



**CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA REDE NACIONAL DE
HOSPITAIS ONCOLÓGICOS**

Acadêmico: Ivan Gonçalves da Silva

Orientador: Gustavo Gomes Agripino

Araruna / PB

2015

Acadêmico: Ivan Gonçalves da Silva

Orientador: Gustavo Gomes Agripino

**INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA REDE NACIONAL DE
HOSPITAIS ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Araruna / PB

2015

*Dedico este trabalho a minha mãe, **Ivanete**, que mesmo não estando presente fisicamente ao meu lado, sempre esteve e sempre estará presente em meu coração. Sempre foi um exemplo de pessoa, de mãe e ser humano, a qual me ensinou a viver de forma responsável e valorizar as coisas por mais simples que sejam. Obrigado minha eterna e amada rainha.*

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586i Silva, Ivan Gonçalves da
Inserção do cirurgião-dentista na rede nacional de hospitais oncológicos [manuscrito] / Ivan Gonçalves da Silva. - 2015.
27 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Tecnologia e Saúde, 2015.
"Orientação: Dr. Gustavo Gomes Agripino, Departamento de ODONTOLOGIA".

1. Patologia. 2. Neoplasia. 3. Odontologia I. Título.

21. ed. CDD 617.07

IVAN GONÇALVES DA SILVA

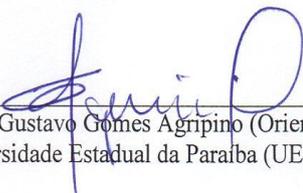
**INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA REDE NACIONAL DE
HOSPITAIS ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à coordenação do curso de Odontologia da
UEPB - Campus VIII como requisito para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

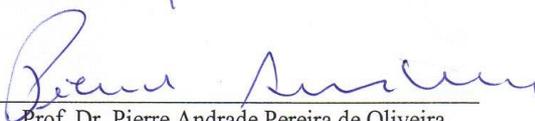
Orientador: Prof.Dr. Gustavo Gomes Agripino

Aprovada em: 17 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Andrea Cristina Barbosa da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida, saúde, proteção e acima de tudo coragem para conquistar esse objetivo.

A minha amada mãe, **Ivanete Gonçalves dos Santos**, a qual Deus a levou para junto de ti, que não mediu esforços para os meus estudos e fez o impossível para que eu realizasse esse sonho.

A minha irmã e amiga, **Karinthia Mabel Fernandes de Lima**, por todos os conselhos, pela amizade verdadeira e que sempre esteve presente nos momentos tristes e felizes da minha vida.

Aos meus queridos, **Ivaldo Washington de Lima e Nevanda de Almeida Oliveira**, aos quais considero como minha família, meus segundos pais, obrigado por tudo que vocês fizeram pela minha mãe e por mim, pelas palavras de carinho e conforto, pelos conselhos, pela ajuda, vocês foram fundamentais para a concretização desse sonho.

Aos demais membros da minha família, obrigado por fazer parte e construir esse sonho junto comigo, sem a ajuda de vocês isso seria bem mais difícil.

A **Eduilson Cavalcante**, obrigado pela ajuda, pela amizade e parceria, que Deus te conceda muita saúde.

A **Rejane Maria e Pricila Pereira**, as quais considero minha família, obrigado por todos os conselhos e pela ajuda, vocês foram um pilar importante nessa conquista.

A **Sanderlande Trajano e José Carlos Nóbrega**, primos, a ajuda de vocês foi importante para vencer essa batalha, meus agradecimentos.

A **Maria de Fátima Nobre e Bruna Nobre de Sousa**, obrigado por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida, agradeço imensamente pela ajuda.

A **Odailma da Silva Lima**, minha colega de turma, amiga, dupla de clínica e companheira, obrigado pela sua amizade, pelos conselhos e palavras de força e fé, a sua ajuda foi fundamental.

A **Sabrina Avelar de Macêdo Ferreira**, amiga, colega de turma, companheira dos trabalhos acadêmicos, muito obrigado por sua ajuda nessa trajetória, você foi uma pessoa importante nesta conquista.

A **Francisco Adeilson do Nascimento Costa**, amigo, colega de turma, parceiro de todas as horas, obrigado pela força e amizade, agradeço por tudo.

A **Euton Jefferson Gomes de Azevedo**, amigo, colega de turma e dupla de clínica, no qual compartilhamos conhecimentos e aprendemos muita coisa, muito obrigado.

A **Heitor Silva Borges**, amigo, colega de turma, no qual agradeço a sua ajuda e amizade, obrigado.

A todos meus **Amigos e colegas de turma**, obrigado por fazer parte da minha vida, das minhas vitórias e derrotas. Desejo muita felicidade, saúde e paz.

Ao meu Orientador, Professor, Amigo e Pai, **Gustavo Gomes Agripino**, exemplo de profissional, de professor e de ser humano. Pessoa na qual eu me espelhei para ser um profissional tão bom quanto ele. Agradeço a paciência que teve comigo, por ter me lapidado durante todo o curso, aprendi muito com os seus ensinamentos, lembrarei pelo resto da minha vida, muito obrigado de coração.

A **Andréa Cristina Barbosa da Silva**, orientadora, professora, amiga, muito obrigado por acreditar no meu potencial. Exemplo de profissional e pessoa, com a qual aprendi muito e sou grato por tudo. Obrigado de coração.

Ao professor **Pierre Andrade Pereira de Oliveira**, por ajudar na estatística deste trabalho e aceitar participar da minha banca. Você foi muito importante para a minha formação acadêmica.

A todos os demais professores, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação acadêmica.

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
3 ARTIGO	12
3.1 RESUMO.....	13
3.2 ABSTRACT.....	14
3.3 INTRODUÇÃO.....	15
3.4 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
3.5 RESULTADOS.....	18
3.6 DISCUSSÃO.....	23
3.7 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

As neoplasias são a segunda causa de mortes por doença no mundo, tornando-se um grave problema de saúde pública. As modalidades de tratamento das neoplasias malignas mais comumente utilizadas são três: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, esse tratamento pode causar toxicidade acarretando em severas complicações orais (TRAVAGLINI, 2003).

A American Academy of Pediatric Dentistry (2013), afirma que o tratamento oncológico pode ser interrompido, em alguns casos, na medida em que os efeitos colaterais tornam intensos, prejudicando o prognóstico do paciente. É fundamental o acompanhamento odontológico desses pacientes, pois o cirurgião-dentista pode diagnosticar e controlar estes efeitos. Portanto, a inserção da odontologia no contexto multidisciplinar de oncologia é importante para o sucesso do tratamento do câncer.

Durante a avaliação odontológica inicial deve-se incluir a avaliação de toda a cavidade oral e como método preventivo eliminar todas as condições anormais existentes que possam vir a causar complicações de acordo com o tratamento a ser realizado, tais como lesões cáries extensas, patologias periapicais e doença periodontal avançada (ROSALES et al, 2009). Portanto, a função dos cirurgiões-dentistas é atuar junto à equipe médica para prevenir e tratar as complicações bucais decorrentes dos tratamentos antineoplásicos (SANTOS; ANBINDER; CAVALCANTE, 2003).

Segundo Lôbo e Martins (2009), a mucosite é um dos primeiros sinais clínicos que aparecem na cavidade oral durante a radioterapia de cabeça e pescoço, iniciando geralmente durante a segunda semana de tratamento. Caracteriza-se por edema, eritema, ulceração, presença de pseudomembranas, além de dor e dificuldade na deglutição. A xerostomia (sensação de boca seca) é o primeiro e o mais comum efeito colateral indesejável da radioterapia de cabeça e pescoço. A disfunção das glândulas salivares, induzida pela radioterapia, tem efeito deletério imediato na qualidade de vida do paciente (GUEBUR et al, 2004).

Tommasi (2002) considera a cárie de radiação um tipo especial de cárie aguda altamente destrutiva e de progressão rápida. Afirma ainda que as lesões podem se tornar evidentes três meses após o término do tratamento radioterápico. A imunodepressão advinda do uso de drogas quimioterápicas facilita o aparecimento

de infecções na cavidade bucal, além de predispor à exacerbação de quadros infecciosos crônicos dentários e bucais, que podem complicar a evolução do caso no tratamento oncológico (ANTUNES et al, 2004). A osteorradionecrose é uma das complicações mais severas da radioterapia, sete vezes mais na mandíbula que na maxila, devido a sua alta densidade óssea e menor vascularização (SALAZAR et al, 2008). Caracteriza-se pela exposição de osso afetado, geralmente acompanhada de outros sinais e sintomas (EPSTEIN et al, 1987; CURI, 2002).

De acordo com Martins, Caçador e Gaeti (2002), cerca de 70% dos pacientes doentes receberão quimioterapia antineoplásica no decorrer do tratamento e, dependendo do tipo, da dosagem e da frequência de utilização dos agentes quimioterápicos, severas complicações bucais podem surgir. Cerca de 40% dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico apresentam complicações orais decorrentes de estomatotoxicidade direta ou indireta, como mucosite, xerostomia e infecções fúngicas ou virais.

A política nacional de atenção oncológica foi instituída por meio de portaria pelo Ministério da saúde e visa contemplar ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, esta deve ser articulada com o ministério de Saúde e com as secretarias de saúde dos estados e municípios. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) é entendida como o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. O Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é entendido como o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005).

Tendo em vista a importância do cirurgião-dentista em hospitais oncológicos, principalmente os estomatologistas, atuando no controle da toxicidade aguda e tardia do tratamento antineoplásico, este trabalho tem como objetivo analisar a cobertura odontológica nos hospitais oncológicos do Brasil mostrando a necessidade de inserção desses profissionais na equipe multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

GERAL

Analisar a cobertura odontológica nos hospitais oncológicos do Brasil.

ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar um levantamento dos hospitais oncológicos de acordo com sua habilitação em CACON, UNACON e Hospital geral de toda a rede nacional;
- ✓ Analisar a inserção dos cirurgiões-dentistas estomatologistas e de diferentes especialidades na rede oncológica nacional;
- ✓ Analisar a cobertura de profissionais médicos de diferentes especialidades na rede oncológica nacional;
- ✓ Analisar a cobertura dos diferentes profissionais de saúde na rede oncológica nacional, especialmente os fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos;
- ✓ Realizar um estudo comparativo entre a cobertura desses diferentes profissionais nessa rede oncológica.

3. ARTIGO

INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA REDE NACIONAL DE HOSPITAIS ONCOLÓGICOS

Dentist's insertion in national network hospitals oncologic

Ivan Gonçalves da Silva¹

Gustavo Gomes Agripino²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba;
2. Professor do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII, Araruna – PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Ivan Gonçalves da Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Av. Emiliano Rosendo da Silva, 075 – Novo Bodocongó – Campina Grande – PB – Brasil

CEP 58431-000

E-mail: Ivan_goncalves09@hotmail.com

Phone: (83) 99657-7340 / (83) 99194-7278

INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA REDE NACIONAL DE HOSPITAIS ONCOLÓGICOS

Dentist's insertion in national network hospitals oncologic

3.1 RESUMO

Objetivo: Este estudo teve o objetivo de analisar a cobertura odontológica nos hospitais oncológicos do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo com dados secundários, desenvolvido no período de Dezembro de 2012 a Março de 2014, incluindo os hospitais com atendimento oncológico nas modalidades UNACON, CACON e Hospitais Gerais de todo território nacional. Foram incluídos e submetidos à pesquisa 183 hospitais presentes portaria nº 146, publicada pelo ministério da saúde – secretária de atenção a saúde em 11 de março de 2008. Os dados foram tabulados no SPSS 18.0 para análise estatística descritiva. **Resultados:** A amostra foi composta por 85 hospitais (56,7%) de esfera administrativa privada, 60 (40%) pública, quatro Beneficente (2,7%) e um (0,7%) sem fins lucrativos. Quanto à habilitação, 118 (75%) foram UNACON; 33 (21%) CACON e 7 (4%) hospital geral. Dos serviços ofertados, 158 (86,3%) oferecem cirurgia oncológica, 155 (84,7%) oncologia clínica, 85 (53,8%) radioterapia, 74 (46,8%) hematologia e 42 (26,6%) oncologia pediátrica. O CD esta presente em 87,1 %, médico em 100%, fisioterapeuta em 96,6%, nutricionista em 98,4% e psicólogos em 73,2%. Observa-se ausência de estomatologista em 72,1% e PNE em 100%. Em média, existem 76 médicos por hospital, 25 fisioterapeutas, 19 nutricionistas, 17 CD e 15 psicólogos. **Conclusão:** Conclui-se que a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do tratamento do câncer na rede Nacional de Hospitais Oncológicos é muito deficiente, especialmente se tratando das especialidades: 'Estomatologia' e 'Pacientes com Necessidades Especiais', que são os profissionais capacitados para o controle da toxicidade oral pelo tratamento antineoplásico.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia odontológica, câncer de boca, odontologia hospitalar.

3.2 ABSTRACT

Objective: Analyze dental coverage in cancer hospitals in Brazil. **Method:** It is a study of secondary data, carried out from December 2012 to March 2014. The study object was the hospitals that treat cancer in UNACON modalities, CACON and General Hospitals nationwide. Were included and submitted to survey 183 hospitals present Ordinance No. 146, published by the ministry of health - the health care secretary on March 11, 2008. tabulated data using SPSS 17.0 for descriptive statistical analysis. **Results:** They surveyed 183 hospitals, of which 85 (56.7%) are privately administrative level, 60 (40%) Public, the Beneficent 4 (2.7%) and 1 (0.7%) non-profit. As enabling 118 (75%) are UNACON, 33 (21%) are CACON and 7 (4%) general hospital. The services offered, 158 (86.3%) provide cancer surgery, 155 (84.7%) Clinical Oncology, 85 (53.8%) radiotherapy, 74 (46.8%) hematology and 42 (26.6%) pediatric oncology. The CD is present in 87.1%, medical by 100%, 96.6% in physical therapist, nutritionist at 98.4% and 73.2% for psychologists. Stomatological Absence of 72.1% and 100% PNE. On average there are 76 doctors per hospital, 25 physiotherapists, 19 nutritionists, 17 CD and 15 psychologists. **Conclusion:** We conclude that the inclusion of the dentist in the multidisciplinary team of cancer treatment in the National Oncology Hospitals network is very poor, especially if dealing with specialties: 'Dentistry' and 'Patients with Special Needs', which are the trained professionals to control of oral toxicity for anticancer treatment.

KEYWORDS: Dental oncology, oral cancer, hospital dentistry.

3.3 INTRODUÇÃO

As neoplasias são a segunda causa de mortes por doença no mundo, tornando-se um grave problema de saúde pública. As modalidades de tratamento das neoplasias malignas mais comumente utilizadas são três: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, esse tratamento pode causar toxicidade acarretando em severas complicações orais (TRAVAGLINI, 2003).

A American Academy of Pediatric Dentistry (2013), afirma que o tratamento oncológico pode ser interrompido, em alguns casos, na medida em que os efeitos colaterais tornam-se intensos, prejudicando o prognóstico do paciente. É fundamental o acompanhamento odontológico desses pacientes, pois o cirurgião-dentista pode diagnosticar e controlar estes efeitos. Portanto, a inserção da odontologia no contexto multidisciplinar de oncologia é importante para o sucesso do tratamento do câncer.

Durante a avaliação odontológica inicial deve-se incluir a avaliação de toda a cavidade oral e como método preventivo eliminar todas as condições anormais existentes que possam vir a causar complicações de acordo com o tratamento a ser realizado, tais como lesões cariosas extensas, patologias periapicais e doença periodontal avançada (ROSALES et al, 2009). Portanto, a função dos cirurgiões-dentistas é atuar junto à equipe médica para prevenir e tratar as complicações bucais decorrentes dos tratamentos antineoplásicos (SANTOS; ANBINDER; CAVALCANTE, 2003).

Segundo Lôbo e Martins (2009), a mucosite é um dos primeiros sinais clínicos que aparecem na cavidade oral durante a radioterapia de cabeça e pescoço, iniciando geralmente durante a segunda semana de tratamento. Caracteriza-se por edema, eritema, ulceração, presença de pseudomembranas, além de dor e dificuldade na deglutição. A xerostomia (sensação de boca seca) é o primeiro e o mais comum efeito colateral indesejável da radioterapia de cabeça e pescoço. A disfunção das glândulas salivares, induzida pela radioterapia, tem efeito deletério imediato na qualidade de vida do paciente (GUEBUR et al, 2004).

Tommasi (2002) considera a cárie de radiação um tipo especial de cárie aguda altamente destrutiva e de progressão rápida. Afirma ainda que as lesões podem se tornar evidentes três meses após o término do tratamento radioterápico. A imunodepressão advinda do uso de drogas quimioterápicas facilita o aparecimento de infecções na cavidade bucal, além de predispor à exacerbação de quadros

infeciosos crônicos dentários e bucais, que podem complicar a evolução do caso no tratamento oncológico (ANTUNES et al, 2004). A osteorradionecrose é uma das complicações mais severas da radioterapia, sete vezes mais na mandíbula que na maxila, devido a sua alta densidade óssea e menor vascularização (SALAZAR et al, 2008). Caracteriza-se pela exposição de osso afetado, geralmente acompanhada de outros sinais e sintomas (EPSTEIN et al, 1987; CURI, 2002).

De acordo com Martins, Caçador e Gaeti (2002), cerca de 70% dos pacientes doentes receberão quimioterapia antineoplásica no decorrer do tratamento e, dependendo do tipo, da dosagem e da frequência de utilização dos agentes quimioterápicos, severas complicações bucais podem surgir. Cerca de 40% dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico apresentam complicações orais decorrentes de estomatotoxicidade direta ou indireta, como mucosite, xerostomia e infecções fúngicas ou virais.

A política nacional de atenção oncológica foi instituída por meio de portaria pelo Ministério da saúde e visa contemplar ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, esta deve ser articulada com o ministério de Saúde e com as secretarias de saúde dos estados e municípios. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) é entendida como o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. O Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é entendido como o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005).

Tendo em vista a importância do cirurgião-dentista em hospitais oncológicos, principalmente os estomatologistas, atuando no controle da toxicidade aguda e tardia do tratamento antineoplásico, este trabalho tem como objetivo analisar a cobertura odontológica nos hospitais oncológicos do Brasil mostrando a necessidade de inserção desses profissionais na equipe multidisciplinar.

3.4 MATERIAL E MÉTODOS

Foi Realizado um estudo transversal com dados secundários, desenvolvido no período de Dezembro de 2012 a Março de 2014. O objeto de estudo foram os hospitais com atendimento oncológico nas modalidades UNACON, CACON e Hospitais Gerais de todo território nacional. Foram incluídos e submetidos à pesquisa 183 hospitais presentes portaria nº 146, publicada pelo ministério da saúde – secretária de atenção a saúde em 11 de março de 2008.

O presente estudo foi realizado através de busca ativa de dados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir do site do ministério da saúde, onde foram pesquisados da seguinte forma: consultas, estabelecimento de saúde, por localização geográfica. Dessa forma, foram anotados e pesquisados os seguintes dados: Nome do hospital; Estado; Cidade; Esfera administrativa (pública, privada, beneficente, sem fins lucrativos); Habilitação (UNACON, CACON e Hospital geral); Serviços oferecidos (cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica); Quantidade de Médicos (clínico geral, oncologista, radiologista, outros); Quantidade de Dentistas (clínico geral, estomatologista, saúde coletiva, cirurgião buco-maxilo-facial, patologista bucal e PNE); Quantidades de Fisioterapeutas (geral e especialista); Quantidade de Nutricionistas (geral e especialista); Quantidade de Psicólogos (geral e especialista).

Inicialmente os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel 2007 formando um banco de dados e depois transferidos para o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 para realização da análise estatística descritiva.

3.5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 183 hospitais habilitados no atendimento de alta complexidade em Oncologia distribuídos em todo território nacional. Em relação à esfera administrativa 60 (40%) são de administração pública, seguidos de 85 (56,7%) de administração privada, 4 (2,7%) beneficente e 1 (0,7%) sem fins lucrativos. (*Missing* 33 – 18%).

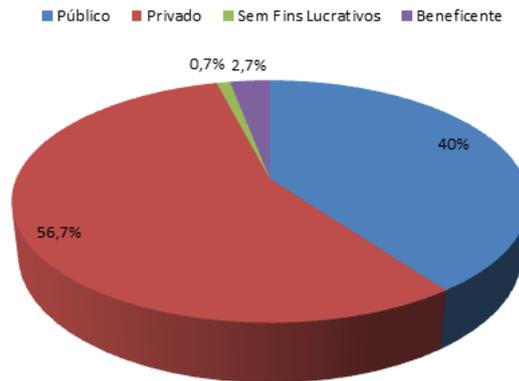


Gráfico 01 - Esfera administrativa dos hospitais habilitados para o tratamento oncológico.

Em relação à habilitação para o atendimento Oncológico, 33 (21%) são do tipo CACON, que prestam atendimentos de diagnóstico definitivo e tratamento a todos os tipos de câncer; 118 (75%) dos hospitais são do tipo UNACON, prestando atendimento aos cânceres mais prevalentes no território nacional, e 7 (4%) do tipo hospital geral.

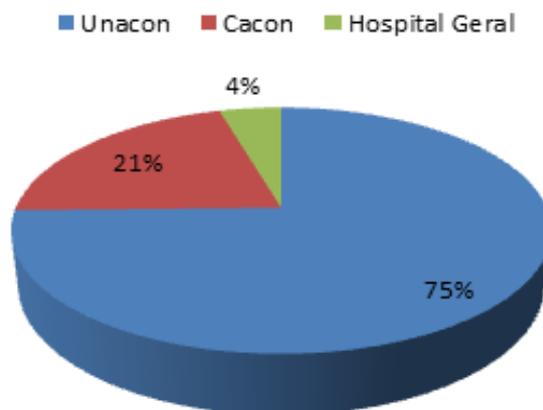


Gráfico 02 – Modalidade de habilitação para o atendimento oncológico.

Dos serviços ofertados por esses estabelecimentos de saúde, 158 (86,3%) oferecem cirurgia oncológica, 155 (84,7%) possuem serviços oncologia clínica, 85 (53,8%) ofertam serviços de radioterapia, 74 (46,8%) oferecem serviços de Hematologia e 42 (26,6%) oncologia pediátrica (*Missing 25 -13,7%*).

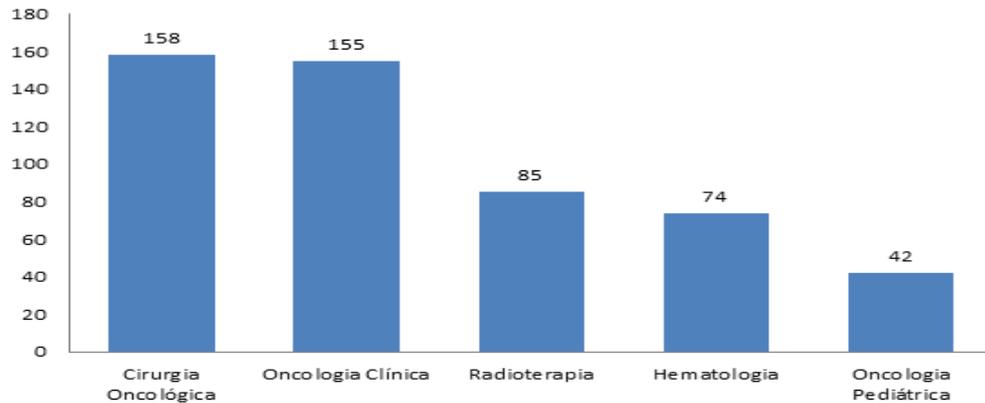


Gráfico 03 – Serviços ofertados pelos hospitais habilitados no tratamento do câncer.

Com relação ao quadro dos profissionais médicos, dos 183 estabelecimentos, 03 (2%) não possuíam clínico geral, a média geral destes profissionais foi de 76 por unidade de atendimento. Em relação à presença de médico oncologista 06 (3,3%) hospitais eram desassistidos desse profissional, a média geral de oncologistas foi de 20 por hospital. Em relação aos médicos radiologistas 6 (3,3%) hospitais não possuíam esse profissional, a média geral de radiologistas por hospital é de 20 profissionais. Os demais médicos de especialidades diversas, somam uma média de 252 profissionais por hospital habilitado ao tratamento do Câncer.

Área de Atuação	Presente	Ausente	Média de Profissionais
Clínico Geral	98%	2%	76
Oncologista	96,7%	3,3%	20
Radiologista	96,7%	3,3%	20
Médicos especialistas de áreas variadas	100%	0%	252

Tabela 01- Distribuição dos médicos de acordo com a área de atuação.

A presença dos profissionais da Odontologia nos hospitais habilitados no tratamento do Câncer também foi avaliado, do total de 183 hospitais, 19 (12,9%) não possuíam nenhum cirurgião-dentista (CD) em seu quadro de profissionais. A média de CD nos hospitais oncológicos foram de 17 profissionais distribuídos de forma irregular entre os hospitais especializados. Ainda em relação aos profissionais da Odontologia foi verificado que 53(36,1%) não possuíam nenhum CD clínico geral em seu quadro, e que a média destes profissionais é de 9 por hospital.

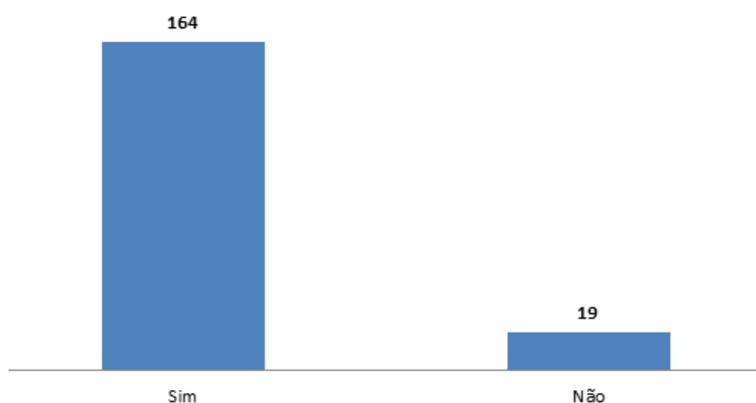


Gráfico 04 – Presença do Cirurgião Dentista nos hospitais oncológicos brasileiros.

Em relação à quantidade de profissionais CD especialistas em saúde coletiva, 136 (92,5%) dos hospitais pesquisados não possuem nenhum profissional da área. A média de especialistas em saúde coletiva nestes estabelecimentos é de 2 profissionais por hospital. Em relação ao Cirurgião Buco-Maxilo-Facial foi observado que em 38 (25,9%) dos hospitais não havia nenhum profissional da área credenciado, a média de cirurgiões buço-Maxilo-facial no geral foi de 9 profissionais por hospital. (*missing* 36 -19,7%).

Ainda em avaliação sobre a presença dos profissionais da Odontologia, foi observado que 132 (72,1%) dos hospitais não possuem nenhum profissional CD Estomatologista em seu quadro. A média geral deste profissional foi de 2 profissionais por estabelecimento habilitado. Quanto à presença de CD Patologista Bucal e de especialista no atendimento de Pacientes com Necessidade Especial, a pesquisa revelou que nenhum hospital Oncológico possui em seu quadro estes profissionais. (*missing* 36 -19,7%).

Especialidade	Presente	Ausente	Média de Profissionais
Saúde Coletiva	7,5%	92,5%	02
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	74,1%	25,9%	09
P. N. E	0,0%	100%	00
Estomatologista	27,9%	72,1%	02
Patologista	0,0%	100%	00

Tabela 02- Distribuição dos profissionais da Odontologia de acordo com a especialidade.

Em relação aos profissionais da Fisioterapia a pesquisa nos revela que 5 (3,4%) dos hospitais oncológicos não possuem profissionais fisioterapeuta cadastrado. A média geral de profissionais fisioterapeutas nos hospitais oncológicos foi de 25 profissionais por unidade de atendimento. Do número total de hospitais cadastrados 137 não possuíam nenhum profissional fisioterapeuta especialista em atendimento hospitalar, sendo 2 a média geral de especialistas por hospital oncológico. (Missing 36- 19,7%).

Área do conhecimento	Presente	Ausente	Média de Fisioterapeuta geral	Média de Fisioterapeuta Especialista
Fisioterapia	96,6%	3,4%	25	2

Tabela 03- Distribuição dos profissionais Fisioterapeutas nos hospitais habilitados ao tratamento do câncer.

Dos profissionais Nutricionistas a média geral entre nutricionistas especialistas e de nutrição geral ficou de 19 profissionais por hospital oncológico. E 09 hospitais não possuem nutricionistas especialistas em seu quadro, 03 hospitais não possuem nenhum nutricionista cadastrado no CNES. A média de nutricionistas especialistas foi de 19 por hospital (Missing 37 -20,2%).

Área do conhecimento	Presente	Ausente	Média de Nutricionista geral	Média de Nutricionista Especialista
Nutricionista	98,4%	1,6%	19	19

Tabela 04- Distribuição dos profissionais Nutricionistas nos hospitais habilitados ao tratamento do câncer.

Em relação à presença de Psicólogos nos hospitais oncológicos foi observado que 10 (6,8%) não oferecem esses serviços à população. A média geral de profissionais especialistas em psicologia nestes hospitais foi de 15 profissionais e a de psicólogo geral foi de 4 profissionais por hospital habilitado.

Área do conhecimento	Presente	Ausente	Média de Psicólogo geral	Média de Psicólogo Especialista
Psicologia	73,2%	6,8%	4	15

Tabela 05- Distribuição dos profissionais Psicólogos nos hospitais habilitados ao tratamento do câncer.

Com relação ao quadro profissional destes hospitais foi realizado um comparativo entre a quantidade em média desses profissionais com o objetivo de avaliarmos se há uma regularidade na distribuição dos profissionais entre os hospitais especializados em oncologia no Brasil.

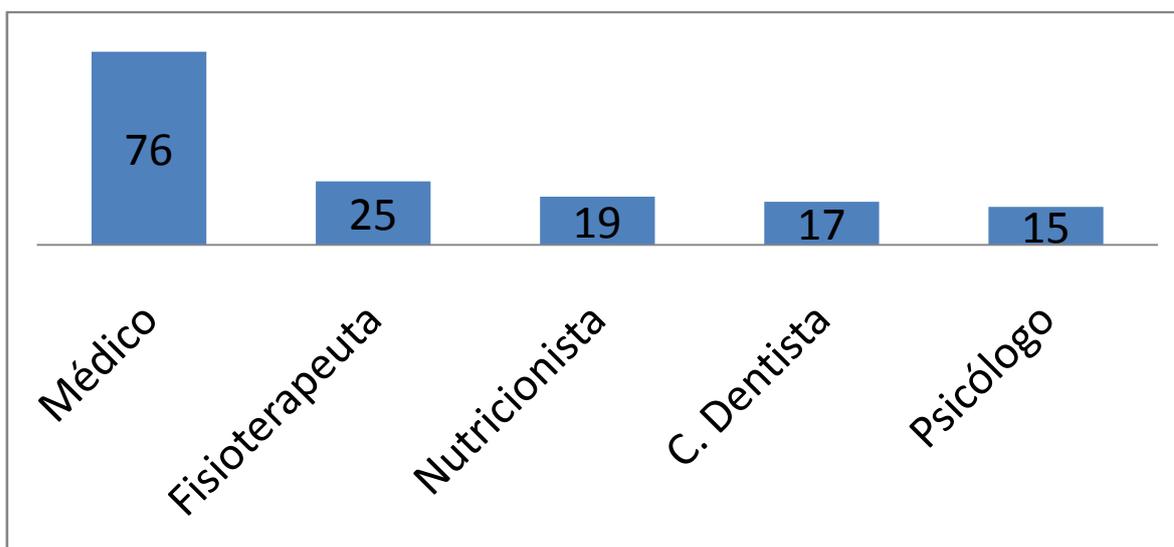


Tabela 06- Comparação em média da quantidade dos profissionais entre as profissões pesquisadas nos hospitais habilitados ao tratamento do câncer.

3.6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que o tratamento do câncer no Brasil é realizado com recursos do Sistema Único de Saúde, mesmo tendo uma maioria de Hospitais cadastrados como privados (56,7%), seguido de esfera administrativa pública, beneficente e sem fins lucrativos (43,3%). Considerando-se a habilitação para o atendimento oncológico, observa-se que a maioria dos hospitais são do tipo UNACON (75%), ou seja, prestam atendimento aos cânceres mais prevalentes no território nacional, o que inclui o câncer de boca e orofaringe. Os demais hospitais possuem habilitação do tipo CACON ou hospitais gerais, ou seja, prestam atendimentos de diagnóstico definitivo e tratamento a todos os tipos de câncer. Esses dados atentam para a necessidade de políticas públicas voltadas à melhoria do tratamento antineoplásico, especificamente, ao tratamento do câncer de boca.

De acordo com França (2011), o cuidado com a saúde em âmbito hospitalar exige a presença de equipes multidisciplinares e interprofissionais. A integralidade e a equidade, além de outros aspectos, como princípios apregoados para a formulação de políticas em saúde no Brasil, demandaram a introdução da odontologia nesse ambiente de trabalho, em que as condutas são discutidas e planejadas em conjunto e as responsabilidades compartilhadas entre toda a equipe assistencial. Os autores relatam ainda que tudo que viabilizar a saúde da estrutura bucal, contribuindo para a manutenção das funções mastigatória, da respiração, da fala e da deglutição, implicarão em restabelecimento da saúde do indivíduo e oportunidade do exercício pleno da cidadania, evidenciando que a manutenção da via bucal para nutrição reduz a necessidade de fármacos no controle da dor e de nutrição parenteral etc., o que impacta de modo efetivo no custo hospitalar, cujas doenças de base têm alta incidência no Brasil.

Para Gallottini (2011), alguns hospitais, além de terem em seu corpo clínico os Cirurgiões Buco-maxilo-faciais, contratam Cirurgiões-Dentistas que provêm atendimento generalista para pacientes internados. Enquanto para ser um Cirurgião Buco-maxilo-facial, o Cirurgião-Dentista deve, após a graduação, realizar uma residência nesta especialidade, para trabalhar como Cirurgião-Dentista clínico em hospital, até o momento, não existe legislação específica. Considerando que o Cirurgião-Dentista é um profissional da saúde que deve conhecer, entre outras coisas, a repercussão dos problemas bucais na saúde geral do indivíduo, bem como

a influência de problemas sistêmicos na boca, teoricamente qualquer Cirurgião-Dentista poderia atender indivíduos comprometidos sistemicamente dentro de um hospital.

Diferentemente do que ocorre no Brasil, grande parte dos programas que capacita o aluno de graduação para a prática de Clínica Geral, nos Estados Unidos, é feita em hospitais. Um Cirurgião-Dentista que trabalha em hospital naquele país é obrigado a cursar, no mínimo, um ano de residência prévia em hospital durante a graduação, como relata Scannapieco (2011).

No Brasil, as políticas públicas relacionadas à ação do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar caminham lentamente. O projeto de lei nº 2.776, de 2008, de autoria do deputado Nilton Mulim, que visa à obrigatoriedade da presença de um Cirurgião-Dentista nas UTIs e outras unidades hospitalares, foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e da Família em abril de 2012, e pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, em abril de 2013. O projeto foi encaminhado para aprovação do Senado Federal e, só então, para a sanção da presidência da República. Até a presente data, ainda não houve a apreciação do projeto nessas instâncias.

Com relação especificamente ao tratamento antineoplásico, foi instituída em 2005, por meio da portaria nº 2.439/GM, a Política Nacional de Atenção Oncológica. Essa política, apesar de não ter no seu escopo nenhum encaminhamento específico à inserção do cirurgião-dentista na equipe de tratamento oncológico, ela tem como objetivo “organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializadade média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos)” e ainda “ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica”. Esses dois objetivos, entre outros, demandam que os atores envolvidos na Oncologia Odontológica busquem efetivar as ações e estimular políticas públicas que visem à inserção do CD na equipe de tratamento do câncer.

Corroborando a necessidade urgente da inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do tratamento oncológico, Santos (2005) relata que as manifestações orais podem ser graves e interferir na terapêutica médica e podem levar a complicações sistêmicas importantes frente à debilidade proporcionada pelo

tratamento antineoplásico. Conforme Albuquerque et al (2007), o foco dos cuidados bucais deve ser a remoção das lesões de cáries e restaurações extensas, bem como o tratamento da doença periodontal. Para os dentes que necessitem de tempo mais prolongado de tratamento, está indicada a exodontia. Para Lockhart e Clark (1994), a doença periodontal, a alteração na dieta e a inadequada higiene bucal quando aliadas a xerostomia e mucosite, podem causar problemas orais, afetando a qualidade de vida do paciente, e, por vezes, impossibilitando a continuidade da terapia. Portanto, os pacientes devem ser orientados e motivados para uma higienização bucal adequada com o intuito de se amenizar as complicações que se instalarem com a terapia. Porém, o preparo odontológico do paciente, sempre que possível, não deve interferir no tratamento oncológico e sim contribuir e se adequar a cada caso.

Baldisserotto, Araújo e Padilha (2004), determinaram que a participação do cirurgião-dentista na equipe de oncologia é importante para controlar e prevenir as manifestações bucais. Destacando a necessidade de um condicionamento da cavidade bucal desses pacientes, previamente à terapia. Brown et al. (1990) ao realizar exame odontológico antes do início da radioterapia em 92 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, observaram que 48 necessitavam de pelo menos uma extração, e 51 ao menos uma restauração. Somente 19 pacientes não necessitavam de extrações, restaurações ou tratamento endodôntico. No entanto, todos os pacientes necessitavam de uma profilaxia. A presença de lesões cavitadas de cárie representam fonte de infecção, condição que pode ser agravada devido à xerostomia (BULUT et al. 2004).

Entendendo-se que o controle da toxicidade oral do tratamento antineoplásico é importante para a sobrevivência do paciente, especialmente pelo fato dessa toxicidade ser dose-limitante e poder promover uma pausa no tratamento e interferir no prognóstico da doença, faz-se mister o manejo adequado por um cirurgião-dentista capacitado, ou seja, especialista em Estomatologia ou em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). Os dados do presente trabalho revelaram, entretanto, que o cirurgião-dentista está presente em 87,1% dos hospitais, ou seja, em 12,9% dos hospitais com atendimento oncológico não existe sequer a presença desse profissional. Em relação às especialidades odontológicas, na maioria dos hospitais existe a presença do cirurgião buco-maxilo-facial (74,1%). O dado mais relevante é que em 72,1% desses hospitais não existe o especialista

em Estomatologia, ou seja, os mesmos estão presentes em apenas 27,9% dos hospitais. Em nenhum hospital foi encontrado um especialista em PNE. Outro achado interessante é a ausência de cirurgião-dentista Patologista Bucal em todos os hospitais pesquisados neste trabalho.

O presente trabalho também observou uma irregularidade com relação à distribuição dos diferentes profissionais pesquisados (cirurgiões-dentistas, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos) nos hospitais com atendimento oncológico. Em média, existem 76 médicos por hospitais oncológicos no Brasil, enquanto que a média de CDs é de 17 profissionais. Esse dado fica mais intrigante quando se compara com outros profissionais, visto que a média de fisioterapeutas é de 25 profissionais e dos nutricionistas é de 19. Os psicólogos estão presentes em média de 15 profissionais por hospital. Com relação ao comparativo com outras profissões, lembramos também que o CD está presente em 87,1% dos hospitais oncológicos, já o fisioterapeuta em 96,6% destes, o nutricionista em 98,4% e o psicólogo em 73,2% dos hospitais.

Se formos tentar uma comparação com as especialidades médicas e odontológicas, visto que o controle da toxicidade oral do tratamento antineoplásico deve ser feito por Estomatologistas, que são encontrados em apenas 27,9% dos hospitais, ou especialistas em P.N.E, que não apresentam nenhum registro, nos deparamos com uma disparidade ainda maior. O médico oncologista e o radiologista estão presentes igualmente em 96,7%, já as demais especialidades estão presentes em todos os hospitais pesquisados. Observa-se que o médico oncologista só não está presente nos hospitais que oferecem apenas serviço de cirurgia, o que justifica que o tratamento do câncer por parte dos médicos está sendo executado. Entretanto, aqui cabe o questionamento: quem está executando o controle da toxicidade oral do tratamento antineoplásico, se a inserção do cirurgião-dentista especializado e capacitado para esse fim é tão deficiente?

3.7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do tratamento do câncer na rede Nacional de Hospitais Oncológicos é muito deficiente, especialmente se tratando das especialidades: 'Estomatologia' e 'Pacientes com Necessidades Especiais', que são os profissionais capacitados para o controle da toxicidade oral pelo tratamento antineoplásico.

Infere-se, ainda, que o controle da toxicidade oral decorrente do tratamento antineoplásico é bastante deficiente no Brasil, podendo interferir negativamente no sucesso do tratamento e, conseqüentemente, no prognóstico da doença e sobrevida do paciente. Esses dados sugerem a necessidade urgente de políticas públicas que visem à inserção de profissionais da Odontologia capacitados a realizar esse controle.

3.8 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE R. A; MORAIS V. L. L; SOBRAL, A. P. V. **Odontologic protocol of attendance the pediatric oncology patients: review of literature.** Rev. Odontol. UNESP. 2007; 36 (3): 275-280.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation.** Journal of Pediatric Dentistry, vol. 35, no. 5, pp. E185–E193, 2013.
- ANTUNES, R. C. P. et al. **Abordagem multidisciplinar preventiva das complicações orais da radioterapia e quimioterapia.** Prática hospitalar, v. 6, n. 33, 2004.
- 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; 2004 jan./jun; 17(1): 49-53.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Política nacional de atenção oncológica.** Brasília. Nota Técnica. 26a. 11 Nov. CONASS. 2005.
- BROWN, R. S; MILLER, J. H; BOTTOMLEY, W. K. **A retrospective oral/dental evaluation of 92 head and neck oncology patients, before, during and after irradiation therapy.** Gerodontology. 1990; 9:35-9.
- BULUT, G. et al. **Effect of Cariosolv on the human dental pulp: a histological study.** J Dent. 2004;32:309-14.
- CURI, M. M. **Estudo histopatológico e histomorfométrico dos tecidos irradiados e tratamento da osteorradionecrose de mandíbula e maxila com cirurgia e oxigenação hiperbárica adjuvante.** 123 p. Tese (doutorado) – Fundação Antônio Prudente, 2002.
- EPSTEIN, J. B; WONG, F. L. W; SREVENSON-MOORE, P. **Osteoradionecrosis: clinical experience and a proposal for classification.** Oral Maxillofac Surg. v. 45, p. 104-110, 1987.
- FRANÇA, S. **Atuação em ambiente hospitalar exige dos Cirurgiões-Dentistas conhecimentos específicos e evidencia a importância do trabalho multidisciplinar e interprofissional.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. São Paulo. 65(5):p326- 331, 2011.
- GUEBUR, M. I. et al. **Alterações no fluxo salivar em pacientes com carcinoma espinocelular de boca e orofaringe submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço.** R.I.E. v. 1 n. 2 p. 85-90, 2004.
- GALLOTTINI, M. H. C. **Atuação em ambiente hospitalar exige dos Cirurgiões-Dentistas conhecimentos específicos e evidencia a importância do trabalho multidisciplinar e interprofissional.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2011;65(5):326-31

LÔBO, A. L. G; MARTINS, G. B. **Consequências da radioterapia na região de cabeça e pescoço: uma revisão de literatura.**RPE, MedicinaDentária e CirurgiaMaxilofacial.Volume 50, nº 4, 2009.

LOCKHART, P. T; CLARCK, J. **Pretherapy dental status of patients with malignant conditions of the head and neck.**Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1994; 77(3): 23641.

MARTINS, A. C. M; CAÇADOR, N. P; GAETI, W. P. **Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica.**ActaScientiarum 2002; 24(3):663-670.

ROSALES, A. C. M. et al. **Dental Needs in Brazilian Patients Subjected to Head and Neck Radiotherapy.** Braz.Dent. J. Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 74-77, 2009.

SALAZAR, M. et al. **Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de interesse ao cirurgião dentista: Revisão de literatura.** Revista odonto. Ano 16, nº 31, jan. jun., São Bernardo do Campo, SP, Metodista, 2008.

SANTOS, P. S. S. **Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal prévia ao transplante de medula óssea.** São Paulo:Universidade de São Paulo; 2005.

SANTOS V. I; ANBINDER A. L; CAVALCANTE A. S. R. **Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica.** Cienc.Odontol. Bras. 2003; 6 (2): 4957.

SCANNAPIECO, F. **Atuação em ambiente hospitalar exige dos Cirurgiões-Dentistas conhecimentos específicos e evidencia a importância do trabalho multidisciplinar e interprofissional.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2011;65(5):326-31

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal.** 3ª edição. São Paulo: Pancast Editora, 2002.

TRAVAGLINI, F. **Complicações bucais no tratamento quimioterápico.** Jornal da APCD, 2003.