

Universidade de Taubaté

Marcelo Rodrigues Alves

Dor orofacial de origem oncológica.

Taubaté-SP

2021

Marcelo Rodrigues Alves

Dor orofacial de origem oncológica.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma

**Taubaté-SP
2021**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI
Universidade de Taubaté - UNITAU**

A474d

Alves, Marcelo Rodrigues

Dor orofacial de origem oncológica / Marcelo Rodrigues Alves. –
2021.

26f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté,
Departamento de Odontologia, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma, Departamento
de Odontologia.

1. Equipe multidisciplinar. 2. Dor oncológica. 3. Dor orofacial. 4.
Tratamento alternativo. 5. Tratamento paliativo. I. Universidade de
Taubaté. Departamento Odontologia. II. Título.

CDD – 616.9792

Marcelo

Dor orofacial de origem oncológica.

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Data: 11/06/2021

Resultado: Aprovado

Banca Examinadora

Prof. ALEXANDRE PRADO SCHERMA

Assinatura _____

Prof. MARCELO GONÇALVES CARDOSO

Assinatura _____

Prof. CARLOS EDUARDO DIAS COLOMBO

Assinatura _____

AGRADECIMENTO

À Deus, que me deu forças para concluir este projeto de forma satisfatória. Sem Ele, nada seria possível.

À Universidade de Taubaté - UNITAU, na pessoa da Magnífica Reitora Profa. Dra. Nara Lucia Perondi Fortes;

À Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva, Chefe de Departamento de Odontologia da UNITAU;

Ao Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma, orientador deste trabalho de curso, por seu apoio e parceria durante a realização deste trabalho.

À minha família, em especial à minha esposa Carolina, pelos incentivos durante estes 4 anos de estudo e dedicação.

Ao meu filho Guilherme, minha força motriz e minha motivação.

RESUMO

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos, sendo uma das principais razões que levam as pessoas a buscar atendimento em saúde. A dor secundária ao câncer é frequentemente associada ao próprio tumor, porém em alguns casos a dor é secundária à terapia. A dor orofacial em si tem alta incidência populacional, sendo o cirurgião-dentista um dos primeiros profissionais em saúde a atender esses casos. O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura científica sobre dor orofacial de origem oncológica, abordando tratamento e novas propostas terapêuticas. O câncer representa uma importante questão de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa de morte. Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um protocolo para o tratamento da dor oncológica, a escada analgésica, com o intuito de otimizar o controle analgésico. É conceito universal que a farmacoterapia analgésica é o principal tratamento para o controle da dor oncológica, porém, por tratar-se de um quadro álgico de difícil controle, atualmente novas terapias analgésicas estão sendo propostas, tais como uso da toxina botulínica, laserterapia de baixa intensidade, acupuntura, *Cannabis sativa*, e terapias complementares (musicoterapia, óleos essenciais, entre outros). O tratamento da dor deve também ser multidisciplinar, visando maximizar seu alívio e aumentar a mobilidade do paciente, sua independência e qualidade de vida. Assim, a abordagem do paciente por outras equipes de saúde além das equipes odontológicas e médicas, está cada vez mais inserida na rotina de atendimento do paciente oncológico.

Palavras-chave: dor orofacial; dor oncológica; equipe multidisciplinar; tratamento alternativo

ABSTRACT

Pain is an unpleasant sensitive and emotional experience, an experience lived by almost all human beings, being one of the main reasons that lead people to seek health care. Pain secondary to cancer is often associated with the tumor itself, but in some cases, the pain is secondary to therapy. Orofacial pain itself has a high population incidence, with the dental surgeon being one of the first health professionals to attend to these cases. The objective of this work was to review the scientific literature on orofacial pain of oncological origin, addressing treatment and new therapeutic proposals. Cancer represents an important public health issue, both in developed and developing countries. Of all the symptoms that a patient diagnosed with cancer presents, pain is the most feared, constituting the most determining factor of suffering related to the disease even when compared to the expectation of death. In 1986, the World Health Organization (WHO) developed a protocol for the treatment of cancer pain, the analgesic ladder, to optimize analgesic control. It is a universal concept that analgesic pharmacotherapy is the main treatment for the control of cancer pain, however, since it is a painful condition that is difficult to control, currently new analgesic therapies are being proposed, such as the use of botulinum toxin, laser therapy, low intensity, acupuncture, Cannabis sativa, and complementary therapies (music therapy, essential oils, among others). Pain treatment must also be multidisciplinary, aiming to maximize its relief and increase the patient's mobility, independence, and quality of life. Thus, the approach of the patient by other health teams in addition to the dental and medical teams is increasingly inserted into the routine of care for cancer patients.

Keywords: orofacial pain; cancer pain; multidisciplinary team; alternative treatment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PROPOSIÇÃO	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Dor orofacial de origem oncológica	12
3.2 Tratamento da dor orofacial de origem oncológica	14
3.3 Abordagem multidisciplinar no tratamento da dor orofacial de origem oncológica	17
4 DISCUSSÃO	20
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa, dor é um substantivo feminino definido como “sensação desagradável ou penosa, de intensidade variável, causada por um estado anômalo do organismo ou parte dele e mediada pela estimulação de fibras nervosas que levam os impulsos dolorosos para o cérebro; sofrimento físico.”¹. É uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos, sendo uma das principais razões que levam as pessoas a buscar atendimento em saúde^{2,3}.

Entre os anos de 2018 e 2020, uma Força Tarefa da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), realizou uma revisão do conceito de dor, definindo a mesma como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”⁴.

Na população brasileira, são queixas frequentes de dor: lombalgia (65,9%), dor de cabeça (60,2%) e dor de dente (38,4%)³. A dor orofacial é toda dor relacionada a tecidos moles e mineralizados da cavidade oral e da face, podendo ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas⁵. Dentre as causas de dor orofacial, destaca-se o câncer, cuja dor acomete 60 a 80% dos pacientes, sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico como sintoma inicial do câncer e 70 a 90% em estágio de doença avançada⁶.

A experiência da dor é fundamentalmente protetora e essa qualidade pode ser ilustrada quando é o primeiro sintoma do câncer. No entanto, a experiência de dor pode se tornar mal adaptativa em resposta ao dano ou na ausência de um dano iminente e, como resultado, não cumprir seu papel de mecanismo de proteção⁷.

A dor secundária ao câncer (incluindo tumores de cabeça e pescoço) é frequentemente associada ao próprio tumor, porém em alguns casos a dor é secundária à terapia. Infelizmente, uma proporção de pacientes sobreviventes ao câncer orofacial posteriormente desenvolverá dor crônica⁸. As características da dor podem imitar a sintomatologia de qualquer dor orofacial, sendo descrita

como cortante, em tiro, queimando, puxando, incômodo, dolorida e latejante, e a dor pode ser referida a qualquer estrutura craniofacial regional ou de um local distante⁹.

Toda dor gera sofrimento físico e emocional a quem a sente, podendo levar a prejuízos biopsicossociais. A dor orofacial em si tem alta incidência populacional, sendo o cirurgião-dentista um dos primeiros profissionais em saúde a atender esses casos. Cabe ao profissional da odontologia muitas vezes o diagnóstico inicial do câncer orofacial e seu tratamento. Dessa maneira, esse estudo tem como finalidade a avaliação dos atuais métodos do tratamento da dor orofacial de origem oncológica, incluindo os tratamentos já previamente conhecidos, as novas propostas terapêuticas e os tratamentos multidisciplinares.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura científica sobre dor orofacial de origem oncológica, abordando tratamento e novas propostas terapêuticas, visando possibilitar esclarecimentos para basear as condutas clínicas em evidências científicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Dor orofacial de origem oncológica

O câncer representa uma importante questão de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, em virtude de seu crescente impacto sobre a rede de serviços e sobre a agenda de ações que atendam à exigibilidade da atenção¹⁰.

As neoplasias de cabeça e pescoço, além de despertar a percepção de morte, também traz o risco de sequelas funcionais e estéticas. Além da dor, a autoimagem, a socialização e a habilidade de realizar funções rotineiras, como mastigar, engolir e respirar podem piorar devido ao tumor ou ao seu tratamento¹¹.

A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico⁴.

A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor⁴.

Quando a dor é o motivo de procura por atendimento, e ainda não foi relacionada com o câncer, ela é tipicamente aguda, ou seja, de início recente e pode ser o sintoma inicial que leva o paciente a procurar atendimento médico ou odontológico. Ainda que incomuns esses casos, é indispensável que o câncer seja incluído no diagnóstico diferencial das dores orofaciais¹².

A dor pode ser considerada crônica quando tiver duração de pelo menos seis meses. A duração da dor, entretanto, não é o único fator que determina a

cronicidade. Algumas dores presentes durante anos nunca se tornam crônicas. Da mesma forma, algumas situações de dor se tornam clinicamente crônicas em questão de meses¹³.

De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa de morte. Apesar disso pouca atenção tem sido dada ao tratamento da dor oncológica quando comparada ao avanço tecnológico no controle do câncer¹⁴.

A intensidade da dor é considerada uma das dimensões clinicamente mais relevantes na experiência da dor. Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um protocolo para o tratamento da dor oncológica, através da classificação do tratamento por degraus – escada analgésica. Posteriormente, em 1999, a Veterans Health Administration propôs a avaliação da intensidade de dor enquanto ‘quinto sinal vital’, através de uma escala de zero a 10, com o intuito de otimizar o controle analgésico¹⁵.

É conceito universal que a farmacoterapia analgésica é o principal tratamento para o controle da dor oncológica, ficando os procedimentos intervencionistas reservados para os pacientes que não obtiveram alívio satisfatório da dor¹⁴. Porém, por tratar-se de um quadro algico de difícil controle, atualmente novas terapias analgésicas estão sendo propostas.

3.2 Tratamento da dor orofacial de origem oncológica

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a escada analgésica de três degraus como uma estrutura para o uso racional de medicamentos analgésicos no tratamento da dor oncológica. A etapa I especifica o uso de analgésico não opioides para a dor suave; a etapa II recomenda opioides “fracos”, com ou sem não opioides para dor moderada; e a etapa III compreende opioides “fortes”, com ou sem não opioides, para dor forte¹⁶. Estudos de validação dessa escada sugerem que mais de 80% dos pacientes com dor oncológica têm sua dor controlada por esse método. É opinião universal que a analgesia farmacológica é o principal pilar no tratamento da dor oncológica¹⁴. No entanto, a natureza da dor do câncer é múltipla, podendo-se utilizar diversos procedimentos terapêuticos⁶.

As técnicas invasivas podem ser usadas como complementação do tratamento geral já nas fases iniciais, sempre que houver dificuldades para o alívio da dor, promovendo alívio significativo, até que outras medidas surtam efeito. Quando os bloqueios anestésicos são eficazes, há diminuição da dose de analgésicos sistêmicos e, conseqüentemente, diminuição dos efeitos colaterais. A analgesia obtida pelos bloqueios dos nervos periféricos é relativamente eficaz quando as dores são localizadas, mas ocorrem falhas em regiões que recebem inervação múltipla¹⁷.

Já a toxina botulínica é um produto da fermentação do *Clostridium Botulinum*, uma bactéria anaeróbia Gram+. Comprovadamente, a toxina botulínica pode enfraquecer seletivamente a musculatura dolorosa, interrompendo o ciclo espasmo-dor. Com relação à dor, várias publicações têm demonstrado a eficácia e segurança da toxina botulínica no tratamento da cefaléia tipo tensão, migrânea, dor lombar crônica e dor miofascial. A toxina botulínica foi durante muitos anos considerada um promotor de doença. No presente é considerada um agente terapêutico versátil para o tratamento de distúrbios musculares. A finalidade do tratamento da disfunção temporomandibular com a toxina botulínica é controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que perpetuam o problema¹⁸.

A laserterapia de baixa intensidade (LBI) é conhecida como forma alternativa de controle de diversos tipos de dor. É uma modalidade de tratamento não invasiva e de baixo custo, que vem sendo amplamente utilizada no controle das mais diversas afecções, dentre as quais, as musculares, articulares e neuropáticas, para o alívio de dor, modulação do processo inflamatório, regeneração e cicatrização tecidual¹⁹. A terapia com LBI influencia mudanças de caráter metabólico, energético e funcional, uma vez que favorece o aumento da resistência e vitalidade celular, levando-as a sua normalidade funcional com rapidez. O LBI tem demonstrado uma capacidade em auxiliar no tratamento sintomático da dor, promovendo um grau de conforto considerável ao paciente momentos após sua aplicação²⁰.

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. A analgesia pela acupuntura geralmente atinge seu pico dentro das primeiras duas horas de tratamento. Esse tempo prolongado é sugestivo de que há um mecanismo de ação neuromodulatória responsável pelo efeito analgésico²¹.

A *Cannabis sativa* (Cs) possui uma longa história na Medicina, sendo conhecida desde a Antiguidade em várias partes do mundo. Foi utilizada antigamente na China para tratamento de beribéri, malária, gota, reumatismo, constipação e fadiga. Já na Medicina Tradicional Indiana, suas indicações eram semelhantes às atuais (analgesia, sedação, relaxante muscular, anticonvulsivante, estimulante do apetite e antipirético). A pesquisa sobre a Cs e seus efeitos começou a ganhar legitimidade com a identificação da sua estrutura química, da possibilidade de obtenção de seus componentes isolados e de como poderiam funcionar no organismo²². A partir dos resultados de investigações experimentais e estudos clínicos é consenso que a Cs e os canabinóides oferecem benefícios aos pacientes sem possibilidade de cura, como a SIDA, câncer terminal e portadores de doenças neurológicas²³.

As terapias alternativas estão obtendo mais espaço e valor como complemento da terapêutica tradicional, minimizando os efeitos colaterais²⁴. Sendo assim, a medicina integrativa associou terapias complementares, incluindo musicoterapia, óleos essenciais, própolis, *aloe vera*, *Calendula*

officinalis, citronela e aroeira^{24,25}. Grande parte das terapias complementares promove relaxamento aos pacientes. Tais métodos estão relacionados à comunicação entre dor, ansiedade e tensão muscular. Por muitas vezes, paciente com dor manifesta medo e angústia, causando tensão muscular, o que resulta no aumento do quadro algico, uma vez que a contração muscular favorece o aumento da dor. Por outro lado, o relaxamento favorece a redução dessas condições, especialmente a tensão muscular. As terapias complementares produzem resultados benéficos que podem ser empregados no meio clínico e hospitalar²⁴.

3.3 Abordagem multidisciplinar no tratamento da dor orofacial de origem oncológica

Atualmente, o conceito biopsicossocial da dor é amplamente aceito, pois de fato a dor pode envolver uma complexa combinação de disfunções físicas, crenças, estratégias de enfrentamento, evolução da doença e as interações sociais do doente. Seguindo este pensar, o tratamento da dor, muitas vezes, é multidisciplinar e visa maximizar seu alívio e aumentar a mobilidade do paciente, sua independência e qualidade de vida²⁶.

A equipe de oncologia deve incluir os profissionais de odontologia especializados em manejo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, o que contribuirá para uma melhor prevenção, detecção e tratamento de complicações orais e uma melhor qualidade de vida²⁷. Há uma variedade de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço, e todas elas provocam complicações orais, tendo como exemplo as cirurgias (mutilações e alterações fisiológicas), radioterapia (mucosite, hipossalivação, disfagia, osteorradionecrose), e a quimioterapia neoadjuvante (mucosite, alterações gustativas, imunossupressão)²⁸. O acompanhamento odontológico após o final do tratamento do câncer orofacial é indispensável pelas sequelas orais a longo prazo²⁷. A integração de profissionais da odontologia especializada na equipe de oncologia favorece a reabilitação do paciente em virtude do tratamento odontológico apropriado e protocolos preventivos que fazem com que o mesmo não interrompa a terapia do câncer²⁹.

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço devem ser monitorados de perto para reforçar a prevenção, diagnóstico precoce, manejo das complicações tardias e cuidado bucal ideal para prevenir essas complicações. O acompanhamento odontológico deve ser adaptado e individualizado de acordo com as necessidades e condições dos pacientes. O controle eficaz da infecção oral, mucosite residual, alterações sensoriais de dor na mucosa, alteração do paladar, salivação reduzida, doença dental e periodontal, necrose no tecido mole e ossos, e desordens da articulação temporomandibular devem ser parte integrante da terapia oncológica²⁷.

O enfermeiro é o profissional da área de saúde que permanece mais tempo junto ao paciente, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do mesmo e aliviar sua dor³⁰. Como integrante da equipe

multidisciplinar, o enfermeiro exerce importante papel no controle da dor, pois tem responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitoração dos resultados, no tratamento e na comunicação das informações da dor do paciente para os demais membros da equipe, além do controle da qualidade do tratamento³¹.

Pacientes com câncer vivenciam desconfortos que acarretam impacto emocional adverso³². O diagnóstico de doença oncológica, ainda muito associado a uma evolução fatal, e os tratamentos que a acompanham são fonte de intenso sofrimento psicológico para o doente e para a família³². Neste sentido, a psico-oncologia se destaca como segmento da psicologia de grande relevância, sobretudo em se considerando o cenário desta doença na contemporaneidade³³.

Diante do sofrimento que caracteriza o processo de evolução da doença, o psicólogo torna-se um profissional indispensável, uma vez que este poderá criar um espaço de escuta, acolhimento e reflexão tanto para o paciente como para todo o seu grupo familiar, que também compartilha do sofrimento da doença³⁴. No que concerne à prática da psicologia, os estudos sugerem, em especial, a utilização de técnicas cognitivas e comportamentais (relaxamento, distração dirigida, grupos educativos, visualização, modelação) associadas a medicamentos como estratégias úteis para o controle da dor³². No âmbito hospitalar a psicologia busca, através de sua intervenção, minimizar o sofrimento provocado no paciente em virtude do processo de internação hospitalar, além de prevenir possíveis sequelas e implicações emocionais futuras provocadas por esse período³⁵.

Dentro da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta desenvolve um importante papel, pois a natureza flexível da fisioterapia permite ao profissional desenvolver relacionamentos mais próximos aos pacientes, alinhando a sua ação ao conhecimento de cinesiologia, fisiologia e dinâmica familiar. A fisioterapia oncológica é uma área recente que tem como objetivo possibilitar a melhoria de pacientes em tratamento de câncer, especialmente no pós-operatório, quando a dor é mais frequente³⁶.

As indicações para os recursos fisioterápicos devem ser determinadas pelas disfunções que se originam pelo tumor no paciente, bem como pelo tipo de tratamento adotado e os problemas que cada tratamento causa na saúde e

na qualidade de vida dos pacientes. Dentre estes recursos, podemos citar a terapia manual, a eletroestimulação a TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), a termoterapia, a crioterapia, a massagem relaxante, a drenagem linfática e a hidroterapia^{36,37}.

O nutricionista é um dos profissionais que pode auxiliar na evolução favorável do paciente³⁸. A alimentação possui, além do papel fisiológico, o social e o emocional. A evolução da doença faz com que o indivíduo reduza a ingestão alimentar devido aos efeitos colaterais causados pelas medicações utilizadas, alterações fisiológicas como o retardo do esvaziamento gástrico, redução do apetite ou problemas de absorção, promovendo assim desconforto e isolamento social³⁹.

O objetivo do cuidado nutricional é assegurar a ingestão alimentar, conforme as necessidades e recomendações nutricionais, por meio da orientação da dieta, da avaliação e monitoramento do estado nutricional. Dentre as estratégias de nutrir e de hidratar, consideram-se não apenas a utilização da via oral, mas também a possibilidade da nutrição artificial por meio de cateter, adaptada aos pacientes que apresentam incapacidade total ou parcial de se alimentar oralmente⁴⁰.

A presença do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar é ainda timidamente encarada pela fonoaudiologia e pelos demais profissionais, porém seu papel torna-se importantíssimo, uma vez que colocam em prática os objetivos de uma equipe humanizada que promove o bem-estar físico, mental e social do paciente⁴¹. Cabe ao fonoaudiólogo contribuir com seus conhecimentos específicos para maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando uma maior integração social e familiar⁴².

Em cuidados paliativos, a atuação multiprofissional é essencial para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna. Respeito, ética, sensibilidade e sinceridade devem sempre nortear a equipe durante o tratamento³⁸.

4 DISCUSSÃO

A dor é uma vivência subjetiva que expressa não apenas uma experiência física, mas também emocional, social, comportamental e familiar, sendo frequentemente referida por pacientes oncológicos. Ela relaciona-se a limitações físicas, receio da dependência e da morte, muitas vezes descrita como o sintoma mais angustiante, tendo impacto negativo na qualidade de vida do doente oncológico.^{15,26,43}

Além disso, a dor é um sintoma comum nos pacientes com câncer, podendo estar associada ao desenvolvimento da doença, a outras comorbidades, bem como por decorrência de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A mesma pode ultrapassar a dimensão física e estender-se para outras, como a psicológica, financeira, econômica, emocional, social e espiritual, sendo assim caracterizada como a “dor total”. Portanto, a dor constitui-se como o sintoma mais temido entre os doentes com câncer por afetar seriamente as atividades de vida diária do indivíduo, trazendo desconforto e assolando sua motivação e expectativa de vida²⁶.

Mesmo com a alta incidência de quadros álgicos associados ao câncer (alguns estudos relatam até 90%), a dor é frequentemente subdiagnosticada. Isso se deve a vários fatores, dentre eles a falta de habilidade para o manejo eficiente por profissionais de saúde, o uso de estratégias ineficazes de avaliação e dificuldade ou relutância dos pacientes em expressar suas dores^{31,44}. Nos serviços onde foram desenvolvidos protocolos de diagnóstico e tratamento de dor oncológica houve uma menor incidência de dor reportada por seus pacientes¹⁵.

Tratar um paciente requer não somente as considerações biológicas e psicológicas como também as familiares, sociais, econômicas e aquelas que estão nas relações estabelecidas entre os sistemas envolvidos: o indivíduo e seu universo e o sistema de saúde e de tratamento, com todas as suas múltiplas variáveis. Não basta tratar a dor, mas também o paciente e, além dele, os sistemas que com ele interagem⁴⁴.

O êxito do tratamento da dor no paciente oncológico fundamenta-se, principalmente, na investigação do mecanismo da dor e de sua origem, diagnosticando, dessa forma, a síndrome dolorosa preponderante. O sucesso da manipulação da dor é atingido quando análises repetidas concedem a escolha da terapia mais compatível para cada paciente, atingindo assim um resultado favorável entre o alívio da dor e os efeitos colaterais da terapêutica selecionada.

Por ter a dor um caráter multidimensional, necessitando de um manejo mais adequado do sintoma e, em muitos casos, a insuficiência da terapêutica medicamentosa, faz-se de fundamental importância o estabelecimento de uma rede multidisciplinar de seguimento a estes pacientes, com a associação de terapias alternativas e complementares. Com um atendimento fragmentado e sem um planejamento efetivo, não há tratamento integral do paciente oncológico, o que pode resultar em falha terapêutica. A interlocução entre as várias áreas da saúde e o aprimoramento profissional são imprescindíveis na humanização dos cuidados ao paciente oncológico^{10, 31, 43}.

Apesar da longa tradição do seu emprego, o atual papel das técnicas invasivas na dor do câncer não está definido na literatura devido à falta de trabalhos científicos objetivos, mostrando a sua relação com o alívio das dores e as complicações. Nos últimos 20 anos, houve diminuição significativa no seu emprego, pois, em 1980, 29% dos pacientes recebiam bloqueios nervosos ou neuroablativos contra somente 3,5% atualmente¹⁷.

Variadas linhas de tratamento complementam-se para desempenhar uma intervenção biopsicossocial do quadro algico do paciente oncológico. A associação de terapêuticas já bem estabelecidas (como a medicamentosa) e novas linhas de tratamento (como a acupuntura, o uso da toxina botulínica, a laserterapia, entre outros) somam-se na busca da melhora da qualidade de vida desse paciente e na humanização do tratamento proposto.

Logo, a atuação de dentistas, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, entre outros é fundamental. Tanto os aspectos éticos e psicológicos, bem como o nível de esclarecimento, a forma de abordagem e o entrosamento dos profissionais são essenciais para o paciente e seus familiares³⁸.

A dor do paciente oncológico é multifatorial e, portanto, não existe um protocolo único de tratamento. Tradicionalmente, tem sido considerado que os pacientes devem receber primeiramente as terapias convencionais, reservando procedimentos intervencionistas para pacientes que não respondem. No entanto, essa estratégia pode atrasar os encaminhamentos devidos. Uma abordagem mais inclusiva, eficiente e humana pode considerar intervenções multimodais, estabelecendo-se um tratamento em que todas as modalidades terapêuticas podem ser aplicadas conjuntamente ao longo do curso da doença⁴⁵.

Humanizar, no sentido amplo da palavra, é tratar as pessoas de forma carinhosa, fazendo com que estas se sintam protegidas, resgatando o valor que cada pessoa tem e oferecendo para ela um tratamento que lhe permita fortalecer o seu sentimento e aumentar a força física, mental e psicológica a partir da ação de compartilhar sentimentos, dores e valores³².

5 CONCLUSÃO

Apesar de ser apenas um componente do processo patológico do paciente oncológico, a dor é, sem dúvida, uma das dimensões clinicamente mais relevantes, interferindo não apenas na qualidade de vida do paciente, mas também nas decisões terapêuticas específicas. A dor pode, inclusive, ser a primeira manifestação do câncer orofacial, levando o paciente à busca por auxílio médico-odontológico. Assim, uma avaliação ampla e aprofundada de cada caso pode levar a um diagnóstico precoce, resultando em um melhor prognóstico.

Logo, a abordagem multidisciplinar da dor orofacial de origem oncológica é fundamental para o sucesso do tratamento dos pacientes. A associação da conduta médico-odontológica com as diversas equipes da área da saúde, como enfermagem, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia, favorece um melhor controle do quadro algico. O conceito de “dor total” sustenta a necessidade do trabalho multidisciplinar, pois ele enfatiza que a dor vai além da esfera física, englobando também aspectos sociais, emocionais, psicológicos, familiares, financeiros, dentre outros.

Sendo assim, o trabalho multidisciplinar e a associação entre a terapia clássica e as novas propostas terapêuticas promovem um melhor controle algico, amenizando o sofrimento do paciente e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Michaelis On-Line: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [homepage na internet]. Definição de dor [acesso em 24 de out de 2020]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=dor>
2. Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. In: Nitrini R, Bascheschi LA (editors). A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo, SP. Editora Atheneu, 2003; 257-281
3. Siqueira JTT. As dores orofaciais na prática hospitalar - experiência brasileira. *Prát. Hosp.* 2006; 48(7):85-9
4. DeSantana JM, Persinotti DMN, Oliveira Jr JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. 2020 [acesso em 24 de out de 2020]. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf
5. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J. Orthod.* Junho de 2010 [acesso em 24 de out de 2020]; 15 (3): 114-120. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000300014&lang=pt
6. Guimarães AN, Dias MF, Miranda RMC, Aguiar TM, Arantes DCB, Pedras RBN. Diagnóstico e manejo da dor orofacial oncológica: relato de três casos clínicos. *Arq. Odontol.* 2015; 51(4); 205-209
7. Romero-Reyes M, Salvemini D. Cancer and orofacial pain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016; 21(6): e665-e671
8. Benoliel R, Epstein J, Eliav E, Jurevic R, Elad S. Orofacial Pain in Cancer: Part I – Mechanisms. *J Dent Res.* 2007; 86(6): 491-505
9. Romero-Reys M, Teruel A, Ye Y. Cancer and Referred Facial Pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2015; 19(8): 37-45
10. Mendes EC, Vasconcello LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate.* 2015; 39(106): 881-892
11. Siqueira JTT, Jales S, Vilarim RCB, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Dor em pacientes com câncer de boca: do diagnóstico aos cuidados paliativos. *Rev Dor.* 2009; 10(2): 00-00
12. Siqueira JTT, Jales S, Vilarim RCB, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer. *Prática Hospitalar.* 2009; 11(62): 127-133
13. Nunes AC, Oliveira Filho AJ, Verri FR, Santiago Jr JF, Almeida DAF, Verri ACG. Dor orofacial. *Rev Odont Araç.* 2012; 33(1): 31-35
14. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Rev HUPE.* 2012; 11(2): 32-37
15. Barata P, Santos F, Mesquita G, Cardoso A, Custódio MP, Alves M, et al. Associação da intensidade de dor no tempo até à morte dos doentes

- oncológicos referenciados aos cuidados paliativos. *Acta Med Port.* 2016; 29(11): 694-701
16. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J, Paladini A, Varrassi G. time to modify the WHO Analgesic Ladder? *Pain.* 2009, 7(5):(ClinicalUpdate)
 17. Oliveira AS, Torres HP. O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa. *Rev Bras Anesthesiol.* 2003; 53(5): 654-662
 18. Santos LO, Barbosa OLC, Costa DN, Barbosa CCN, Vieira FLD. O uso da toxina botulínica como tratamento paliativo na dor miofascial. *Braz J Surg Clin Res.* 2016; 16(1): 60-65
 19. Araújo AEG, Benevides JMM. Laserterapia em paciente com algia facial por compressão tumoral: um relato de experiência. *Braz J Hea Rev.* 2020; 3(4): 9547-9552
 20. Catão MHCV, Oliveira OS, Costa RO, Carneiro VSM. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibulares: estudo clínico randomizado. *Rev CEFAC.* 2013; 15(6): 1601-1608
 21. Carvalho MSC, Costa BF, Lucena CL, Muniz LKR, Silva MG, Vieira VR, et al. Acupuntura no tratamento da dor e interprofissionalidade: revisão integrativa. *Braz J Dev.* 2021; 7(3): 22366-22375
 22. Bonfá L, Vinagre RCO, Figueiredo NV. Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos. *Rev Bras Anesthesiol.* 2008; 58(3): 267-279
 23. Kalant H. Medicinal use of cannabis: History and current status. *Pain Res Manage.* 2001; 6(2): 80-91
 24. Silva CGO, Oliveira Filho EC. O manejo da dor em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem
 25. Barbosa MB, Faria MGI. Produtos naturais como nova alternativa terapêutica para tratamento de candidíase bucal. *Rev UNINGÁ.* 2014; 20(1): 103-107
 26. Reticena KO, Beuter M, Sales CA. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(3): 419-425
 27. Santos LC, Carvalho CCB. O papel do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar de oncologia. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. 2018. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/151>. Acesso em 18/05/2021
 28. Peterson DE, Jensen SB. Oral complications of nonsurgical cancer therapies: diagnosis and treatment. In: Glick M (editor). *Burket's Oral Medicine.* 12ª edição. Shelton: PMPH-USA, 2014; 201-218
 29. Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Common oral manifestations of systemic disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011; 44(1): 161-182
 30. Aguiar RM, Silva GRC. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. *Rev HUPE.* 2012; 11(2): 82-88

31. Fontes KB, Jaques AE. A interface da assistência de enfermagem como o controle da dor oncológica. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2013; 17(1): 43-48
32. Graner KM, Costa Jr AL, Rolim GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*. 2010; 18(2): 345-355
33. Cardoso G, Luengo A, Trancas B, Vieira C, Reis D. Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*. 2008/2009; 6(2)/7(1-2): 8-18
34. Fonseca R, Castro MM. A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncológica. *PsicSaúd Debate*. 2016; 2(edição especial): 54-72
35. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *PsicSaúd Debate*. 2015; 1(1): 65-77
36. Alves JB, Gardenghi G. Os recursos fisioterápicos para tratamento da dor oncológica. 2019. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/05/os-recursos-fisioterapicos-para-tratamento-da-dor-oncologica.pdf>. Acesso em: 30/03/2021
37. Ferreira LL, Cavenaghi S, Marino LHC. Recursos eletroterapêuticos no tratamento da dor oncológica. *Rev Dor São Paulo*. 2010; 11(4): 339-342
38. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(3): 317-323
39. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor São Paulo*. 2010; 11(4): 282-288
40. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9): 1875-1882
41. Calheiros AS, Albuquerque CL. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. *Rev HUPE*. 2012; 11(2): 94-98
42. Taquemori LY. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade – Fonoaudiologia; In: *Cuidado Paliativo*. CREMESP. 2008; 64-68
43. Alcantara LS, Sant'Anna JL, Souza MGN. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(9): 2507-2514
44. Miceli AVP. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(3): 363-373
45. Brasil EA, Bellaver G, Guedes GHBF, Aquino RB. Métodos anestésicos intervencionistas no tratamento da dor oncológica. *Acta Medica*. 2018; 39(2): 202-213