

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Oncologia Multidisciplinar

KARINA DA COSTA LIMA SOUTO

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
TERMINALIDADE**

RECIFE

2016

KARINA DA COSTA LIMA SOUTO

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
TERMINALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Oncologia Multidisciplinar da Faculdade Pernambucana de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Oncologia Multidisciplinar.

Orientadora: Profa. Dra. Uly Dias Nascimento
Távora Cavalcanti

RECIFE

2016

DIRETOR ACADÊMICO

Carlos Santos da Figueira

DIRETOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO

José Pacheco Martins Ribeiro Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Msc. Rafael Batista de Oliveira

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM
ONCOLOGIA MULTIDISCIPLINAR**

Profa.: Dra. Juliana Lúcia de Albuquerque Vasconcelos

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
EM ONCOLOGIA MULTIDISCIPLINAR**

Profa.: Dra. Juliana Mendes Brandão

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SOUTO, Karina da Costa Lima

Título: Atenção Odontológica ao Paciente Oncológico em Terminalidade

Aprovada em: 04/06/2016

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): Uly Dias Nascimento Távora Cavalcanti

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): Juliana Lúcia de Albuquerque Vasconcelos

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Assinatura: _____

Prof.(a): Edla Karina Cabral

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Assinatura: _____

RESUMO

SOUTO, K.C.L.; Atenção Odontológica ao Paciente Oncológico em Terminalidade. Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

Os pacientes oncológicos em estágio terminal apresentam uma série de manifestações bucais que necessitam do suporte de um cirurgião-dentista. Incluído na equipe multidisciplinar, esse profissional deverá efetuar as condutas necessárias para manter a qualidade de vida desses pacientes. Baseado numa revisão bibliográfica, o objetivo deste trabalho é apresentar a atenção odontológica realizada para pacientes com câncer sob cuidados paliativos. Como conclusão, foi possível constatar que, a presença do cirurgião-dentista é essencial, e, deve pautar-se na empatia e comunicação, buscando a criação de vínculos necessários para o desenvolvimento de um plano de tratamento efetivo e individualizado.

Palavras-Chave: Odontologia, Cuidados Paliativos, Tratamento Paliativo.

ABSTRACT

SOUTO, K.C.L.; Dental Care to the Oncological Patient in Terminality. Pernambuco College Health, Recife, Pernambuco, Brazil.

Patients with end-stage cancer present a series of oral manifestations that need the support of a dentist. Included in the multidisciplinary team, the professional must make the necessary pipelines to maintain the quality of life of these patients. Based on a literature review, the aim of this paper is to present the dental care is provided to patients with cancer in palliative care. In conclusion, it was found that the presence of the dentist is essential, and must be based on empathy and communication, seeking to create bonds necessary for the development of an effective and individualized treatment plan.

Keywords: Dentistry, Palliative Care, Palliation.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. OBJETIVOS | 9 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 9 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 9 |
| 3. METODOLOGIA | 10 |
| 3.1 Tipo de Estudo..... | 10 |
| 3.2 Coleta de Dados | 10 |
| 3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão | 10 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 12 |
| 5. CONCLUSÕES | 30 |
| 6. PERSPECTIVAS | 31 |
| REFERÊNCIAS | 32 |
| ANEXOS | 35 |

1. INTRODUÇÃO

Câncer é o nome genérico utilizado para descrever um problema de saúde mundial, caracterizado por um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento rápido e desordenado das células. Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas, que invadem tecidos e órgãos e espalham-se por várias regiões do corpo (INCA, 2015).

Em 2012, segundo estimativas do projeto Globocan, da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer (International Agency for Research on Cancer - IARC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), foram registrados, em todo o mundo, 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes. No Brasil, a estimativa para 2015 foi de aproximadamente 576 mil novos casos em homens e mulheres. Em 2030, os países em desenvolvimento, em virtude do crescimento e envelhecimento da população, apresentarão 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes pela mesma doença (BRASIL, 2014).

Por se tratar de uma doença multifatorial, a abordagem multidisciplinar desde o seu diagnóstico vem se tornando imprescindível na luta contra o câncer. O cirurgião-dentista deve integrar-se à equipe responsável pelo tratamento, compartilhando os seus conhecimentos com outros profissionais de saúde (ARANEGA et al., 2012), contribuindo para a visão holística que deve ser oferecida ao paciente, a fim de proporcionar o seu bem-estar e dignidade, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e o uso de medicamentos, além da melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente na sua condição sistêmica (EUZÉBIO et al., 2013). Atuando desde a prevenção, ao realizar a adequação do meio bucal através da limpeza e eliminação dos focos de infecção, o papel do cirurgião-dentista se continua no suporte às manifestações bucais que podem acometer o paciente oncológico em tratamento antineoplásico, como a mucosite, xerostomia e a candidíase e ainda, poderá promover a reabilitação da capacidade de fala, mastigação e deglutição por meio da confecção de próteses obturadoras faciais. O câncer, muitas vezes, poderá evoluir para um estágio com baixas possibilidades de

cura. Dentro desse mesmo contexto de trabalho em equipe, a atuação do cirurgião-dentista se torna fundamental nos cuidados paliativos que poderão ser oferecidos a esses pacientes.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002 "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais." Em Odontologia, o Cuidado Paliativo pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade oral pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente. No caso de pacientes com câncer, os sintomas podem ser específicos para o processo da doença, dos efeitos da medicação ou de parte da deterioração geral do indivíduo com a proximidade da morte (PORTAL EDUCAÇÃO, 2016).

No entanto, a presença da odontologia dentro dos cuidados paliativos é raramente citada e conhecida. Apesar das importantes manifestações bucais desenvolvidas, poucos trabalhos científicos abordam a essencial presença do cirurgião-dentista no suporte aos pacientes com câncer em estado terminal. A revisão de literatura desenvolvida discute as principais abordagens odontológicas, o perfil do odontólogo que deve atuar junto à equipe multidisciplinar e as peculiaridades que definem o plano de tratamento para esses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar uma revisão de literatura sobre a assistência odontológica ao paciente oncológico em terminalidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Fazer um levantamento bibliográfico sobre a odontologia e os cuidados paliativos que podem ser ofertados aos pacientes oncológicos.
- Explicar o papel e a importância do profissional cirurgião-dentista, na equipe multidisciplinar, no suporte a esses pacientes.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo descritivo é uma revisão de literatura, com a exploração baseada em pesquisas bibliográficas e a utilização de artigos científicos referentes ao tema.

3.2 Coleta de Dados

Foram utilizados para a busca de resultados a consulta aos seguintes portais da internet para acesso às bases de dados on-line: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Bireme-<http://www.bireme.br>); Scielo (<http://www.scielo.br>); Capes (<http://periodicos.capes.gov.br/>); PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com/>). Os descritores utilizados foram: dentistry, palliative care, palliation.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como primeiro critério de exclusão aplicou-se o filtro referente ao ano de publicação dos artigos, sendo selecionados aqueles que se encontraram dentro do período de Janeiro de 1990 à Março de 2016. O segundo critério de exclusão utilizado se deu pela análise do conteúdo existente em título / resumo / assuntos , visando associar o termo Oncologia / Neoplasia / Pacientes oncológicos, aos descritores iniciais. Do total de artigos encontrados, foram incluídos os que apresentavam o texto completo disponível para consulta, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e excluídos os que apareceram em duplicata. Por fim, a autora conduziu a leitura integral de todos os artigos selecionados e definiu o conjunto final.

Dessa forma, do total inicial de 412 artigos, após a aplicação dos critérios de exclusão acima descritos, a busca totalizou 14 artigos utilizados para a revisão de literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo às normas de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Pós-Graduação em Oncologia Multidisciplinar da Faculdade Pernambucana de Saúde, os resultados serão apresentados em formato de artigo que será submetido à Revista Brasileira de Odontologia para publicação. As normas de publicação da revista encontram-se nos Anexos 1 e 2.

Atenção Odontológica ao Paciente Oncológico em Terminalidade
Dental Care to the Oncological Patient in Terminality

Odontologia em cuidados paliativos - Pacientes Oncológicos Terminais
Dentistry in palliative care - Oncology Patients Terminalis

Karina da Costa Lima Souto¹

Ully Dias Nascimento Távora Cavalcanti²

1 Pós-graduanda em Oncologia Multidisciplinar pela Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife-PE, Brasil.

Endereço: Rua Manoel Arão, nº 85, aptº 501, Espinheiro. Recife-PE, Brasil - CEP: 52020-100. E-mail: karinasouto@yahoo.com.br. Tel.: (81) 9.9676-8123.

2 Doutora em Clínica Integrada Odontológica pela UFPE e Professora do curso de Pós-graduação em Oncologia Multidisciplinar na Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife-PE, Brasil.

E-mail: ullydias@gmail.com. Tel.: (81) 9.8755-7579.

Conflito de interesse: as autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Artigo de Revisão

Atenção Odontológica ao Paciente Oncológico em Terminalidade

Dental Care to the Oncological Patient in Terminality

Odontologia em cuidados paliativos - Pacientes Oncológicos Terminais

Dentistry in palliative care - Oncology Patients Terminalis

Resumo

Os pacientes oncológicos em estágio terminal apresentam uma série de manifestações bucais que necessitam do suporte de um cirurgião-dentista. Incluído na equipe multidisciplinar, esse profissional deverá efetuar as condutas necessárias para manter a qualidade de vida desses pacientes. Baseado numa revisão bibliográfica, o objetivo deste trabalho é apresentar a atenção odontológica realizada para pacientes com câncer sob cuidados paliativos. Como conclusão, foi possível constatar que, a presença do cirurgião-dentista é essencial, e, deve pautar-se na empatia e comunicação, buscando a criação de vínculos necessários para o desenvolvimento de um plano de tratamento efetivo e individualizado.

Palavras-Chave: Odontologia, Cuidados Paliativos, Tratamento Paliativo.

Abstract

Patients with end-stage cancer present a series of oral manifestations that need the support of a dentist. Included in the multidisciplinary team, the professional must make the necessary pipelines to maintain the quality of life of these patients. Based on a literature review, the aim of this paper is to present the dental care is provided to patients with cancer in palliative care. In conclusion, it was found that the presence of the dentist is essential, and must be based on empathy and communication, seeking to create bonds necessary for the development of an effective and individualized treatment plan.

Keywords: Dentistry, Palliative care, Palliation.

INTRODUÇÃO

Por se tratar de uma doença multifatorial, a abordagem multidisciplinar desde o seu diagnóstico vem se tornando imprescindível na luta contra o câncer. O cirurgião-dentista deve integrar-se à equipe responsável pelo tratamento, compartilhando os seus conhecimentos com outros profissionais de saúde (1), contribuindo para a visão holística que deve ser oferecida ao paciente, a fim de proporcionar o seu bem-estar e dignidade, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e o uso de medicamentos, além da melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente na sua condição sistêmica (2). Atuando desde a prevenção, ao realizar a adequação do meio bucal através da limpeza e eliminação dos focos de infecção, o papel do cirurgião-dentista se continua no suporte às manifestações bucais que podem acometer o paciente oncológico em tratamento antineoplásico, como a mucosite, xerostomia e a candidíase e ainda, poderá promover a reabilitação da capacidade de fala, mastigação e deglutição por meio da confecção de próteses obturadoras faciais. O câncer, muitas vezes, poderá evoluir para um estágio com baixas possibilidades de cura. Dentro desse mesmo contexto de trabalho em equipe, a atuação do cirurgião-dentista se torna fundamental nos cuidados paliativos que poderão ser oferecidos a esses pacientes.

Em Odontologia, o Cuidado Paliativo pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade oral pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente. No caso de pacientes com câncer, os sintomas podem ser

específicos para o processo da doença, dos efeitos da medicação ou de parte da deterioração geral do indivíduo com a proximidade da morte (3).

No entanto, a presença da odontologia dentro dos cuidados paliativos é raramente citada e conhecida. Apesar das importantes manifestações bucais desenvolvidas, poucos trabalhos científicos abordam a essencial presença do cirurgião-dentista no suporte aos pacientes com câncer em estado terminal. A revisão de literatura desenvolvida aborda a assistência que o odontólogo poderá desenvolver junto à equipe multidisciplinar objetivando a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo descritivo é uma revisão de literatura, com a exploração baseada em pesquisas bibliográficas e a utilização de artigos científicos referentes ao tema. Foi utilizada para a busca de resultados a consulta aos seguintes portais da internet para acesso às bases de dados on-line: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Bireme-<http://www.bireme.br>); Scielo (<http://www.scielo.br>); Capes (<http://periodicos.capes.gov.br/>); PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed); e ScienceDirect (www.sciencedirect.com). Os descritores utilizados foram: dentistry and palliative care. Como primeiro critério de exclusão aplicou-se o filtro referente ao ano de publicação dos artigos, sendo selecionados aqueles que se encontraram dentro do período de Janeiro de 1990 à Março de 2016. O segundo critério de exclusão utilizado se deu pela análise do conteúdo existente em título / resumo / assuntos , visando associar o termo Oncologia / Neoplasia / Pacientes oncológicos, aos descritores iniciais.

Do total de artigos encontrados, foram incluídos os que apresentavam o texto completo disponível para consulta, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e excluídos os que apareceram em duplicata. Por fim, a autora conduziu a leitura integral de todos os artigos selecionados e definiu o conjunto final. Dessa forma, do total inicial de 412 artigos, após a aplicação dos critérios de exclusão acima descritos, a busca totalizou 14 artigos utilizados para a revisão de literatura.

RESULTADOS

A importância do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de atenção ao paciente oncológico em cuidados paliativos

A odontologia em cuidados paliativos foi definida como o estudo e o tratamento de doentes com doença ativa, progressiva e muito avançada, na medida em que a cavidade oral é comprometida quer pela doença diretamente ou pelo seu tratamento; o foco da atenção é a qualidade de vida (4,5,6). Uma visão holística é fundamental para atender satisfatoriamente as diversas necessidades dos pacientes em fase terminal, permitindo-lhes uma morte digna (7).

A incidência de complicações orais em pacientes com câncer em estado terminal é marcadamente elevada, devido à piora das condições sistêmicas e a ocorrência de reações adversas a medicamentos na cavidade oral (7,8). A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, como modalidades de tratamento oferecidas para o câncer, afetam desfavoravelmente a saúde bucal. A cavidade bucal pode ser considerada um espelho da saúde geral de um indivíduo (6).

Em um estudo para avaliar a gestão de problemas dentários em 798 pacientes encaminhados de diferentes departamentos de oncologia, 50 (6,2%) desses vieram da oncologia médica e do departamento de cuidados paliativos. Concluiu-se que esse percentual corrobora com a importância dos cuidados dentais na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer, seja qual for a fase da doença (9).

Quando uma pessoa apresenta-se com um diagnóstico de câncer, é improvável que ela considere as implicações bucais como uma elevada prioridade. Os cirurgiões-dentistas que atuam dentro dos cuidados paliativos devem exibir empatia e compaixão e devem ser excelentes comunicadores (6).

Comunicação e tratamento prévio

A comunicação envolve a habilidade de escuta, empatia e abertura ao diálogo. Ela se inicia pela linguagem corporal, continuando-se com a expressão facial, postura e posição das mãos. Após se apresentar, o profissional deve perguntar se pode sentar-se ao lado do paciente, seja na parte lateral da cama, ou numa cadeira, reforçando a presença do indivíduo para além da sua cavidade bucal. O paciente deve ser estimulado a discutir a presença ou ausência de dor e medo. Só depois de uma boa comunicação ter sido estabelecida é que se procede a avaliação oral (10).

As opções de tratamento deverão ser minuciosamente explicadas e todas as dúvidas esclarecidas. É importante que o paciente esteja consciente do tratamento que será desenvolvido, isso irá ajudá-lo a lidar com as complicações que poderão surgir (4).

O período entre o diagnóstico e o início do tratamento é geralmente curto. Idealmente, uma abrangente avaliação oral deverá ser desenvolvida um mês antes do início do tratamento. Durante a anamnese, o histórico médico e dental deverão ser colhidos. O exame intrabucal deverá ser sistematizado e bem detalhado. As condições dos dentes e tecidos moles, língua, palato e orofaringe deverão ser avaliados (4).

Examina-se as glândulas salivares maiores e a produção, cor e consistência da saliva. Sondagem periodontal minuciosa deverá ser feita, para avaliar o estado dos dentes presentes, sendo que, os que estiverem em associação direta com o tumor, na direção do feixe de radiação ou com mau prognóstico (cáries profundas, bolsas periodontais, dentes não vitais) deverão ser extraídos o mais cedo possível, de forma a permitir um mínimo de 3 semanas para recuperação antes do início do tratamento. Raspagem e profilaxia, assim como o debridamento de placa e cálculos vão reduzir o risco de infecções orais após a terapia. O uso de preparações de fluoreto de sódio tem de ser enfatizado. Dentes cariados devem ser restaurados e restos radiculares removidos. Muita ênfase deverá ser dada a manutenção da higiene oral (4). A prioridade do dentista deverá ser o alívio da dor e a prevenção de infecções (11).

Tratamento de controle das complicações orais

Mucosite

Trata-se de uma condição extremamente dolorosa e debilitante, causada pela toxicidade da radio e quimioterapia sobre os tecidos com alta taxa mitótica, como a mucosa oral (16). Geralmente ela irá se manifestar no prazo de 5-7 dias de início do tratamento. A dor poderá ser reduzida através da

utilização de anestésicos de forma tópica. A limpeza da cavidade oral deverá ser severamente enfatizada como forma de prevenção ao agravamento da condição (17). Dieta pastosa e líquida é aconselhada, assim como a redução da ingestão de alimentos quentes e picantes. Hábitos nocivos como o fumo e o álcool são desestimulados. Os pacientes são encorajados a saborearem cubos de gelo. Os "bochechos mágicos", uma combinação de anti-histamínicos, antifúngicos, anestésicos tópicos e até mesmo antibióticos poderão ser prescritos (4,5).

A escala de gravidade da Mucosite fornecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), confere pontuação 0 quando nenhuma anormalidade for identificada; a presença de eritema sem a necessidade de tratamento caracteriza a pontuação 1; a pontuação 2 indica a presença de sintomas dolorosos sem a necessidade de analgésicos com dificuldades de alimentação; pontuação 3 indica ulceração dolorosa exigindo a utilização de analgésicos, e, por fim, a pontuação 4 indica necrose com necessidade de alimentação parenteral (16).

A utilização do laser de baixa intensidade na cavidade oral é capaz de prevenir a ocorrência da mucosite grau 3. A terapia com laser é conhecida por apresentar um efeito bioestimulador, modulando uma variedade de eventos metabólicos, promovendo efeito analgésico, antiinflamatório e reparador tecidual, acelerando o processo de cicatrização (16).

Xerostomia

Pacientes submetidos à radioterapia sofrem a destruição das glândulas salivares dentro da zona de tratamento. Com a diminuição da lubrificação da

cavidade oral, os tecidos se tornam mais sensíveis ao trauma, ulcerados e propícios a invasão por patógenos. Além disso, um dos mais notáveis efeitos colaterais de medicamentos utilizados para o controle de náuseas e vômitos é a xerostomia. Abundante ingestão de líquidos e o uso de pastilhas sem açúcar podem ajudar na estimulação da glândula residual. Substitutos da saliva ou salivas artificiais também podem ser utilizados para a lubrificação da boca (4,5).

Candidíase

A candidíase é a infecção fúngica mais comum em pacientes que receberam radioterapia ou quimioterapia. A sua incidência nos pacientes sob cuidados paliativos foi estimada em 70% a 85%, e é principalmente um resultado da xerostomia. O paciente deve ser severamente instruído acerca da higienização oral. O tratamento da candidíase pode ser feito de forma tópica ou sistêmica. Um dos mais comuns agentes tópicos utilizado é o clotrimazol. A nistatina também poderá ser utilizada de forma tópica como suspensão oral. O congelamento da nistatina junto a sucos de frutas sem açúcar, produzindo picolés ou pedaços de gelo, poderá, além do efeito terapêutico da medicação, fornecer hidratação para a mucosa bucal do paciente. Os antifúngicos sistêmicos como o cetoconazol e o fluconazol podem ser utilizados para os casos mais graves em que a terapia tópica não foi suficiente (4,5).

Osteorradição

A osteorradição é outra bem conhecida complicação pós radiação. O tecido ósseo afetado se torna hipovascular e hipóxico, incapaz de se reparar ou remodelar. A mandíbula é a mais comumente afetada. O risco para o

desenvolvimento da osteorradionecrose é considerado vitalício. Traumas na região devem ser severamente prevenidos (4). O seu tratamento se constitui um desafio. Atualmente, uma nova biotecnologia vem apresentando bons resultados. Um concentrado de fibrina rico em plaquetas e leucócitos é aplicado na área comprometida, acelerando a angiogênese e a multiplicação de fibroblastos e osteoclastos (12).

Controle da dor

Redução do desconforto ou da severidade da dor será a maior ajuda que poderá ser oferecida a um paciente terminal. Um passo fundamental na gestão da dor é a realização de uma boa anamnese. Ouça o paciente sobre a “causa” da dor. Ela pode estar relacionada com a doença, mas, por vezes, associa-se com os aspectos psicológicos do câncer. A causa real poderá ser descoberta apenas com uma boa conversa com o paciente (4). A avaliação deve ser individualizada para cada paciente. O problema poderá exigir uma conduta mais radical (drenagem cirúrgica, cirurgia periodontal, extrações), ou um tratamento meramente paliativo (controle da dor de forma tópica ou sistêmica) (7).

Reabilitação

Muitos pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico de malignidades maxilo-faciais avançadas, podem apresentar, além do trauma psicológico e isolamento social, um profundo comprometimento estético, dificuldades em falar, engolir e respirar. O cirurgião dentista atua na reabilitação desses pacientes, ajudando-o a recuperar a qualidade de vida. A proposta de reabilitação vai depender da localização do defeito e do cenário

prognóstico do paciente. Aparelhos protéticos obturadores podem ser confeccionados para restaurar os defeitos cirúrgicos da cavidade oral, ou reproduzir estruturas perdidas como olho ou nariz (4, 13, 14).

DISCUSSÃO

A presença de um cirurgião-dentista dentro da equipe multidisciplinar de suporte ao paciente oncológico em cuidados paliativos é fundamental, devido a uma série de necessidades orais que esses pacientes apresentam. O principal objetivo a ser atingido é a qualidade de vida. No entanto, há falta de conhecimento do próprio profissional, uma vez que não existiu preparo prévio durante a graduação que fornecesse os conhecimentos necessários acerca das abordagens direcionadas aos pacientes e familiares que enfrentam o câncer em estado terminal.

A avaliação das necessidades holísticas do paciente é uma das principais recomendações na melhoria dos cuidados paliativos. Após o diagnóstico, o doente e sua família podem apresentar um série de questionamentos; o suporte adequado que será fornecido pela equipe multidisciplinar dependerá da capacidade de se identificar e atender essas necessidades e preocupações (15).

A adequação do meio bucal antes do início das terapias antineoplásicas, se torna essencial para o controle das infecções. Instruções de higiene oral deverão ser feitas e devidamente acompanhadas. Mucosite, xerostomia, candidíase e osteorradionecrose são as complicações orais que mais acometem esses pacientes. A mucosite é extremamente dolorosa e debilitante. Para todas as complicações orais, o cirurgião-dentista deverá desenvolver um

plano de tratamento específico, mas sempre com o foco voltado para o controle da dor e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os pacientes oncológicos que encontram-se sob cuidados paliativos, necessitam do suporte de um cirurgião-dentista. Atuando junto à equipe multidisciplinar a atenção odontológica deve voltar-se para a promoção da qualidade de vida. Instituições de ensino superior devem se empenhar em promover os conhecimentos necessários para a formação desses profissionais. Empatia e comunicação são essenciais, promovendo o vínculo necessário ente cirurgião-dentista, paciente, família e equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Aranega AM; Bassi APF; Ponzoni D.; Wayama MT; Esteves JC; Junior IRG. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev bras. odontol. 2012 Jun,69(1): 90-93.
2. Euzébio LF; Viana KA; Cortines AAO; Costa LR. Atuação do Residente Cirurgião-Dentista em Equipe Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde Materno-Infantil. Rev. Odontol Bras Central 2013; 22(60): 16-20.
3. Portal Educação [homepage na internet]. Cuidados paliativos em pacientes com câncer - o papel da Odontologia [acesso em 10 abr 2016]. Disponível em:

<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/58698/cuidadospaliativos-em-pacientes-com-cancer-o-papel-da-odontologia#ixzz45oLkyvVW>

4. Mol RP. The role of dentist in palliative care team. Indian J Palliat Care 2010 Mai; 16(2): 74-8.

5. Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. J Can Dent Assoc 2006 Jun; 72(5): 453-8.

6. Thanvi J;Bumb D. Impact of dental considerations on the quality of life of oral cancer patients. Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology 2014 Mar; 35(1): 66-70.

7. Rivera-Flores LG; Teja-Ángeles E; Durán-Gutiérrez LA. Manejo paliativo de manifestaciones estomatológicas en un paciente pediátrico con leucemia en etapa terminal. Reporte de caso clínico. Acta Pediátrica de México, 2015 Abr; 36(2): 97-104.

8. Ohno T; Morita T; Tamura F; Hirano H; Watanabe Y; Kikutani T. The need and availability of dental services for terminally ill cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer 2016 Jan; 24(1): 19-22.

9. Das K; Krishnatreya M; Kataki AM. Pattern of referral and management of oro-dental problems in patients with cancer: a retrospective study. *International Journal of Research in Medical Sciences* 2014 Nov; 2(4): 1545-1547.
10. Wiseman MA. Palliative care dentistry. *Gerodontology* 2000 Jul; 17(1): 49-51.
11. Chen X; Chen H; Douglas C; Preisser JS; Shuman SK. Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. *J Am Dent Assoc* 2013 Nov; 144(11): 1234-42.
12. Soydan SS; Uckan S. Management of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw With a Platelet-Rich Fibrin Membrane: Technical Report. *J Oral Maxillofac Surg* 2013 Jul;1-5.
13. Haralur, S; Shah F. Maxillofacial prosthesis in a palliative care for terminally ill patient with squamous cell carcinoma. *BMJ Case Reports* 2013.
14. Haralur, S; Shah F. Prosthetic rehabilitation of a patient with adenoid cystic carcinoma with continuous orbital-maxillary defect. *BMJ Case Reports* 2013.
15. Ghazali N; Kanatas A; Langley DJ; Scott B; Lowe D; Rogers SN. Treatment referral before and after the introduction of the Liverpool Patients Concerns

Inventory (PCI) into routine head and neck oncology outpatient clinics. Support Care Cancer 2011 Nov; 19(11): 1879–1886.

16. Figueiredo ALP; Lins L; Cattony AC; Falcão AFP. Laser therapy in oral mucositis control: a meta-analysis. Rev Assoc Med Bras 2013; 59(5): 467-474.

17. Saito H; Watanabe Y; Sato K; Ikawa H; Yoshida Y; Katakura A; Takayama S; Sato M; Effects of professional oral health care on reducing the risk of chemotherapy-induced oral mucositis. Support Care Cancer 2014 Mai; 22: 2935–2940.

5. CONCLUSÕES

Os pacientes oncológicos que encontram-se sob cuidados paliativos, necessitam do suporte de um cirurgião-dentista. Atuando junto à equipe multidisciplinar a atenção odontológica deve voltar-se para a promoção da qualidade de vida. Instituições de ensino superior devem se empenhar em promover os conhecimentos necessários para a formação desses profissionais. Empatia e comunicação são essenciais, promovendo o vínculo necessário ente cirurgião-dentista, paciente, família e equipe multiprofissional.

6. PERSPECTIVAS

Hoje em dia, muito se ouve falar a respeito de cuidados paliativos. Como podemos concluir, a presença de um cirurgião-dentista na equipe de suporte a esses pacientes é fundamental, e se torna cada vez mais reconhecida pela população e pelos próprios profissionais de saúde. No entanto, esses profissionais enfrentam um grande desafio na definição de um tratamento preciso. Cuidados paliativos eficazes residem na caracterização precisa dos sintomas, o que exige uma análise extremamente cuidadosa dos estudos sobre qualidade de vida disponíveis. (THANVI e BUMB, 2014). Assim, pesquisas que analisem as reais necessidades com foco em qualidade de vida dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos são extremamente necessárias para embasar as decisões não só do cirurgião-dentista como também da equipe multidisciplinar.

O ensino odontológico deve reforçar a gestão da saúde bucal em pacientes terminais. As orientações e ferramentas para estimar prognósticos, bem como padrões individuais de terminalidade, devem ser introduzidos aos estudantes de odontologia. Portanto, mais estudos são necessários para compreender as questões potenciais no atendimento odontológico de fim de vida (CHEN et al., 2013).

A comunicação é um aspecto crucial para adesão ao tratamento. No entanto, muito profissionais da saúde não sabem nem por onde começar a conversar com pacientes terminais. As Instituições de ensino superior devem suprir essas lacunas de conhecimento, e, estudos devem ser desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

ARANEGA, A. M. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? **Rev bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n.1, p. 90-93, Jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014 : Incidência de câncer no Brasil. 2014.

CHEN, X. et al. Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. **Journal of the American Dental Association**, v. 144, n. 11, p. 1234-1242, Nov 2013.

DAS, Kaberi; KRISHNATREYA, Manigreeva; KATAKI, Amal Chandra. Pattern of referral and management of oro-dental problems in patients with cancer: a retrospective study. **International Journal of Research in Medical Sciences**, v. 2, n. 4, p. 1545-1547, Nov 2014.

EUZÉBIO, L. F. et al. Atuação do Residente Cirurgião-Dentista em Equipe Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde Materno-Infantil. **Rev. Odontol Bras Central**, Goiás, v. 22, n. 60, p. 16-20, 2013.

FIGUEIREDO, A. L. P. et al. Laser therapy in oral mucositis control: a meta-analysis. **Rev Assoc Med Bras**, v. 59, n. 5, p. 467-474, 2013.

GHAZALI, N. et al. Treatment referral before and after the introduction of the Liverpool Patients Concerns Inventory (PCI) into routine head and neck oncology outpatient clinics. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 1879-1886, Jul 2011.

HARALUR, Satheesh; SHAH, Farhan. Maxillofacial prosthesis in a palliative care for terminally ill patient with squamous cell carcinoma. **BMJ Case Reports**, 2013.

HARALUR, Satheesh; SHAH, Farhan. Prosthetic rehabilitation of a patient with adenoid cystic carcinoma with continuous orbital-maxillary defect. **BMJ Case Reports**, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). O que é o câncer? Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: 01 set. 2015.

MOL, Rani P. The Role of Dentist in Palliative Care Team. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 16, n. 2, p. 74-78, Ago 2010.

OHNO, T. et al. The need and availability of dental services for terminally ill cancer patients: a nationwide survey in Japan. **Support Care Cancer**, v. 24, n. 1, p. 19-22, Jan 2016.

PORTAL EDUCAÇÃO - Cuidados paliativos em pacientes com câncer - o papel da Odontologia. Disponível em:
<<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/58698/cuidados-paliativos-em-pacientes-com-cancer-o-papel-da-odontologia#ixzz45oLkyvVW>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

RIVERA-FLORES, Lorena Guadalupe; TEJA-ÁNGELES, Eduardo; DURÁN-GUTIÉRREZ, Luís Américo. Manejo paliativo de manifestaciones estomatológicas en un paciente pediátrico con leucemia en etapa terminal. Reporte de caso clínico. **Acta Pediátrica de México**, México, v. 36, n. 2, p. 97-104, Abr 2015.

SAITO, H. et al. Effects of professional oral health care on reducing the risk of chemotherapy-induced oral mucositis. **Support Care Cancer** v. 22, n.1, p. 2935-2940, Maio 2014.

SOYDAN, Sidika Sinem; UCKAN, Sina. Management of Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw With a Platelet-Rich Fibrin Membrane: Technical Report. **J Oral Maxillofac Surg**, p. 1-5, Jul 2013.

THANVI, Jaishree; BUMB, Dipika. Impact of dental considerations on the quality of life of oral cancer patients. **Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology**, v. 35, n. 1, p. 66-70, Mar 2014.

WISEMAN, Michael. Palliative care dentistry. **Gerodontology**, v. 17, n.1, p. 49-51, Jul 2000.

WISEMAN, Michael. The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 72, n. 5, p. 453-458, Jun 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd.ed. Geneva: WHO, 2002.

ANEXO 1**REVISTA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA****Instruções aos autores: Escopo e política****Instruções aos autores****Escopo e política**

Os trabalhos quando enviados por correio devem ser apresentados impressos em folhas de papel tamanho A4 (lauda), fonte Arial tamanho 11, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo inferior direito e ter até o máximo de 11 (onze) laudas, com 25 (vinte e cinco) linhas cada. A página de identificação não constará do total de 11 laudas e deverá conter o título (português/inglês), resumo/abstract (máximo de 120 palavras), palavras-chave/keywords, nome dos autores (com titulação máxima, disciplina e instituição a que cada autor está afiliado, cidade, estado e país). Se o autor não pertencer a nenhuma instituição de ensino, deverá colocar sua formação (por exemplo: cirurgião-dentista ou clínico privado).

Tabelas (ou gráficos) e quadros: Deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho. Os dados originais deverão ser apresentados sintetizados, enviando somente a média dos resultados e não os valores das amostras individualmente. As tabelas de análise de variância devem ser evitadas. Sempre que possível, valores quantitativos deverão ser apresentados na forma de gráficos, que devem ser mandados em Excell em arquivo separado. O autor deverá optar por tabela ou gráfico e não será permitida utilização das duas modalidades mencionadas. As tabelas ou gráficos e quadros farão parte da contagem total de 11 páginas pedidas para cada artigo.

Figuras (desenhos, fotografias e gráficos): Deverão se limitar a 4 (quatro) por trabalho e numeradas em algarismos arábicos. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas como fotografias e com cópia, tendo dimensões de 12 x 9 cm ou 9 x 9 cm (quando quadradas), em papel brilhante e de preferência em cores, sendo assinalado, em seu verso, a lápis, o número da figura e o lado superior da mesma, bem como o título do trabalho resumido para posterior identificação. Não devem estar coladas nas folhas de legendas. Poderão ser enviadas, preferencialmente, em formato de imagem JPEG ou TIFF com 300 dpi de

resolução.

Os desenhos e gráficos devem ser entregues em CD ou DVD, em arquivo separado no programa Excell, com cópia impressa. Os gráficos também poderão ser entregues em Excell em arquivo separado. As figuras e suas legendas deverão constar em folhas separadas e não numeradas (não fazendo parte da contagem total de 11 laudas).

Todas as pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

Os originais e as figuras não serão devolvidos aos autores.

Os originais com avaliação "desfavorável" serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação "sujeito a modificações" serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo máximo de até 60 dias, e, posteriormente, reavaliados. Os artigos aprovados pela RBO terão um prazo de até 12 meses para publicação.

Só serão aceitos trabalhos com até 6 seis autores.

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todas os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1. A contribuição é original, inédita, e não está sendo avaliada para publicação em outra revista.
2. Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word ou formato compatível.
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) devem estar ativos e prontos para clicar.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
5. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, conforme instruções disponíveis em assegurando a Avaliação por Pares Cega.

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem à política editorial e às "Instruções aos autores", serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*,

procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra.

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de proceder ajustes de gramática necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas; o trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

ANEXO 2

REVISTA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA

Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

1. PADRÃO DE APRESENTAÇÃO

1.1 O artigo deverá estar redigido em português e encaminhado em formato DOC ou DOCX, com fonte Arial tamanho 12, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito. A nova política da revista, com o objetivo de aumentar a visibilidade dos artigos, está incentivando o envio do artigo também em Inglês. Em caso de envio de artigos na língua inglesa, os autores cuja língua nativa não seja o Inglês, devem ter seus manuscritos revisados, sendo obrigatório envio do certificado de revisão por empresa profissional de revisão da língua inglesa.

Os artigos originais de pesquisa e de revisão de literatura devem estar divididos em: folha de rosto, resumo com palavras-chave, abstract com keywords, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos (se houver), referências, tabelas (se houver), legenda das figuras (se houver).

As abreviações devem aparecer entre parênteses, ao lado da sua descrição por extenso, na primeira vez em que são mencionadas.

Não serão aceitos artigos encaminhados por correio. O autor deverá submeter seu artigo através da plataforma, se cadastrando como autor.

1.2 Folha de rosto

A folha de rosto deverá conter o título (português/inglês), título resumido (short title) com no máximo 50 caracteres, nome completo dos autores com afiliação institucional/profissional (incluindo departamento, faculdade, universidade ou outra instituição, cidade, estado e país), especialidade ou área de pesquisa e declaração de conflito de interesse. Deverá constar o nome e endereço completo do autor correspondente, informando e-mail e telefone de contato. A indicação da afiliação dos autores deve ser em numerais arábicos sobescrito, por exemplo:

Bruna Lavinias Sayed Picciani¹
Geraldo Oliveira Silva-Júnior²

1 Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

2 Departamento de Diagnóstico e Terapêutica, Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Para facilitar o processo de revisão, a folha de rosto deve ser enviada como um arquivo separado do artigo. No manuscrito, a primeira folha deve conter apenas a especialidade do artigo, o título do estudo e o título resumido (short title) com no máximo 50 caracteres.

É obrigatório que todos os autores coloquem seus respectivos e-mails, pois se não o fizerem não serão devidamente cadastrados, o que ocasionará problemas no sistema.

1.3 Resumo

Não deve exceder 250 palavras, sendo apresentado de forma clara e concisa, em um parágrafo único, contendo: objetivo, material e métodos, resultados e conclusão. Abaixo do resumo deve conter de três a cinco palavras-chave em letras minúsculas, separadas por vírgulas, cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A consulta deve ser feita nos seguintes endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/>, com termos em português ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos apenas em inglês.

A folha seguinte deve conter o abstract e keywords, seguindo as mesmas orientações do resumo.

1.4 Texto

Introdução

Deve apresentar uma breve exposição do assunto, contendo o objetivo do estudo ao final desta seção.

Material e Métodos

A metodologia deve ser apresentada de forma detalhada, possibilitando a reprodução por outros pesquisadores e embasando os resultados. Devem ser inseridos os testes estatísticos, que foram utilizados, e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Apresentar os resultados em sequenciamento, utilizando tabelas e figuras para destacar os dados e facilitar o entendimento do leitor; entretanto, não devem ocorrer repetições de conteúdo. Os resultados estatísticos devem estar presentes nesta seção.

Discussão

Este capítulo deve sintetizar os achados sem repetir exhaustivamente os resultados, buscando a comparação com outros estudos. Além disso, deve conter as limitações da pesquisa, as observações do pesquisador e as perspectivas futuras.

Conclusão

A conclusão deve ser separada da discussão, de forma corrida, sem divisão em tópicos, respondendo o objetivo proposto.

Agradecimentos

Esta seção é opcional, entretanto, deve ser mencionado sempre que houver apoio financeiro de agências de fomento.

Referências

As referências devem ser apresentadas no estilo Vancouver, sendo numeradas consecutivamente, na mesma ordem que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos e sobrescrito. Quando a citação for referente ao parágrafo todo, deve vir depois do ponto final. Quando for referente a um determinado autor, deve vir após o sobrenome. E em casos de citações específicas, como, por exemplo: frases ou palavras, deve vir após este trecho. A lista de referências deve ser digitada no final do manuscrito, em sequência numérica. Em artigos de revisão da literatura, serão aceitas no máximo de 50 referências.

Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pelo List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext_noprov.html

No caso de citações, em artigos com dois autores deve-se citar os dois nomes sempre que o artigo for referido. Para artigos com três ou mais autores, citar apenas o primeiro autor, seguido de et al.

A citação de anais de congressos e livros deve ser evitada, a menos que seja absolutamente necessário. Caso o artigo esteja na língua portuguesa, citar de preferência o título em inglês.

Abaixo seguem alguns exemplos de como organizar as referências bibliográficas.

1. Artigo de um autor até seis autores

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores.

Oliveira GMR, Pereira HSC, Silva-Junior GO, Picciani BLS, Dias EP, Cantisano MH. Use of occlusive corticosteroid for the treatment of desquamative gingivitis: an effective option. *Rev Bras Odontol.* 2013;70(1):89-92.

2. Artigo com mais de seis autores

Quando o documento possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos de et al.

Picciani BLS, Humelino MG, Santos BM, Costa GO, Santos VCB, Silva-Júnior GO, et al. Nitrous oxide/oxygen inhalation sedation: an effective option for odontophobic patients. *Rev Bras Odontol.* 2014;71(1):72-5.

3. Organizações como autores

The Cardiac Society of Australian and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996;164:282-4.

4. Artigo de volume suplemento

Bachelez H. What's New in Dermatological Therapy? *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142, Suppl 12:S49-54.

5. Artigo não publicado (In press)

Cooper S. Sarilumab for the treatment of rheumatoid arthritis. Immunotherapy. In press 2016.

6. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany(NY): Delmar Publisher; 1996.

7. Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

8. Dissertação ou Tese

Picciani BLS. Investigação oral em pacientes portadores de psoríase e/ou língua geográfica: estudo clínico, citopatológico, histopatológico e imunogenético [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Programa de Pós graduação em Patologia, 2014.

9. Base de dados na internet

EARSS: the European Antimicrobial Resistance Surveillance System [Internet]. Bilthoven (Netherlands): RIVM. 2001 - 2005 [citado em 2007 Feb 1]. Disponível em: <http://www.rivm.nl/earss/>.

Tabelas

Deverão ser numeradas de acordo com a sequência de aparecimento no texto em algarismos arábicos, apresentando a possibilidade de ser compreendida independente do texto. O título deve ser inserido na parte superior e a legenda na parte inferior. Devem ser enviadas no final do texto.

Figuras e Gráficos

Deverão ser enviados em um arquivo a parte JPEG ou TIFF com 300 dpi de resolução e numerados em algarismos arábicos. Figuras com mais de uma imagem devem ser identificadas com letras maiúsculas. Para melhor entendimento do leitor, sugerimos demarcar a área de interesse da figura. As legendas devem estar em uma página separada, após as referências, ou quando houver, após as tabelas.

Não serão aceitas figuras de baixa resolução ou nitidez.

Comunicações breves

Devem ser limitados a 15.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos). É permitido um máximo de duas figuras e dez referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras. Nesta seção, podem ser incluídos os relatos de casos, que só serão aceitos se forem relevantes, raros e apresentarem contribuição para o enriquecimento da literatura científica.

Cartas ao editor

Cartas devem apresentar evidências que apoiem a opinião relatada em artigo científico ou editorial da revista. Apresenta limite de 700 palavras, sem a permissão de figuras ou tabelas.

1.5 Todas as pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

1.6 Os originais com avaliação "desfavorável" serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação

“sujeito a modificações” serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo indicado pelo editor, e, posteriormente, reavaliados. Os artigos aprovados pela RBO terão um prazo de até 12 meses para publicação.

Declaração de Direito Autoral

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, disponível abaixo e de preenchimento obrigatório.