respeito à futura atuação clínica prática ao paciente especial nos próximos semestres, complementando o aprendizado e levando ao crescimento constante do interesse e do conhecimento pelos processos educativos em saúde bucal e da humanização do atendimento odontológico a essa população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito e a responsabilidade social de integrar o futuro profissional de Odontologia em equipes multiprofissionais de saúde, o presente trabalho foi fundamentado cientificamente em referenciais teóricos, sendo voltado aos conteúdos básicos para o atendimento prático em clínica odontológica de pacientes oncológicos com necessidades especiais, a fim de primar pela estabilização das condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer, e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida do paciente oncológico. Também, avaliar previamente os indivíduos que precisarem se submeter ao tratamento oncológico, analisando clinicamente as condições dentárias dele instituindo ações de adequação do meio com a eliminação de condições adversas e infecciosas preexistentes no campo odontológico.

O profissional também poderá instaurar antes do tratamento do câncer, restaurações ou substituições de restaurações comprometidas esteticamente e mecanicamente, tratamento periodontal, endodôntico ou cirúrgico quando diagnosticados na avaliação odontológica inicial, visando promover a saúde bucal como papel fundamental, possibilitando minimizar o risco das sequelas oncoterápicas, como é o caso da mucosite que pode dificultar ou impedir a continuidade do tratamento oncológico, impactando negativamente a qualidade de vida desse paciente.

CHEMOTHERAPY AND DENTISTRY – DEBATES ON THE ACADEMIC LEARNING

ABSTRACT

Chemotherapy is characterized by the use of chemical substances to treat diseases caused by biological agents. It can be used to destroy or restrain carcinogenic cells, until they can no longer be detected in the patient's body, as well as control or neutralize the growth of tumor cells, and thus, preventing the cancer to reoccur. The patient can receive chemotherapy alone or combined with radiotherapy, surgery and other procedures, depending on the tumor's location and stage. So, throughout the treatment, the body becomes noticeably different, and these changes need special care and attention to the patient to avoid further damages. Thus, this study sought to demonstrate through theoretical frameworks and understandable manner, forms and care that these patients should have with oral manifestations resulted from this treatment on a daily basis and how these complications affect their life quality and can be avoided and minimized when preventive measures are observed and practiced.

Keywords: Chemotherapy. Oral complications. Chemotherapeutic treatment. Oral damages from chemotherapy.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. A.; MORAIS, V. L. L.; SOBRAL, A. P. V. Odontology protocol of attendance the pediatric oncology patients: review of literature. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 275-280, 2007.

AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M. DE; MULLER, M. C. **Psicooncologia e interdisciplinaridade: Uma experiência na Educação a Distância**. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=M9uÇ0qtd5ZQC&oi=fnd&pg=PA59&dq=quimioterapia+conceito&ots=TxEQIqili1&sig=kp2ap5VlpRNhZ23MO3JzOIkIwPQ#v=onepage&q=quimioterapia%20conceito&f=false>>. Acesso em: 08 maio 2014.

BALDISSEROTTO, J.; ARAÚJO, S. S. C; PADILHA, D. M. P. Câncer bucal: a importância de promover a saúde bucal durante e pós o tratamento oncológico – relato de caso clínico. **Mom&Perspec Saúde**, v. 17, n. 1, p. 49-53, jan./jun. 2004.

BARRETT, A. P. A long-term prospective clinical study of oral Bech P. Quality of life measurements in the medical setting. **Eur Psychiatry**, v. 10, i. 3, p. 83-85, 1995.

CAIELLI, C.; MARTHA, P. M. Sequelas orais da radioterapia: atuação da odontologia na prevenção e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 41, p. 231-241, 1995.

CASTRO, R. M. et al. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes durante e depois do tratamento antineoplásico. **Revista de Odontologia da UNICID**, v. 14, n. 1, p. 63-74, 2002.

CONDE, D. M. et al. Quality of life in Brazilian breast cancer survivor's age 45-65 years: associated factors. **Breast J.**, v. 11, i. 6, p. 425-432, 2005.

EPSTEIN, J. B. et al. Cancer-related oral health care services and resources: a survey of oral and Dental Care in Canadian Cancer Centres. **J Can Dent Assoc.**, v. 70, i. 5, p. 302-342, 2004.

EPSTEIN, J. B. et al. The role of salivary function in modulating chemotherapy-induced oropharyngeal mucositis: a review of the literature. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 94, i. 1, p. 39-44, 2002.

FAYLE, S. U. A.; DUGÇAL, M. S.; WILLIAMS, S. A. Oral problems and the dentist's role in the management of pediatric oncology patients. **Dent Update**, v. 4, i. 19, p. 152-159, 1992.

FELDER, R. S.; MILLAR, S. B. Dental Care of the Potymedication Patient. **Dental Clinics of North America.**, v. 38, i. 3, p. 525-536, 1994.

HOLÇER, A.; HALLIWELL, R. Part of a Scientific Master Plan? Paul Ehrlich and the Origins of his Receptor Concept. **Medical History**, New York, v. 47, p. 332-356, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044632/>>. Acesso em: 08 maio 2014.

HOLMES S. Xerostomia: a etiology and management in cancer patients. **Support Care Câncer**, v. 6, i. 4, p. 348-551, July 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

KÖSTLER, W. J. et al. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: Options for prevention and treatment. **CA Cancer J Clin**, v. 51, i. 5, p. 290-315, Sept./Oct. .

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. **Ver. Bras. Cancerol**, 2010; 56(4): 423-430.

LOPES, A.; IYAYASU, H.; CASTRO, R. M. R. P. S. **Oncologia para graduação**. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MANSSON, A. et al. Analyses of salivary components in leukemia patients receiving chemotherapy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 73, i. 1, p. 35-46, 1992.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Oral complications of chemo-therapy and head/neck radiation**. 2003. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/supportivecare/Oralcomplications/HealthProfessional>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

NEVILLE, B. W. et.al. **Patologia oral e maxillofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2004.

ONIZAWA, K. et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncology**, v. 39, i. 8, p. 781-789, jan. 2005.

PARULEKAR, W. et al. Scoring oral mucositis. **Oral Oncology**, v. 34, i. 1, p. 63-71, jan. 1998.

PLEVOVÁ, P. Prevention and treatment of chemotherapy-and radiotherapy-induced oral mucositis: a review. **Oral Oncology**, v. 35, i. 5, p. 454-470, 1999.

ROBBINS, M. R. Oral Care of the patient receiving chemotherapy. In: ORD, R. A.; BLANCHAERT, R. H. (Org.). **Oral cancer: the dentist s role in diagnosis, management, rehabilitation, and prevention**. Rio de Janeiro: Quintessence Publishing, 2000.

SANTOS, P. S. S. **Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal prévia ao transplante de medula óssea**. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SCHWARTZ, H.; KAĞAN, R. Osteorradionecrosis of the mandible: scientific basis for clinical staging. **Am J Clin Oncol**, v. 25, i. 2, p. 168-171, 2002.

SILVA, A. C. L.; TREVISAN, A. P.; FRIEDMAN, M. T. Síndrome da imunodeficiência adquirida: manifestações morais e biossegurança no consultório odontológico. **Revisão Estômatos**, Canoas, n. 3, p. 43-49, 1996.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG L. Complicações bucais da terapia do câncer. In: SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. (Org.). **Princípios e prática de medicina oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

STORE, Ç. Dynamic Mr imaging of mandibular osteorradionecrosis. **Acta Radiol**, i. 41, p. 31-37, 2000.

TERÉZHALMY, Ç. T.; PYLE, M. A. Adverse Drug Effects. **Dental Clinics of North America.**, v. 38, i. 4, p. 769-783, 1994.

TONG, A. C. et al. Incidence of complicated healing and osteoradionecrosis following tooth extraction in patients receiving radiotherapy for treatment of nasopharyngeal carcinoma. **Aust Dent J.**, v. 44, i. 3, p. 187-194, 1999.

VIEIRA, D. L. et al. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. **Oral Sci.**, v. 4, n. 2, p. 37-42, jul./dez. 2012.

