

RELATO DE CASO: MANEJO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTE TRATADO COM RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA

Dayana Mello De Araújo¹

Igor Gonçalves De Moura²

Adelmo Cavalcanti Aragão Neto³

Evelyne Pedroza de Andrade⁴

Odontologia



ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

Saúde é o processo que capacita pessoas ou grupos de pessoas a controlarem de forma efetiva os determinantes da saúde. A saúde bucal, parte inseparável da Saúde Coletiva, deve ser compreendida não apenas a partir dos processos mórbidos, mas também a partir das relações que os homens estabelecem entre si ao viverem em sociedade. Neste contexto, a odontologia brasileira, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, não foi capaz de superar as desigualdades históricas de acesso aos serviços odontológicos. Ainda existem dificuldades de atendimento no serviço público, sendo estes ainda considerados de qualidade inferior, onde os dados do IBGE revelam que 18,7% da população brasileira nunca foi ao dentista. Deste modo, o objetivo deste estudo de caso foi relatar o tratamento odontológico da paciente M.M.S.A., ASA III portadora de adenocarcinoma no reto. Assim, foi realizado um estudo do tipo descritivo e casuístico na Escola de Odontologia da UNIT, Unidade de Ciências da saúde com a paciente M.M.S.A., do sexo feminino, 53 anos de idade, casada e do lar, com diagnóstico de adenocarcinoma no reto, relatando fratura no dente 37 desde 2016. No presente caso clínico foi necessária uma abordagem multidisciplinar para a reabilitação oral, utilizando a associação de métodos e técnicas apropriadas para o determinado caso. O planejamento foi de fundamental importância para se obter o êxito final do caso clínico. Ao cirurgião-dentista, como membro da equipe oncológica, cabe preparar o paciente para a quimioterapia e radioterapia através de medidas preventivas com a adequação do meio bucal, acompanhando-o durante o tratamento, e incentivando condutas que visem melhorar as condições de higiene bucal do indivíduo após o tratamento.

PALAVRAS CHAVE

adenocarcinoma, reabilitação oral, saúde bucal.

ABSTRACT

Health is the process that enables people or groups of people to effectively control the determinants of health. Oral health, an inseparable part of Collective Health, must be understood not only from the morbid processes, but also from the relationships that men establish among themselves when living in society. In this context, Brazilian dentistry, even with the scientific and technological advances of the last decades, has not been able to overcome the historical inequalities of access to dental services. There are still difficulties in attending to the public service, which are still considered of inferior quality, where IBGE data show that 18.7% of the Brazilian population never went to the dentist. Thus, the objective of this case study was to report the dental treatment of the M.M.S.A., ASA III patient with adenocarcinoma in the rectum. Thus, a descriptive and casuistic study was performed at the School of Dentistry of the UNIT, Health Sciences Unit with the female MMSA patient, 53 years of age, married and at home, with a diagnosis of adenocarcinoma in the rectum, reporting fracture in the tooth 37 since 2016. In the present case, a multidisciplinary approach to oral rehabilitation was necessary, using the association of multidisciplinary methods and techniques. The dental surgeon, as a member of the oncological team, is responsible for preparing the patient for chemotherapy and radiotherapy through preventive measures with the adequacy of the oral environment, accompanying him during the treatment, and encouraging behaviors aimed at improving the oral hygiene conditions of the after treatment.

KEYWORDS

adenocarcinoma, oral rehabilitation, oral health

1 INTRODUÇÃO

As ações pontuais de assistência à saúde não têm produzido o impacto necessário sobre o bem-estar das pessoas e grupos sociais, a influência dos determinantes socioeconômico culturais nos processos de adoecimento é inegável, deste modo, as novas abordagens da saúde coletiva têm como centro do discurso a Promoção da Saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), promover a saúde é o processo que capacita pessoas ou grupos de pessoas a controlarem de forma efetiva os determinantes da saúde, buscando sempre a excelência. É fundamental que se resgatem os princípios que nortearam o paradigma da Promoção da Saúde para melhor compreensão de seus significados e interfaces (OLIVEIRA e col., 2008).

Neste contexto, a prática odontológica brasileira, mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, não foi capaz de superar as desigualdades históricas de acesso aos serviços odontológicos. Ainda existem dificuldades de atendimento no serviço público, estes sendo ainda considerados de qualidade inferior, também há um número razoável de pessoas que nunca fizeram consulta odontológica, como mostraram os dados da pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que 18,7% da população brasileira nunca foi ao dentista. Estes fatos apontam para a necessidade de se organizar o setor de forma a prover a assistência odontológica as milhões de pessoas que dela necessitam e, ao mesmo tempo, absorver a abundância de profissionais no mercado de trabalho e de fato promover a saúde (AMORIM; SOUZA, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado e em cada município. É sempre bom lembrar que a ênfase está nos municípios. Assim, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os subsistemas municipais voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 2000).

Deve-se entender por saúde bucal, como o conjunto de práticas que objetivam promover, recuperar e manter a higidez dos tecidos e estruturas anatomofuncionais da cavidade bucal, ou a ela relacionados. Parte inseparável da Saúde Coletiva, a saúde bucal deve ser compreendida não apenas a partir dos processos mórbidos, localizáveis biológica e individualmente, mas também e fundamentalmente a partir das relações que os homens estabelecem entre si ao viverem em sociedade. Essas relações determinam, por seu lado, as condições concretas de existência nas quais o fenômeno “doença” é produzido (FRIAS; JUNQUEIRA, 2008).

Promover a saúde bucal em pacientes oncológicos, antes e durante a terapia do câncer, é um grande desafio para os cirurgiões dentistas, entretanto, ajuda a minimizar o risco das sequelas oncoterápicas, como mucosites, que podem dificultar ou impedir a continuidade do tratamento e impactar negativamente na qualidade de vida. A conduta pode requerer modificações em função da oncoterapia e do pouco tempo para instituir um plano de tratamento ideal. Como exemplo, pacientes diagnosticados com leucemia aguda começam a quimioterapia de indução poucos dias após o diagnóstico e, portanto, sem tempo hábil para tratamento eletivo e nem para eliminação de todos os focos infecciosos dentários (VIEIRA e col., 2012).

Diversos trabalhos na literatura mostram a correlação entre os tratamentos oncológicos e as lesões orais, e a magnitude desses efeitos dependem de uma série de fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e ao paciente. A correta compreensão desses sinais e sua correlação com sintomas e drogas ou radiação utilizadas nos tratamentos oncológicos tornam esses tipos de manifestações mais previsíveis, o que facilita a prevenção e o tratamento dessas condições, oferecendo uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, sendo de grande importância a integração da odontologia na equipe médica de oncologia (HESPANHOL, 2010).

Uma abordagem multidisciplinar é primordial para tratamento de pacientes submetidos à oncoterapia. Para permitir o oferecimento adequado de cuidados odontológicos, é importante que a equipe seja envolvida desde o início do tratamento oncológico, deste modo, a avaliação prévia deve incluir também o histórico médico do paciente. O exame clínico odontológico deve ser realizado cuidadosa e criteriosamente (VIEIRA e col., 2012).

O tratamento do câncer geralmente induz a certas complicações bucais independente se o paciente é adulto ou criança. A prevenção de doenças bucais, sob o ponto de vista oncológico é importante, visto que as lesões bucais decorrentes desse tratamento agravam consideravelmente a condição clínica e o risco de infecção (GOURSAND e col., 2006). Deste modo, o objetivo desta pesquisa é relatar o manejo odontológico multidisciplinar adotado para o tratamento da paciente M.M.S.A., ASA III portadora de adenocarcinoma no reto.

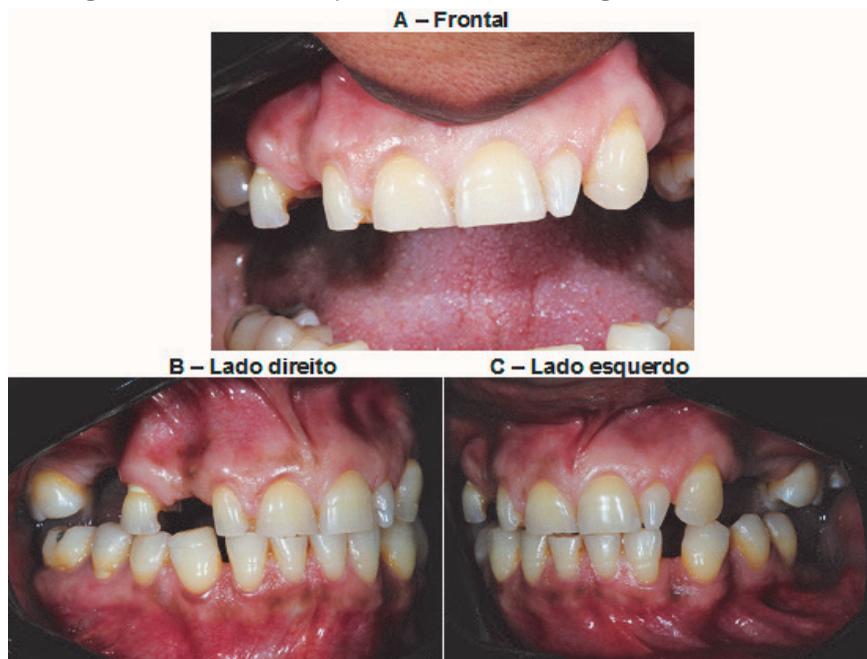
2 METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo e casuístico. Realizado na Escola de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) - Unidade Ciências da Saúde. O Sujeito da Pesquisa, M.M.S.A., sexo feminino, 53 anos de idade, casada e do lar, com diagnóstico de adenocarcinoma no reto, relatando fratura no dente 37 desde 2016. O instrumento de coleta de dados consistiu nas consultas da paciente e prontuário. A coleta de informações realizada no período de fevereiro de 2018 a agosto 2018. Foi realizada, ainda, a busca em livros, artigos e periódicos. Busca eletrônica no portal do CAPES e bireme, nas seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE. Para as referências, utilizou-se as normas de Vancouver.

O estudo pautou-se nas consultas da paciente e prontuário, também em uma revisão das publicações preferencialmente nos últimos 10 anos sobre o tema proposto, realizando o confronto de autores e exposição de um caso realizando as considerações específicas.

3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O estudo foi realizado Escola de Odontologia da UNIT (Centro Universitário Tiradentes), Unidade Ciências da saúde, localizado na Av. Caxangá N° 447, Cidade Universitária, Recife-PE. Com a paciente M.M.S.A., sexo feminino, 53 anos de idade, casada e profissão do lar. As imagens que antecederam o tratamento estão documentos nas figuras 1 e 2.

Figura 1 – Fotografias da boca da paciente em três ângulos diferentes

Fonte: Autores (2018).

Figura 2 – Fotografia oclusal da paciente das regiões lingual e palatina.

Fonte: Autores (2018).

3.1 DESCRIÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA DO SUJEITO DA PESQUISA

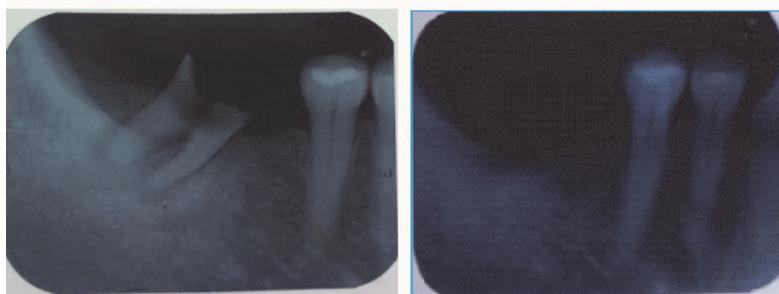
Paciente, M.M.S.A., sexo feminino, 53 anos de idade, casada e do lar, portadora de adenocarcinoma no reto baixo, estágio III, que se submeteu a tratamento de quimioterapia e adjuvante com amputação abdominoperineal no ano de 2014 com necessidade de colostomia definitiva. Este tratamento foi realizado em Hospital localizado na cidade do Recife no Estado de Pernambuco. Em maio de 2016 houve um progresso da doença linfonodal e hepática com necessidade de nova quimioterapia paliativa por tempo indeterminado. Seu prognóstico foi considerado ruim com relação ao histórico médico colhido.

Segundo informações colhidas, a paciente considerava-se “curada” há dois anos, a queixa principal da mesma era um dente que a incomodava com sensação dolorosa quando mastigava na região. Em várias situações procurou por atendimentos odontológicos, mas os profissionais da área “recusavam-se” para tal procedimento cirúrgico pelo histórico médico atual. No exame clínico constatou-se a fratura da coroa do dente 37 onde radiograficamente apresentava discreta rarefação óssea na região das raízes, no entanto, não estavam expostas ao meio bucal. Além disso, a paciente relatou queixa sobre o seu incisivo lateral esquerdo superior (22) que era pequeno (conóide), afetando a estética do sorriso, por fim, relatou sobre a dificuldade na mastigação por perda de alguns dentes posteriores.

A paciente possui hábitos deletérios como: roer unhas, ranger e apertar os dentes durante o dia ou à noite. Quanto a higiene bucal menciona que só faz a escovação dos dentes uma vez ao dia, com creme dental e escova tipo macia, diz fazer o uso do fio dental e de não visualizar sangramento gengival, nem dentes amolecidos. Relata não haver antecedentes familiares para a presença de condições sistêmicas ou patologias com componente hereditário, faz uso do medicamento Losartana quando se sente mal. Classificada como *American Society of Anesthesiologists* (ASA III), situação que inspira cuidados em situações de urgências e emergências devido à situação de saúde atual. Por fim, referiu-se que não possuiu experiências negativas durante a realização dos procedimentos odontológicos realizados anteriores, quando foi atendida.

A partir disso, foi decidido realizar uma abordagem odontológica multidisciplinar para cuidar e tratar a paciente nos quesitos funcional, estético e psicossocial. Começando pela principal queixa da paciente que era a remoção do resto radicular do dente 37, seguida pelas restaurações estéticas e reanatomização do dente conóide (22). Para a realização da exodontia do resto radicular do dente 37 foi verificado previamente a indicação para sua remoção, pela avaliação clínica e radiográfica a destruição da coroa do dente e uma perda óssea considerável na sua região periapical (FIGURA 3A). Após o procedimento houve a remoção completa do elemento dentário 37 (FIGURA 3B).

Figura 3 – Radiografia periapical do dente 37 antes e após a exodontia
A – antes da exodontia **B** – três meses após a exodontia



Fonte: Autores (2018).

A condição da paciente foi algo a ser levado em consideração antes da cirurgia, onde foram solicitados exames laboratoriais como: hemograma, hemoglobina glica-

da, glicemia em jejum, ureia, creatinina, coagulograma, TS, TC, TGO, TGP, sorologia para hepatite B e C, e teste de HIV. Juntamente com um parecer do médico oncologista que a acompanha para o aval da cirurgia. Após a averiguação dos exames que mostraram o estado de normalidade da paciente sem alterações significativas e a liberação do médico, permitindo a realização da cirurgia, pode-se então prosseguir com o procedimento cirúrgico planejado.

Protocolo de atendimento para exodontia do resto radicular (37):

- a) Profilaxia antibiótica 1 hora antes da cirurgia, com Amoxicilina 1 grama;
- b) Averiguação da PA (pressão arterial): 130/80mmHg;
- c) Técnica anestésica do bloqueio do nervo alveolar inferior e complementares infiltrativas, o anestésico foi o cloridrato de lidocaína com epinefrina 1:100.000;
- d) Antissepsia com clorexidina a 0,12% para bochecho e a 0,2% para aplicação tópica extra oral;
- e) Incisão, tipo envelope com cabo de bisturi nº 3 e lâmina nº 15;
- f) Descolamento mucoperiosteal com o descolador de Molt;
- g) Luxação com a peça reta de Seldin;
- h) Exérese com o Fórceps nº 17;
- i) Toaleta da cavidade com soro fisiológico e curetagem com a cureta de Lucas;
- j) Manobra de Chompret;
- k) Sutura com porta agulha, pinça e fio de Nylon 4-0.

Não houve intercorrência durante a cirurgia e foram dadas as orientações pós-cirúrgicas a paciente, prescreveu-se Amoxicilina 500mg por 07 dias; Nimesulida 100mg por 03 dias e Dipirona 500mg em caso de dor. A partir disso, orientou-se sobre os cuidados necessários pós cirúrgicos.

Frente aos novos conceitos na Odontologia, a reanatomização do dente 22 foi proposta no plano de tratamento, visto que com o emprego de sistemas restauradores adesivos diretos é uma opção viável, por permitirem um procedimento altamente conservador, com desgaste mínimo de estrutura dentária, devolvendo ao paciente a estética e a harmonia do sorriso com um menor custo do tratamento e resultados imediatos (FIGURA 4).

Figura 4 – Reanatomização de dente 22 conóide



Fonte: Autores (2018).

4 DISCUSSÃO

A alta incidência de perdas dentárias ainda é uma realidade para a população brasileira, apesar de todo avanço da odontologia. A perda dentária altera a homeostase do sistema estomatognático devido à modificação de parte do esqueleto facial, associado à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala (CAVALCANTI; BIANCHINI, 2008).

Além disso, atualmente, uma boa aparência pessoal no contexto social, é baseada em padrões de modelos que apresentam um sorriso com dentes bonitos, brancos e distribuídos de maneira harmoniosa. Vivemos em uma sociedade extremamente competitiva, onde a aparência estética tem grande importância na aceitação e autoestima pessoal (SILVA e col., 2016). Todos esses achados corroboram com o caso da paciente M.M.S.A. que sofria os impactos deste padrão estabelecido pela sociedade.

Dentes conóides são considerados na dentição normal uma microdontia isolada já que na maioria das vezes o incisivo lateral superior é mais frequentemente afetado. A coroa apresenta-se sob a forma de cone e a raiz comumente com seu comprimento normal. Estes dentes acometem aproximadamente 8,4% da população, sendo mais prevalente em mulheres e apresentam maior incidência na dentição permanente e no hemiarco superior esquerdo. Esta anomalia dentária é resultante de uma herança autossômica dominante que desencadeia a mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais.

Por serem mais estreitos que o normal é comum também que eles permitam a migração distal dos incisivos centrais superiores e conseqüentemente a formação de um diastema. Além disso, os incisivos laterais conóides podem ainda apresentar angulações méso-distais ou vestibulo-linguais e giroversões na tentativa de preencher o espaço interdental (COSTA e col., 2012). Estes achados contribuem com o caso relatado acima, onde a mesma era do sexo feminino e apresentava tal anomalia.

Embora exista a reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde. Esta situação é responsável não só pelos números desanimadores vistos no último levantamento epidemiológico nacional (Brasil Sorridente), para algumas localidades (BRASIL, 2004), mas por demonstrar que as dores de dente e a perda dentária estão presentes no cotidiano dos brasileiros (NATIONS; NUTO, 2002).

O caso da paciente M.M.S.A., reflete a realidade atual brasileira, onde grande parte da população ainda não tem acesso adequado aos serviços de saúde, fator que levou a paciente, somente agora, aos seus 53 anos de idade e após um tratamento oncológico prolongado procurar a assistência odontológica que por diversos motivos econômicos e sociais, não teve acesso preventivo anteriormente.

O adenocarcinoma é um tumor maligno que se origina de células glandulares. Essas células podem compor diversos órgãos como mama, pulmão, esôfago, intestino, bem como órgãos do aparelho reprodutor feminino, como ovários, colo do útero e vagina. A causa precisa do adenocarcinoma não é conhecida, mas algumas delas associadas são: histórico familiar, avanço de idade, tabagismo, reposição hormonal

e qualidade da alimentação (especialmente no câncer do trato gastrointestinal). O manejo odontológico cirúrgico desses pacientes oncológicos deve ser antecipado ao máximo para então serem submetidos ao tratamento adequado de radioterapia e quimioterapia (MATHIAS, 2016).

Os pacientes oncológicos geralmente apresentam manifestações orais em consequência da intensa imunossupressão obtida por meio de quimioterapia. Essas manifestações orais podem ser graves e interferir nos resultados da terapêutica médica, levando a complicações sistêmicas importantes, que podem aumentar o tempo de internação hospitalar e os custos do tratamento e afetar diretamente a qualidade de vida destes pacientes (SANTOS, 2005).

No caso da paciente M.M.S.A., que teve adenocarcinoma no reto baixo, estágio III, submeteu-se ao tratamento de quimioterapia e adjuvante amputação abdomino-perineal com necessidade de colostomia definitiva. Não tivemos acesso ao quadro odontológico anterior ao adenocarcinoma, o que dificulta a anamnese para classificar se o próprio tumor ou o tratamento pioraram o estado bucal da paciente. Entretanto os achados pós tratamento revelaram que a paciente tinha problemas odontológicos e que a procura por tratamento só ocorreu após a "melhora". Não foi observado xerostomia ou sangramento gengival, como relatado por Goursand e outros autores (2006) como alterações do tratamento oncológico, talvez pelo fato de a paciente só ter iniciado a clínica odontológica dois anos após a finalização do tratamento.

Para tratamento de pacientes submetidos à oncoterapia é essencial uma abordagem multidisciplinar, que permita a oferta adequada de cuidados odontológicos. Além disso, é importante que a equipe seja envolvida desde o início do tratamento oncológico, a avaliação prévia a esse tratamento deve incluir também o histórico médico do paciente, o exame clínico odontológico deve ser realizado cuidadosa e minuciosamente, a avaliação das experiências anteriores do paciente e sua história odontológica podem ajudar a avaliar sua capacidade de cumprir um programa preventivo de cuidados bucais.

Nesse ponto a avaliação de capacidade de autocuidado é essencial. Além disso, o tipo e o grau de malignidade do tumor, a dose das drogas usadas, a duração da quimioterapia, a idade e o nível de higiene oral do paciente, antes e durante a terapia, são fatores determinantes para a severidade ou não das complicações bucais (VIEIRA e col., 2012).

5 CONCLUSÃO

Os pacientes oncológicos devem ser acompanhados por um cirurgião-dentista, visto que existem complicações bucais durante e após o tratamento antineoplásico, onde o tratamento odontológico deve anteceder o oncoterápico, sendo fundamental a conscientização dos pacientes sobre a importância da higiene bucal. No que diz respeito às sequelas secundárias ao tratamento contra o câncer é possível evidenciar uma prevalência de várias alterações bucais, em especial ulcerações, sangramento gengival e xerostomia, a prevenção ainda é a melhor conduta. Essas medidas podem ser tomadas pelo cirurgião-dentista antes, durante e depois da radioterapia e quimioterapia.

Ao cirurgião-dentista, como membro da equipe oncológica, cabe preparar o paciente para a quimioterapia e radioterapia por meio de medidas preventivas, com a adequação do meio bucal, acompanhando-o durante o tratamento, incentivando condutas que visem melhorar as condições de higiene bucal do indivíduo após o tratamento. A partir disso, é fundamental uma abordagem odontológica multidisciplinar para minimizar os efeitos do tratamento oncológico na cavidade bucal ou a ela relacionados.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.3, p. 869-878, 2010.
- ASSIS, R. V. B. F. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. **GED gastroenterol. endosc. dig.**, v. 30, n. 2, p. 62-74, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB BRASIL 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 116 p.
- CAVALCANTI, R. V. A.; BIANCHINI, E. M. G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 490-502, out./dez. 2008.
- COSTA, P. X. *et al.* Otimização estética em dentes conóides: relato de caso clínico. **Connection online**, n. 7, 2012. ISSN 1980-7341.
- FERREIRA, A. A. A. *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 11, p. 211-218, 2006.
- FRIAS, A. C.; JUNQUEIRA, S. R. In: Saúde bucal coletiva. Adaptado e atualizado por. Narvai, P.C.; Frazão, P. Luiz, R. R.; Costa, A. J. L.; Nadanovsky, P. Epidemiologia ..., 2008. DISCIPLINA DE SAÚDE BUCAL COLETIVA DA UNIVERISADE DE SÃO PAULO 2008. Disponível : <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/GTextoSBC.pdf> . Acesso em: 4 mar. 2018.

GOURSAND, D. *et al.* Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n. 3, p. 161-256, jul./set. 2006.

HESPANHOL, F. L. *et al.* Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 1, p. 1085-1094, 2010.

MATHIAS, C. Você sabe o que é adenocarcinoma? **iSaúde Brasil**. 25/04/2016. Disponível em: <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/voce-sabe-o-que-e-adenocarcinoma/>. Acesso em: 4 mar. 2018.

MOYSES, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal – definições. *In*: YP Buisch (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas-APCD-EAP; 2000. p. 1-22.

NATIONS, M. K.; NUTO, S.A.S. Tooth worms, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Soc. Sci. Med.**, v. 54, p. 229-234, 2002.

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

SILVA J. R. L. *et al.* Rehabilitación estética de La sonrisa a través de La remodelación dental: una técnica empleando resinas compuestas. **Revista de operatoria dental y biomateriales**, v. 5, n. 3, ago./dez. 2016.

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

Data do recebimento: 2 de Abril de 2020

Data da avaliação: 20 de Setembro 2020

Data de aceite: 20 de Setembro de 2020

1 Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT/PE. E-mail: dayanamello.araujo@hotmail.com

2 Acadêmico do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT/PE. E-mail: igor_cry@hotmail.com

3 Doutor em Biologia aplicada a Saúde; Dentista; Professor do curso de Odontologia do Curso do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT/PE. E-mail: adelmo_cavalcanti@unit.br

4 Doutora em Patologia Bucal; Dentista; Professora do curso de Odontologia do Curso do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco – UNIT/PE. E-mail: evelynpedroza@hotmail.com