

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**SILVÂNIA SUELY CARIBÉ DE ARAÚJO ANDRADE**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE  
BUCAL E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA  
E PESCOÇO**

Porto Alegre

2005

**SILVÂNIA SUELY CARIBÉ DE ARAÚJO ANDRADE**

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DA  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE  
CABEÇA E PESCOÇO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Dalva Maria Pereira  
Padilha**

**CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Julio Baldisserotto**

Porto Alegre

2005

SILVÂNIA SUELY CARIBÉ DE ARAÚJO ANDRADE

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DA  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE  
CABEÇA E PESCOÇO**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Odontologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Profa. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha, UFRGS  
Doutor pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do  
Sul – Porto Alegre, Brasil

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Liliane Soares Yurgel  
Profa. Dra. Maria Cristina Munerato  
Profa. Dra. Anna Cecília Moraes Chaves

Coordenador do PPGEE: Prof. Dr. Manoel Sant'Ana Filho

Porto Alegre, 13, setembro de 2005.

A663a

Andrade, Silvânia Suely Caribé de Araújo

Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço / Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade; orientação de Dalva Maria Pereira Padilha; co-orientação de Julio Baldisserotto. – Porto Alegre, 2005.

148 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Saúde Bucal 2. Câncer – Cabeça e Pescoço 3. Qualidade de vida. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título

CDU 616.314-084

Catálogo: Bibliotecária Júlia Angst Coelho CRB 05/05

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus, fonte de toda a sabedoria, a meu esposo e à nossa família, aos irmãos em Cristo e amigos, a todos os pacientes e aos verdadeiros profissionais de saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela inspiração, pelo conforto nos momentos difíceis e por ser a razão da minha existência, sem Ele com certeza nada do que foi feito seria...

A meu esposo que é uma dádiva de Deus para mim, que suportou momentos difíceis e que não me deixou desistir...

Aos meus pais pelo apoio e amor constante: Amo vocês!

A minhas irmãs Aline, Karla e Liliane, meu irmão Maurício e Inga (uma mãe para mim) que são faróis de amor em minha vida...

A meus avós, tios e primos: eu realmente me sinto abençoada e com certeza as orações de vocês foram essenciais neste período...

À Neide Maria: Suas palavras ecoam sempre em meu coração...

A Pr. Isaías, Pr. Gerdival, Tia Laís e às Igrejas Batistas de Brotas e Memorial em Salvador: Muito obrigada pelo suporte espiritual, pelo amor, orações e bondade...

A meus amigos que são mais chegados que irmãos: Catita, Daniele, Aninha, Qircia, Fábio Jorge, Samara, Dernival, Vítor, Fabiana, Pimpão, Edmíria, Dedeu, Bete, Pluplu, Gabriel, Sílvia.

Aos professores da Universidade Estadual de Feira de Santana (Ba), especialmente os professores Marcelo Rios, Galvão, Bené, Rasquin e Nilton César pelos desafios e exemplos...

Aos professores da Universidade Federal da Bahia: Maria Isabel e Lana pela confiança...

Aos colegas de Graduação que apesar do tempo e distância nos possibilitam amizade e confiança, principalmente Lucínia, Jenila, Maria do Carmo, André Luciano, Alile e Ana Conceição.

Aos eternos amigos de Enfermagem...

Aos amados vizinhos do bairro Feira VI pela amizade.

Ao Pr. Niander e a Igreja Batista Central em Porto Alegre por serem a minha família aqui...

Ao Clube Bíblico Jovem pela oportunidade de sentir e exercitar o Amor de Cristo de uma forma intensa e maravilhosa...

Aos meus amigos que conheci aqui em Porto Alegre e que são muito importantes para mim: Fink, Daniel, Família Schwarz, Lyndell, Neemias e Fabi, Tatiane, Onilda, Décio e filhas, Antônio e família, Lúcio, Tia Marluz, Joice e Pri, Tiago, Ricardo, Dy, Angela, Morgana, Rodrigo, Elmo, Leandro, Rute, Elias e família, Graciela e Germano, Beth e Dr. Horst, Valnita e Carrie, Ângela, Morgana, Rodrigo...

À Natália pela confiança e por nos conceder um lar...

Ao Dr. Raul Pruinelli que nos recebeu gentilmente e nos ajudou na pesquisa.

Ao GEP e a COREME, órgãos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, especialmente aos funcionários Lélío, Ilse, João Paulo, Lucas e Angélica pela ajuda constante, compreensão e amizade.

Aos professores do DOPS (Faculdade de Odontologia da UFRGS) pela simpatia, confiança e amizade, especialmente aos professores Aluí, Eloá, Lina e Clarissa.

Às professoras da Área de Saúde Bucal Coletiva do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS pelos conhecimentos transmitidos, pelo apoio, carinho e incentivo.

Aos colegas deste curso que ao longo destes dois anos foram e são mais que colegas...  
Muito obrigada Andréia, Claudete, Emidio, Hernández, Joice e Marco!

À Danielle e Letícia, minhas companheiras de muitas horas... Vocês são grandes amigas!!!

À professora Dalva Maria Pereira Padilha, minha orientadora, pelo apoio e confiança recebidos.

Ao professor Julio Baldisserotto, meu co-orientador, por acreditar neste projeto e abrir portas.

Às bibliotecárias e estagiárias das Bibliotecas da UFRGS, especialmente aquelas da Faculdade de Odontologia. A diligência, gentileza e tranquilidade de vocês foram fundamentais!

Obrigada aos funcionários da portaria da Faculdade de Odontologia pelo sorriso sempre presente.

Obrigada a Lorena, Roberto e Rosane que sempre estiveram dispostos a ajudar...

Ao Núcleo de Estatística da UFRGS, principalmente a professora Luciana pela paciência e grande auxílio...

À Secretaria de Saúde de Porto Alegre, especificamente a Marisa Ochoa pelo empréstimo dos instrumentais utilizados nesta pesquisa.

A CAPES pelo sustento financeiro e intelectual (através do Portal de Periódicos CAPES).

Ao CNPQ que aprovou e financiou este projeto, possibilitando sua continuidade.

**Que Deus os abençoe!  
Muito obrigada!**



**“Posso todas as coisas Naquele que me fortalece.”**

Bíblia Sagrada, Filipenses 4.13

## RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) em pacientes com câncer de cabeça e pescoço é afetada por fatores relacionados à doença e seu tratamento. Este estudo teve por objetivo avaliar a QV em pacientes com câncer de localização na cabeça e no pescoço, relacionado-a as condições de saúde bucal. Foram examinados 30 pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço. Foram pesquisadas variáveis socioeconômicas, hábitos e aspectos associados ao tumor, além de variáveis relacionadas à saúde bucal — CPOD, Uso e Necessidades Protéticas, Xerostomia e Consulta ao Dentista nos últimos seis meses, Mucosite e Mutilação. O questionário utilizado para avaliação da QV foi o EORTC QLQ-C30, e o módulo específico para câncer de cabeça e pescoço H&N35. A QV, no primeiro momento do estudo, foi considerada mediana, o nível funcional moderado e baixa sintomatologia. Não houve correlação estatisticamente significativa entre os componentes perdido e cariado do CPOD com a QV. O grupo de pacientes que necessitava de próteses relatou Desempenho Funcional e Função Social menores do que aqueles que não necessitavam. A Fadiga, a Dor e a Insônia foram maiores para o primeiro grupo. O grupo de pacientes com xerostomia demonstrou menor QV, menor nível funcional e maior sintomatologia quando comparado com aqueles sem queixa de xerostomia. O grupo dos fumantes apresentou maior sintomatologia e pior nível funcional do que os não-fumantes. Não foram encontradas diferenças significativas de QV entre os indivíduos que ingeriam ou não chimarrão. A QV dos pacientes no acompanhamento foi semelhante à primeira parte do estudo, porém houve aumento dos sintomas e diminuição do nível funcional. O CPOD aumentou, e o uso de próteses decresceu, enquanto a necessidade das mesmas aumentou. Não foi possível verificar a associação entre a QV e a Mucosite, pois poucos pacientes foram afetados por esta condição. A Mutilação foi correlacionada negativamente com o Desempenho Funcional, Náusea e Vômito e Perda de Apetite. Apenas a avaliação clínica das variáveis de saúde bucal foi insuficiente para predizer a correlação entre a condição de saúde bucal e a QV, porém é essencial a atuação de uma equipe multidisciplinar de cuidado oncológico, na qual o cirurgião-dentista deve estar inserido de modo a minimizar os danos à saúde bucal desses pacientes, auxiliando na construção de uma melhor QV.

**Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde Bucal. Câncer de Cabeça e Pescoço.**

## **ABSTRACT**

Patients suffering from cancer of the head and neck have their quality of life (QoL) affected by factors related to the sickness itself and the treatment as well. The aim of the present study was to evaluate the QoL in patients suffering from head and neck cancer related to the oral health conditions. Thirty patients with cancer diagnosis of head and neck cancer were examined. Several social-economic factors and habits were analysed, including the aspects related to the tumour and the oral conditions – DMF-T, Uses and Needs of Prosthesis, Xerostomia and Appointments with the Dentist the previous six months, Mucositis and Mutilation. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was applied in order to evaluate the QoL, and the H&N35 questionnaire was specifically used for head and neck cancer. At first moment of study, the QoL was mean, a moderate functional level and low symptomatology were found. There was no significant statistic correlation between lost and decayed components of the DMF-T with QoL. The group of patients who needed prosthesis showed higher QoL, although the Role and Social Functioning resulted lower than the ones who did not need them. Fatigue, Pain and Insomnia were more intense in the first group. The group of patients with xerostomia showed lower QoL, lower level of functioning and lower symptomatology if compared with the ones with no complains. Smokers showed higher symptomatology and worse level of functioning than non-smokers. There were no significant QoL differences between patients who used to have mate or not. During the follow up, patients showed no QoL changes comparing to the first period of the study, however the symptoms increased and the level of functioning decreased. The DMF-T increased and the use of prosthesis decreased, although the need of it increased. It was not possible to verify the relationship between QoL and Mucositis, considering that only few patients were affected by this condition. Mutilation was negatively connected to the Role Functioning, Nausea and Vomit and Appetite Loss. Clinic evaluation of the oral health was not enough to establish its connections with the QoL. Nevertheless a dentist must be part of the multidisciplinary oncology staff in order to minimize the damage to the patient's oral health, in order to increase the QoL .

**Key words: Quality of Life. Oral Health. Head and Neck Cancer.**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
3.1	CONDIÇÕES BUCAIS QUE AFETAM O PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO.....	28
3.2	QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER.....	39
3.3	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER.....	44
3.4	<i>COPING</i> EM PACIENTES COM CÂNCER.....	46
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>51</b>
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	51
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
4.3	VARIÁVEIS PESQUISADAS.....	52
	<b>4.3.1 Variáveis Dependentes.....</b>	<b>52</b>
	<b>4.3.2 Variáveis Independentes.....</b>	<b>53</b>
4.4	TEMPO DE ACOMPANHAMENTO.....	54
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
4.6	CALIBRAÇÃO.....	56
4.7	PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO.....	57
	<b>4.7.1 Entrevista.....</b>	<b>57</b>
	<b>4.7.2 Exame Clínico Odontológico.....</b>	<b>58</b>
	<b>4.7.3 Acompanhamento.....</b>	<b>59</b>
	<b>4.7.4 Controle de Qualidade dos Dados.....</b>	<b>60</b>
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	60
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	61

<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
5.1	DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	63
5.2	PRIMEIRA PARTE DO ESTUDO.....	64
5.3	SEGUNDA PARTE DO ESTUDO.....	86
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>118</b>
	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>120</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>131</b>
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	132
	APÊNDICE 2 - SOLICITAÇÃO AO SERVIÇO DE ONCOLOGIA.....	133
	APÊNDICE 3 - FICHA CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS.....	134
	APÊNDICE 4 - DICIONÁRIO DE CÓDIGOS.....	137
	APÊNDICE 5 - TABELA DOS NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA, PARA CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	138
	APÊNDICE 6 - CARTA DE RECHAMADA.....	139
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>140</b>
	ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HNSC.....	141
	ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS.....	142
	ANEXO 3 - DICIONÁRIO DE ÍNDICES.....	143
	ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30 (version 3.0.).....	145
	ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO QLQ – H&N35.....	147

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1	Escala de respostas do questionário.....	58
Figura 2	Gráfico da distribuição dos pacientes quanto à localização do tumor.....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis que compõem cada parte da questionário de QV com suas questões correspondentes. Porto Alegre, RS, 2005.....	55
Tabela 2	Dados de concordância e Kappa intra-examinador para variáveis clínicas pesquisadas. Porto Alegre, RS, 2005.....	56
Tabela 3	Características socioeconômicas da amostra. Porto Alegre, RS, 2005.....	65
Tabela 4	Hábitos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Porto Alegre, RS, 2005.....	66
Tabela 5	Condições de saúde bucal dos pacientes avaliados. Porto Alegre, RS, 2005.....	67
Tabela 6	Valores da QV e da Escala Funcional na amostra. Porto Alegre, RS, 2005.....	69
Tabela 7	Valores da QV e da Escala de Sintomas nos pacientes pesquisados. Porto Alegre, RS, 2005.....	70
Tabela 8	Coefficientes de Correlação de Sperman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas nos pacientes examinados. Porto Alegre, RS, 2005.....	71
Tabela 9	Coefficientes de Correlação de Sperman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispnéia e Insônia na amostra estudada. Porto Alegre, RS, 2005.....	74
Tabela 10	Coefficientes de Correlação de Sperman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Perda de Appetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras na amostra. Porto Alegre, RS, 2005.....	75

Tabela 11	Coeficientes de Correlação de Sperman e os valores de p entre as variáveis cariado e perdido, QV e as variáveis da Escala Funcional nos pacientes. Porto Alegre, RS, 2005.....	76
Tabela 12	Coeficientes de Correlação de Sperman e os valores de p entre as variáveis cariado e perdido, QV e as variáveis da Escala de Sintomas na amostra. Porto Alegre, RS, 2005.....	76
Tabela 13	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados segundo a necessidade protética. Valores de p pelo teste “t” de Student através da comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2005.....	78
Tabela 14	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas na amostra estudada de acordo com a necessidade protética. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	79
Tabela 15	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados de acordo com a variável xerostomia. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	80
Tabela 16	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas na amostra estudada segundo a variável xerostomia. Valores de p através do teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	81
Tabela 17	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional na amostra estudada, segundo o hábito de fumar. Valores de p pelo teste “t” de Student na comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2005.....	82
Tabela 18	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas em fumantes e não-fumantes. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	83
Tabela 19	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados de acordo com o hábito de ingerir chimarrão. Valores de p obtidos na comparação das médias teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	84
Tabela 20	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas em indivíduos que ingerem ou não chimarrão. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005.....	85
Tabela 21	Comparação da condição dentária dos pacientes examinados na primeira e segunda fase da pesquisa. Porto Alegre, RS, 2005.....	88



Tabela 22	Comparação da variável xerostomia nos pacientes examinados nas duas fases da pesquisa. Porto Alegre, RS, 2005.....	90
Tabela 23	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala Funcional. Porto Alegre, RS, 2005.....	91
Tabela 24	Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas nos pacientes pesquisados. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis de Sintomas. Porto Alegre, RS, 2005.....	92
Tabela 25	Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas no questionário da EORTC QLQ-C30 nos indivíduos examinados. Porto Alegre, RS, 2005.....	94
Tabela 26	Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispnéia e Insônia na amostra estudada. Porto Alegre, RS, 2005.....	96
Tabela 27	Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Perda de Appetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras nos pacientes pesquisados. Porto Alegre, RS, 2005.....	97
Tabela 28	Médias, desvios-padrões, medianas, Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV, da Escala Funcional e mutilação nos indivíduos examinados. Porto Alegre, RS, 2005.....	99
Tabela 29	Médias, desvios-padrões, medianas e Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas e mutilação nos pacientes avaliados. Porto Alegre, RS, 2005.....	100

## LISTA DE ABREVIATURAS

QV: Qualidade de Vida

CPOD: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

WHOQOL Group: Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde  
(*World Health Organization Quality of Life Group*).

EORTC: Organização Européia para Pesquisa e Tratamento de Câncer (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*)

EORTC-QLQ- C30: Questionário de Qualidade de Vida- EORTC (*Quality of life Questionnaire EORTC*)

QLQ-H&N35: Questionário de Qualidade de Vida- Módulo de Cabeça e Pescoço

HNSC: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

INCA: Instituto Nacional do Câncer

## 1 INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico dos diversos países do mundo experimentou uma mudança significativa da prevalência de doenças infectocontagiosas para doenças crônico-degenerativas como o câncer. O aumento da incidência e mortalidade por doenças crônico-degenerativas é um fenômeno que atinge tanto países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento (LAURELL, 1983; TOWNSEND; DAVIDSON; WHITEHEAD, 1990). No Brasil, no ano de 2002, o câncer foi a terceira causa de morte (BRASIL, 2004c).

A maior incidência de câncer na população brasileira é de tipos que podem ser prevenidos (colo uterino, estômago, pulmão e boca) e curáveis ou controláveis (colo uterino, estômago e leucemias) (KLIGERMAN, 2000).

Segundo estimativas nacionais do Instituto Nacional do Câncer — INCA — (BRASIL, 2004c), a incidência da doença no ano de 2005 será de 467.440 novos casos; quanto à localização primária do tumor, a incidência de neoplasias na cavidade bucal é de 9.985 casos para o sexo masculino e, 3.895 casos para o sexo feminino. O número estimado de novos casos de câncer bucal para 2005, no estado do Rio Grande do Sul é de 810, para o sexo masculino e de 230 para o sexo feminino; para Porto Alegre, é de 110 casos para o sexo masculino e 50 de para o sexo feminino.

O tratamento do câncer é bastante oneroso, pois requer profissionais especializados, alta tecnologia e medicação de alto custo. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia o tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes no Brasil (pele, colo uterino, mama, pulmão, estômago, esôfago, leucemia, cavidade bucal, cólon, reto e próstata). Em 1997, o SUS designou mais de 362 milhões de reais para procedimentos oncológicos do Sistema de Internação Hospitalar (SIH-SUS) e do Sistema de Internação Ambulatorial (SAI-SUS) (KLIGERMAN, 1998).

O valor total por capítulo do CID-10 (Código Internacional de Doenças) segundo Região/UF, obtido dos dados de Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência, no período de janeiro de 2004 a fevereiro de 2005, para o tratamento do câncer da região da cabeça e do pescoço, foi de R\$ 33.771.819,85 para todo o Brasil e de R\$ 4.512.212,64 para o Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2005).

Nos casos de câncer tratados pelo SUS em Porto Alegre, no período de 2000 a 2001, por meio de quimioterapia e/ou radioterapia, predominam os tumores de cabeça e pescoço no sexo masculino e, nas mulheres, mama e colo uterino. Os tumores de cabeça e pescoço foram primeiro lugar no número de casos tratados, superando o câncer de pulmão e de próstata (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

... as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada pelo aumento da sua prevalência, por utilizarem grande volume de recursos financeiros, por representarem importante ônus institucional e social e ainda por sua crescente importância como causa de adoecimento e de morte no país (KLIGERMAN, 2000, p.135).

Os cânceres localizados na cabeça e no pescoço afetam as seguintes regiões anatômicas: lábio; cavidade bucal (mucosa dos lábios superior e inferior, mucosa jugal, áreas retromolares, vestibulo bucal, rebordo gengival superior e inferior [gengiva e alvéolo superior e inferior, respectivamente], palato duro, assoalho da boca e língua); orofaringe (área glosso-epiglótica [base da língua, valécula]); parede lateral (amígdala, fossa amigdaliana e pilar amigdaliano, prega glossopalatina); parede posterior; parede superior (superfície inferior do palato mole e úvula); nasofaringe (parede póstero-superior [desde o nível da junção do palato duro com o palato mole até a base do crânio], parede lateral [incluindo a fossa de Rosenmüller], parede inferior [superfície superior do palato mole]); hipofaringe (junção

faringo-esofageana [região pós-cricóidea], seio piriforme, parede posterior da faringe); laringe (supraglote, epiglote supra-hióidea, prega ariepiglótica, face laríngea, aritenóide, epiglote infra-hióidea, bandas ventriculares [falsas cordas]); glote (cordas vocais [verdadeiras], comissura anterior, comissura posterior); subglote, seios maxilares, cavidade nasal e seios etmoidais, glândulas salivares e glândula tireóide (BRASIL, 2004a).

A etiologia do câncer está relacionada à exposição a fatores de risco ambientais como vírus ou agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, existência de lesões cancerizáveis (leucoplasias e/ou eritoplasias). O fumo e o álcool são fatores de risco extrínsecos para vários tipos de câncer, incluindo câncer na região da cabeça e do pescoço. Quando associados, o fumo e o álcool têm seu risco ampliado em mais de 15 vezes (HOSSFELD et al., 1989; CERNEA, 1991; SCHWARTSMANN, 1991; DEL GLIGIO, 1999).

A maioria dos estudos sobre QV (qualidade de vida) relacionada à saúde utiliza variáveis sobre a doença, seus determinantes principais e seu tratamento. Em relação a pacientes com câncer do trato aerodigestivo superior, ainda não há uma definição clara da associação entre a condição de saúde bucal e sua QV (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1999).

É fundamental o conhecimento de fatores psicológicos e funcionais durante o tratamento e acompanhamento dos pacientes com câncer de localização na cabeça e no pescoço para que eles possam usufruir de uma melhor QV (GELLRICH et al., 2002b).

A função oral, entendida como um conjunto de processos que abrange a mastigação, a deglutição e a fonação, é apenas um recorte da QV relacionada à saúde, o qual foi abordado nesta pesquisa. Conforme Rogers et al. (2002c), há uma associação entre QV relacionada à saúde e função oral, logo, são fundamentais o conhecimento do impacto dessa associação e o planejamento adequado do tratamento da lesão cancerosa, de modo a minimizar os danos ao paciente.

De acordo com Hassanein, Musgrove e Bradbury (2001), a depressão e a ansiedade estão intimamente relacionadas à função oral deficiente, principalmente a depressão em pacientes tratados do câncer de boca.

O paciente com câncer é afetado por diversas condições não-infecciosas decorrentes do tratamento oncológico, seja cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico; sendo que estes influenciam de diversos modos, ocasionando alterações na cavidade bucal. As principais complicações causadas pelo tratamento oncológico na cavidade bucal são xerostomia, perda de paladar, hemorragia (afetando principalmente a mucosa labial, língua e gengiva), dermatite, mucosite, osteorradiocrose, trismo (espasmos musculares com ou sem fibrose dos músculos mastigatórios e da articulação temporomandibular) e mutilação (MIGLIORATI; MIGLIORATI, 2000; NEVILLE et al., 2004a).

As conseqüências adversas relacionadas ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço podem ser prevenidas ou controladas desde que haja a implementação de medidas para sua prevenção e tratamento precoce quando necessário. Isso requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, da qual o cirurgião-dentista não deve estar isento, e sim atuando com outros profissionais de saúde de modo a tornar mais digna a vida dos pacientes com câncer.

Epstein et al. (1999) ressaltam a importância do cuidado odontológico para pacientes com câncer. É necessário que sejam realizadas medidas odontológicas preventivas, como aplicação tópica de flúor em razão da severidade e frequência da xerostomia (aumenta o risco para candidíase oral, cáries rampantes, dificuldade para adaptação de próteses, e problemas com relação à fala e ao paladar), e prevenção a outras complicações a longo prazo, como a osteorradiocrose.

Segundo R. H. Wharton (2002), o conhecimento de condições que diminuem a QV de pessoas com câncer é essencial para um tratamento adequado.

Justifica-se a realização deste trabalho frente aos poucos dados na literatura referentes à QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e sua relação com a condição de saúde bucal, principalmente no Brasil, onde não foi encontrado nenhum trabalho que mensurasse as condições bucais e o impacto dessa doença na QV das pessoas afetadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a QV (qualidade de vida) em pacientes com câncer de localização na cabeça e no pescoço, relacionado-a a suas condições de saúde bucal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Investigar o impacto da presença do câncer de cabeça e pescoço na QV por meio de um questionário, relacionando-o ao sexo, à faixa etária, à escolaridade, à renda, aos hábitos (fumo, álcool e chimarrão), à localização, ao estadiamento e ao tipo de tratamento da lesão.

b) Relacionar variáveis relativas à situação dentária (prevalência de cárie [utilizando o índice CPOD] e condições e necessidades protéticas) e QV.

c) Avaliar a associação entre visita ao dentista nos últimos seis meses e QV.

d) Analisar a relação entre xerostomia e QV.

e) Verificar a associação entre mucosite e QV.

f) Averiguar a relação entre mutilação e QV.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Existem mais de 200 entidades patológicas no grupo das neoplasias malignas, com diversas causas, evolução e tratamento (HOSSFELD et al., 1989). O tumor primário é formado por uma alteração no material genético celular, proporcionando uma mudança na diferenciação e no crescimento celular normal, ocorrendo uma multiplicação celular desordenada e ininterrupta, além de que o processo de morte da célula (apoptose) é modificado, aumentando o tempo de vida celular (DEL GLIGIO, 1999).

Segundo Schwartzmann (1991), o desenvolvimento do câncer está intimamente vinculado à resposta genética celular aos agentes carcinógenos (aqueles que causam câncer), também denominados de fatores de risco.

Uma revisão de literatura feita por Dedivitis (2000) expõe que: “A carcinogênese é uma alteração fundamental do controle do crescimento celular devido a uma exposição prolongada a algum agente físico ou químico com potencial mutagênico”. De acordo com este mesmo autor, os fatores de risco extrínsecos como tabaco, etilismo e deficiências nutricionais estão provavelmente associados em todos os casos de câncer de hipofaringe, porém fatores individuais específicos (predisposição genética) afetam a suscetibilidade de maneira distinta. O álcool e o tabaco atuam sinergicamente, potencializando o risco do desenvolvimento de tumores malignos. Quanto ao risco ocupacional, trabalhadores expostos a compostos químicos, como petróleo, e físicos, como a poeira de ferro, possuem um risco relativo maior de ter câncer na oro e hipofaringe. A anemia também é um fator de risco importante para a carcinogênese, principalmente em diversas síndromes que envolvem deficiência nutricional, como a síndrome de Plummer-Vinson. A exposição à radioterapia para tratamento de outras patologias também oferece risco para câncer de esôfago e faringe. O vírus HPV (papilomavírus humano) e o vírus Epstein-Barr (EBV) são relacionados ao desenvolvimento

de câncer de cabeça e pescoço; eles atuam no DNA da célula hospedeira alterando seu comportamento normal. O histórico familiar de câncer de cabeça e pescoço também indica um fator de risco para o desenvolvimento de tumores na mesma localização em descendentes.

O processo de formação do câncer tem origem tanto na ativação de oncogenes quanto na inativação de genes supressores de tumor. Esses fatores de risco citados são comuns a cânceres de diversas localizações anatômicas na região da cabeça e do pescoço (HOSSFELD et al., 1989; CERNEA, 1991; SCHWARTSMANN, 1991; DEL GLIGIO, 1999).

As características dos cânceres de cabeça e pescoço são as seguintes: podem ser diagnosticados precocemente (exceção nos casos de câncer das partes mais profundas da faringe), disseminação por via linfática locorregional para os linfonodos tributários da região e sensibilidade considerável a radioterapia e quimioterapia. Essas características propiciam à instituição de tratamentos que possibilitem maior controle da doença, melhor prognóstico e sua provável cura (CERNEA, 1991).

Apesar dos cânceres de cabeça e pescoço terem a possibilidade de ser diagnosticados precocemente, um estudo realizado por Costa e Migliorati (2001), na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (SP), no período de 1997 a 1998 (um ano), constatou que os 15 pacientes portadores de lesões malignas que foram atendidos nessa instituição tinham um tempo médio para o diagnóstico da lesão em 19,3 dias e já haviam consultado um ou mais profissionais de saúde antes de comparecer ao serviço universitário. O tempo decorrido do diagnóstico até o início do tratamento foi de 65,7 dias. De acordo com os referidos autores, quando é efetuado o diagnóstico precoce do câncer na cavidade bucal e, em seguida, o seu tratamento, há um aumento de mais de cinco anos na sobrevivência do paciente. Estes autores também verificaram que não houve um acompanhamento destes pacientes pela

instituição que realizou o diagnóstico (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo [SP]) durante o tratamento e após a sua conclusão.

Porém, K. L. Wharton (2002) afirma que os locais de diagnóstico e tratamento de câncer devem acompanhar o paciente e seus familiares, garantindo um suporte para melhorar sua QV (qualidade de vida).

O diagnóstico e o estadiamento do tumor fornecem diretrizes para escolha do tipo de tratamento mais adequado. O diagnóstico do câncer envolve o diagnóstico clínico anatômico macroscópico (local, tamanho, relações com a pele e com estruturas profundas adjacentes, mobilidade relativa ao plano ósseo e feixe vâsculo-nervoso), diagnóstico etiológico (identificação de fatores de risco), diagnóstico anatomopatológico e, por fim, o diagnóstico funcional (análise do comprometimento da função tanto devido ao câncer quanto ao seu tratamento) (GENTIL; LOPES, 1991).

O tratamento do câncer pode ser realizado através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e braquiterapia<sup>1</sup> (GENTIL; LOPES, 1991; BRAGA FILHO; FERREIRA, 1991; SALVAJOLI; NOVAES; PRISCO, 2000).

A radioterapia pode ser curativa ou paliativa; as sessões são, em geral, realizadas diariamente, durante cinco dias da semana. A duração total do tratamento radioterápico depende do objetivo do tratamento, da radiosensibilidade do tumor e da associação com outros tratamentos. Os efeitos colaterais da radioterapia dependem da região irradiada, do volume de tecido incluído, da dose de radiação e de fatores individuais relativos à sensibilidade à radioterapia. As regiões e os tecidos frequentemente atingidos na radioterapia do câncer de cabeça e pescoço são a pele, o globo ocular, as mucosas bucal e faríngea e as

---

<sup>1</sup> A braquiterapia é uma técnica em que fontes radioativas naturais ou artificiais são postas em contato direto com o tumor e, pode ser associada a teleterapia (irradiação externa) (BRAGA FILHO; FERREIRA, 1991; SALVAJOLI; NOVAES; PRISCO, 2000).

glândulas salivares. Uma das complicações mais importantes é a mucosite; esta é provocada por doses de radiação em torno de 2000 cGy. A irradiação das glândulas salivares gera alteração de fluxo salivar, inicialmente espesso, mas que pode evoluir para xerostomia com a continuidade do tratamento. Ocorre também modificação no paladar do paciente tratado com radioterapia (BRAGA FILHO; FERREIRA, 1991; FLECK, 1999a).

De acordo com Del Giglio (1999) e Schwartzmann, Moraes Filho e Silver (1991), a quimioterapia baseia-se na seletividade da toxicidade dos tumores, e é um tratamento coadjuvante na maioria dos casos. A indicação da quimioterapia envolve a análise da dose a ser empregada, a via de administração, os efeitos colaterais de alto risco, o mecanismo de eliminação, o ajuste de doses em caso de disfunções de órgãos e as interações medicamentosas. Os agentes quimioterápicos atuam sobre as células que têm um índice mitótico alto; isto inclui as células medulares e as das mucosas bucal e gastrintestinal, podendo provocar a formação de lesões ulceradas nas mucosas (mucosite).

O conhecimento do tipo de disseminação (continuidade, contigüidade e implante celular) do tumor auxilia na escolha do procedimento cirúrgico, se este deverá ser mais ou menos agressivo. O diagnóstico funcional — definição das alterações funcionais e seus graus — é de fundamental importância para o planejamento da cirurgia, assim como a ressecabilidade do tumor (envolve a história natural da doença) e a operabilidade do paciente (condições médicas gerais). A cirurgia pode ser caracterizada das seguintes maneiras, de acordo com o objetivo de tratamento de escolha para cada caso: preventiva (no caso de lesões cancerizáveis), diagnóstica (biópsia), estadiamento, paliativa, curativa e outras, como ressecção de metástases e reconstrutora (GENTIL; LOPES, 1991). As conseqüências bucais deletérias da cirurgia oncológica que podem acometer o paciente com câncer de cabeça e

pescoço são mutilação com dano funcional e estético e modificação do fluxo salivar, quando há remoção total ou parcial de glândulas salivares.

Fleck (1999a) afirma que pacientes com câncer na região da cabeça e do pescoço com tratamento concluído devem ter um seguimento de consultas com o médico oncologista a cada dois meses durante os primeiros dois anos, consultas a cada seis meses do terceiro ao quinto ano e consultas anuais após o quinto ano.

O Instituto Nacional do Câncer — INCA — (BRASIL, 2001) instituiu um protocolo de seguimento para pacientes tratados do câncer de boca, onde o exame físico deve ser mensal no primeiro ano, trimestral no segundo, semestral após o terceiro e anual após o quinto.

Há necessidade também de acompanhamento odontológico pré e pós-tratamento do paciente com câncer para que haja um controle das seqüelas da terapêutica da doença (COSTA; MIGLIORATI, 2001).

### **3.1 CONDIÇÕES QUE AFETAM O PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço têm sua saúde física e mental comprometida pelo tumor, o qual também influencia negativamente nas atividades sociais e outras áreas da QV (MOROI; OKIMOTO; TERADA, 1999).

A função e a aparência da região de cabeça e pescoço são decisivas para a auto-imagem e para a QV. O bem-estar físico, social e psicológico é bastante influenciado pela deformidade e pela disfunção decorrentes do câncer de cabeça e pescoço e seu tratamento (SPECHT, 2002).

Os tipos de tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço podem gerar prognósticos semelhantes, mas resultados diversos na QV destes pacientes. A QV deveria ser

um fator a ser considerado no momento de escolha de um tratamento (MORTON; IZZARD, 2003).

O cuidado odontológico para pacientes submetidos ao tratamento oncológico na região de cabeça e pescoço é fundamental, e inclui ajuste de próteses mal-adaptadas, remoção de cálculo dental, substituição de restaurações inadequadas, instrução de higiene bucal e orientações ao paciente, prescrição de bochechos com soluções antibacterianas e fluoretadas, tratamento de lesões de cárie presentes, tratamento endodôntico, extração de dentes que não possam ser restaurados ou com doença periodontal severa. Durante o tratamento radioterápico, deve-se instituir a aplicação de flúor gel neutro enquanto persistir a sensação de boca seca (EPSTEIN et al., 1999; MIGLIORATI; MIGLIORATI, 2000).

### **Dermatite**

A radioterapia provoca dermatite aguda na pele irradiada, esta consequência varia segundo a intensidade da radiação. Ocorre hiperpigmentação da pele e queda de pêlos que podem ter duração variável e ser permanentes. A dermatite pode se tornar crônica com presença de superfícies secas, lisas, atróficas, depiladas ou ulceradas (NEVILLE et al., 2004a).

A dermatite apresenta-se clinicamente como eritema, formação de bolhas, descamação e necrose na pele da área irradiada. Os sintomas são ardência e dor. A prevenção da dermatite, bem como seu tratamento, é realizada com a indicação de cremes hidratantes e cicatrizantes (LOPES et al., 1998).

Segundo Abreu e Silva (2000), a descamação úmida da pele durante a radioterapia impõe a interrupção do tratamento.

## **Mutilação**

As intervenções cirúrgicas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço geralmente ocasionam graves limitações na fonação e na deglutição, além de deformidades no contorno facial (SCHLIEPHAKE et al., 1995; SCHLIEPHAKE et al., 1998).

De acordo com Schliephake et al. (1998), reconstruções ósseas e dos tecidos moles são consideradas fatores que contribuem para o aumento da QV.

Um estudo feito na Índia com 25 pacientes após cirurgia de câncer bucal e faríngeo avaliou a QV e as seqüelas funcionais pós-cirúrgicas. Segundo esta pesquisa, o local da lesão e ressecções descontínuas exercem marcante influência na QV pós-operatória; fatores como a mobilidade da língua, a inteligibilidade da fala, a aparência e a deglutição contribuíram para aumentar a QV; a reconstrução com retalho miocutâneo da mucosa bucal em pacientes com estágios de tumor T3 e T4 obteve sucesso funcional, porém o estágio do tumor influenciou a QV (BALIGA et al., 2001).

Para Moroi, Okimoto e Terada (1999), o uso de próteses dentárias foi considerado importante na QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, porém pacientes com grandes deformidades pós-operatórias não tinham qualquer expectativa de recuperação da aparência com uso das próteses.

Rogers et al. (2002b) avaliaram a função clínica após cirurgia para câncer bucal e orofaríngeo em 130 pacientes e identificaram que houve uma queda no escore funcional no período de seis meses após a cirurgia, mas uma tendência discreta para aumento no período de um ano. 37% dos pacientes estudados estavam ingerindo uma dieta normal em seis meses, e de 34 pacientes que usavam prótese dentária inferior no período pré-operatório, 21 não a utilizava após seis meses. Em um ano, 28 de 82 pacientes não usavam prótese dentária inferior, e desses, 54% usavam-na antes do tratamento.

Apesar dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à cirurgia queixarem-se de problemas com fonação, deglutição e dor, eles se adaptam melhor às conseqüências adversas do tratamento (MORTON; IZZARD, 2003).

### **Xerostomia**

As glândulas salivares são estruturas radiosensíveis, e o dano a estas depende da quantidade de radiação a que foram submetidas — efeito radiação-dose-dependente. Sugere-se que a apoptose e a necrose são processos biológicos de morte celular que ocorrem nas glândulas salivares irradiadas. O desenvolvimento e a severidade da xerostomia dependem do campo irradiado, da dose e do tipo de radiação ionizante, do volume inicial e da função da glândula salivar (GUCHELAAR; VERMESA; MEERWALDT, 1997).

Pacientes tratados com radioterapia apresentam redução progressiva do fluxo salivar, alteração de sais minerais salivares e redução do pH. A diminuição do pH salivar é um efeito secundário da radioterapia gerado devido à diminuição da quantidade de saliva e íons bicarbonato, processo de fermentação dos alimentos e pobre higiene bucal. A baixa quantidade de íons cálcio na saliva é devida ao baixo pH salivar e à redução do volume de água, conseqüência do dano das glândulas salivares pela radiação (RODE et al., 2001).

A xerostomia pode ser transitória — três a seis meses (doses de 3.000 a 4.000 cGy) — ou permanente (doses mais elevadas). O paciente com xerostomia pode apresentar candidíase associada. Pode ocorrer modificação no paladar do paciente tratado com radioterapia, com alteração maior para os sabores ácido e amargo do que para doce e salgado (BRAGA FILHO; FERREIRA, 1991; FLECK, 1999a).

A xerostomia causa predisposição a ulcerações e fissuras na mucosa bucal, mudanças na microflora oral, cáries dentárias, perda ou diminuição do paladar, problemas de fonação, além de dificuldade com a mastigação e deglutição, o que pode gerar deficiências nutricionais.



As medidas de avaliação da xerostomia abrangem diversos métodos, tais como: imagem funcional das glândulas salivares (cintilografia e tomografia), medida de produção salivar e avaliação subjetiva. Argumenta-se, porém, que apenas as medidas objetivas de fluxo salivar não conseguem explicar a variabilidade na produção salivar após a radioterapia, pois os testes de fluxo salivar têm baixo poder de prever o nível de sintomas, fator mais importante a ser avaliado (GUCHELAAR; VERMESA; MEERWALDT, 1997; EISBRUCH et al., 2003a).

Pacientes com xerostomia severa ou dor são menos satisfeitos e mais infelizes do que pacientes seriamente mutilados, que geralmente são mais satisfeitos e adaptados (MORTON; IZZARD, 2003).

Bundgaard, Tandrup e Elbrond (1993) realizaram um estudo em um hospital universitário da Dinamarca com 43 pacientes tratados de carcinoma intra-oral de células escamosas. Os pacientes estudados foram tratados com cirurgia, radioterapia ou ambas. Os pacientes tratados apenas com radioterapia apresentaram os melhores níveis funcionais, enquanto aqueles tratados com radioterapia e cirurgia mostraram os piores níveis. Os pacientes que receberam radioterapia tiveram maior número de perdas dentárias, presença de candidíase e alterações de paladar. O pior efeito colateral relatado foi boca seca, seguido de dificuldade no uso de próteses.

Uma pesquisa feita com 24 pacientes de um hospital universitário da Suécia investigou se a baixa produção salivar em pacientes tratados com radioterapia para câncer de cabeça e pescoço afetou a ingestão de energia e nutrientes. Os autores mostraram que a média de ingestão de calorias foi 300 kcal menor nos pacientes com sintomas de boca seca do que no grupo controle, porém esta diferença não foi significativa. Houve menor ingestão de micronutrientes nos pacientes com sintomas de boca seca; a ingestão de vitamina A,  $\beta$ -caroteno, vitamina E, vitamina B, folacina, ferro e zinco foram significativamente menores

nesse grupo de pacientes. Concluiu-se que pacientes com xerostomia podem requerer suporte nutricional por um período além dos efeitos agudos da radiação (BÄCKSTRÖM et al., 1995).

Uma revisão de literatura feita por Eisbruch et al. (2003b) apresenta diversas medidas de prevenção e tratamento da xerostomia causada pelo tratamento radioterápico. Os métodos discutidos foram substitutos de saliva, estimulação salivar pós-radioterapia por meio de medicações, proteção das glândulas salivares com medicamentos, fracionamento e delimitação do campo irradiado e autotransplante de glândulas para locais que não serão irradiados. De acordo com esta revisão, o melhor método para prevenir ou reduzir a severidade da xerostomia é a limitação do volume de tecido glandular que receberá a radiação.

Existem diversas maneiras de controlar os sintomas da xerostomia, porém ainda não há um modo totalmente eficaz e sem limitações. Os substitutos de saliva têm alto custo, gosto que pode ser desagradável e alívio temporário. Os agentes umedecedores (gomas de mascar, balas sem açúcar, ingestão de líquidos) proporcionam um alívio temporário; o uso contínuo pode tornar-se irritante para o paciente e pode provocar dano à mucosa. Os sialogogos são indicados quando o paciente apresenta função salivar residual após a radioterapia, mas seu uso deve ser cauteloso devido aos efeitos colaterais e às contra-indicações (GUCHELAAR; VERMESA; MEERWALDT, 1997).

### **Mucosite**

Alterações da mucosa bucal são comuns após tratamento radioterápico e quimioterápico, gerando dificuldades na alimentação oral, desconforto social e tendência a infecções (BRASIL, 2002a).

Tanto na radioterapia quanto na quimioterapia, as células epiteliais respondem em proporção insuficiente à descamação do epitélio devido à redução cumulativa de células da camada basal. Isso torna a superfície da mucosa fina e ulcerada, provocando um processo

inflamatório. A combinação de radioterapia e quimioterapia aumenta a incidência, a severidade e a duração da mucosite (ROSE-PED, et al., 2002; GARDEN, 2003).

A mucosite, como uma complicação aguda da radioterapia, pode ocorrer de uma a duas semanas após o início do tratamento e persistir por até duas a quatro semanas depois do fim da terapia (SCHIØDT; HERMUND, 2002; SPECHT, 2002).

Os critérios de diagnóstico clínico de mucosite são: presença de lesões na mucosa oral, que se caracterizam inicialmente por áreas esbranquiçadas; a fase seguinte é representada por mucosa atrófica — edemaciada, eritematosa e friável. Posteriormente ocorre a presença de áreas ulceradas que podem ou não estar recobertas por exsudato fibrinopurulento e ter a presença de candidíase (DEL GIGLIO, 1999; NEVILLE et al., 2004a; SCHWARTSMANN; MORAES FILHO; SILVER, 1991).

Os locais preferenciais de ocorrência da mucosite são mucosa jugal, assoalho de boca, palato mole e bordo lateral de língua (LOPES et al., 1998).

A mucosite provoca disfunções semelhantes às causadas pela xerostomia (dificuldade na fonação, mastigação e deglutição, dor, distúrbios do sono, alterações de paladar) afetando adversamente a QV (FISHER et al., 2003).

Um estudo feito com 33 pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia com ou sem quimioterapia e/ou cirurgia afirmou que a mucosite foi considerada como efeito colateral mais debilitante para os pacientes (ROSE-PED et al., 2002).

O tratamento da mucosite é sintomático. A dor intensa na mucosite geralmente é controlada com o uso de analgésicos opióides e suporte nutricional parenteral. O uso de cloridrato de benzidamina e a aplicação de laser de baixa potência têm sido indicados para o manejo da mucosite. Fatores de crescimento, citocinas e medicações como a amifestina têm

sido testados para prevenção de mucosite, mas os resultados ainda não são conclusivos (GARDEN, 2003).

O uso de bochechos com clorexidina é importante para reduzir o risco de infecção; no entanto, devem ser observadas a aceitação e a tolerância do paciente. Os efeitos regressam após o término da irradiação, não deixando seqüelas (LOPES et al., 1998).

Além desses procedimentos, recomenda-se ao paciente aumentar a ingestão de água, manter a boca sempre úmida, realizar higiene bucal, evitar alimentos ácidos e evitar jejum prolongado (BRASIL, 2002a).

### **Alterações no paladar e olfato**

A quimioterapia e a radioterapia podem reduzir ou alterar o paladar, gerando efeitos psicológicos profundos, principalmente em relação ao prazer da alimentação. Alterações no paladar e olfato trazem um impacto negativo na nutrição e QV de pacientes com câncer (COMEAU; EPSTEIN; MIGAS, 2001).

Alterações no paladar e no olfato decorrentes da radioterapia ocorrem de uma a duas semanas após o início do tratamento. A alteração no paladar provocada pela quimioterapia pode acontecer imediatamente ao início do tratamento e ter uma duração de horas ou meses. Dano neural conseqüente de cirurgia oral também pode causar alterações no paladar (COMEAU; EPSTEIN; MIGAS, 2001; SCHIØDT; HERMUND, 2002).

Segundo Rose-Ped et al. (2002), 90% dos pacientes, que foram estudados, com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia com ou sem quimioterapia e/ou cirurgia relataram alguma alteração de paladar, caracterizadas como perda, distorção ou redução.

### **Osteorradionecrose**

Um efeito crônico do tratamento radioterápico é a diminuição da oxigenação e da capacidade de cicatrização dos tecidos moles e ossos, o que aumenta o risco de desenvolvimento da osteorradionecrose. Esta complicação é decorrente do osso não-cicatrizado, necrótico (NEVILLE et al. 2004a; SCHIØDT; HERMUND, 2002).

A osteorradionecrose é uma condição dolorosa e debilitante, provocada por doses de radiação acima de 6.000 cGy, pode acontecer devido à deiscência dos retalhos por causa da fibrose dos tecidos, da exposição e/ou do trauma ósseo. Fatores de risco que têm sido associados ao desenvolvimento de osteorradionecrose são o tratamento odontológico invasivo antes e depois da irradiação, a inclusão da mandíbula dentro do campo irradiado e os fatores específicos relativos à radiação (dose, fracionamento de doses e o número de sessões), o uso abusivo de álcool e fumo, a pobre higiene bucal e os fatores nutricionais (SPECHT, 2002; MOURA; CASTRO; FREIRE, 2003).

A exodontia é o principal fator de risco para a osteorradionecrose. O tratamento da osteorradionecrose deve ser de acordo com a gravidade desta condição patológica, e inclui irrigação com clorexidina 0,2%, uso de antibióticos sistêmicos em irrigação com clorexidina 0,2%, uso de antibióticos sistêmicos, terapia com oxigênio hiperbárico, irrigações e cirurgia (NEVILLE et al., 2004a; LOPES et al., 1998; MOURA; CASTRO; FREIRE, 2003).

O risco do paciente re-tratado com radioterapia desenvolver osteorradionecrose é alto como demonstra o estudo de Gellrich et al. (2002a), em que 41% dos pacientes com câncer bucal re-tratados com radioterapia desenvolveram osteorradionecrose.

O diagnóstico da osteorradionecrose é clínico, esta patologia pode apresentar ulceração da mucosa próxima ao osso exposto, infecções secundárias, e pode ocorrer uma fratura óssea. A osteorradionecrose é mais prevalente na mandíbula. A sintomatologia da osteorradionecrose

inclui dor, anestesia, alteração do paladar, halitose, limitação de abertura de boca, dificuldade de mastigação e deglutição, entre outros. (MOURA; CASTRO; FREIRE, 2003).

### **Cárie de Radiação**

A etiologia da cárie de radiação está associada à modificação da microflora bucal e à xerostomia. A cárie de radiação pode progredir rapidamente e é de difícil controle. Mudanças estruturais nos tecidos duros dentários podem estar associadas com esse tipo de cárie, além da xerostomia (LOPES et al., 1998; SPECHT, 2002; SCHIØDT; HERMUND, 2002).

Para Neville et al. (2004a), a cárie de radiação é um efeito secundário da xerostomia, e não um efeito direto da radiação. É decorrente da diminuição do fluxo salivar, representando um decréscimo da ação antibacteriana e das propriedades de autolimpeza da saliva.

Segundo Lopes et al. (1998), os odontoblastos são afetados com a radioterapia, alterando sua capacidade de produção de dentina reacional, ocorrendo também modificação da estrutura dos primas de esmalte. A cárie de radiação inicia-se na região cervical e progride rapidamente. Os bochechos diários com fluoreto de sódio 1,0% e bochechos com clorexidina 0,2%, além de orientação dietética e instrução de higiene, são medidas que auxiliam na prevenção dessa cárie. O tratamento restaurador convencional é indicado para o manejo desta condição.

### **Candidíase**

A infecção por *Candida* é comum em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. Esta condição patológica ocorre devido a alterações da microflora bucal com aumento na contagem do fungo *Candida albicans* (LOPES et al., 1998).

De acordo com Nicolatou-Galitis et al. (2003), a xerostomia é o principal fator de risco para o desenvolvimento de candidíase bucal durante a radioterapia na região da cabeça e do pescoço.

Um estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro com 112 pacientes com queixa de xerostomia avaliou a relação entre taxa de fluxo salivar e contagem de espécies de *Candida*. Pacientes com baixo fluxo salivar apresentaram maior contagem média de microrganismos, mas não houve correlação significativa entre taxas de fluxo salivar e contagem média de espécies de *Cândida*. A espécie *C. albicans* foi a mais prevalente (TORRES et al., 2002).

O tratamento da candidíase é feito com antifúngicos tópicos (nistatina) ou sistêmicos (fluconazol) (LOPES et al., 1998; BRASIL, 2002a).

### **Trismo**

O trismo é uma consequência crônica da radioterapia e consiste na fibrose do tecido muscular (SCHIØDT; HERMUND, 2002).

A limitação da abertura de boca pode ser um efeito da fibrose dos músculos mastigatórios e da cápsula da articulação temporomandibular — ATM (NEVILLE et al., 2004a; SPECHT, 2002).

De acordo com Neville et al. (2004a), a prevenção ou o controle do trismo consiste na realização de exercícios de abertura dos maxilares, quando estes estão incluídos no campo de irradiação.

### **Dor**

A dor em pacientes com câncer pode ser resultante da doença ou do seu tratamento. Em uma pesquisa realizada com 93 pacientes com câncer de cabeça e pescoço seguidos durante dois anos, foi mostrado que 48% dos pacientes relataram dor no momento do

diagnóstico, 25% em 12 meses e 26% em 24 meses. Os autores descreveram uma associação significativa entre dor e sofrimento psicológico em três meses e que a QV desses pacientes foi afetada pela dor aos 12 e 24 meses. Não houve diferença entre pacientes tratados com cirurgia e radioterapia ou apenas com cirurgia com relação ao relato de dor (CHAPLIN; RANDALL, 1999).

Epstein et al. (2001), em um estudo com 20 pacientes tratados com radioterapia para câncer de cabeça e pescoço, mostraram que 60% desses pacientes tinham dor no momento do diagnóstico, e a incidência de dor elevou-se para 85% ao fim do tratamento. Nesse trabalho, a dor foi a segunda complicação bucal mais comum; a primeira, foi a xerostomia.

Gellrich et al. (2002a) citam a dor crônica como um dos efeitos colaterais do tratamento do câncer bucal, além de dificuldades de mobilidade da língua, do ombro e do pescoço, limitação da abertura da boca, dano estético e da fonação. Segundo estes autores, a dor crônica não foi significativamente melhorada com o uso de analgésicos, porém a fisioterapia foi considerada um auxiliar eficaz no controle da dor.

A dor pode ser um sintoma da hipercalemia, comum em tumores de células escamosas de cabeça e pescoço (BRASIL, 2002a). Condições orais decorrentes do tratamento oncológico, tais como mucosite, osteorradionecrose e edema, também são bastante dolorosas (SCHIØDT; HERMUND, 2002; SPECHT, 2002; FISHER et al., 2003; GARDEN, 2003).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2002a), a dor é considerada como um fator de risco para a depressão.

### **3.2 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER**

De acordo com o grupo WHOQOL — Grupo da Organização Mundial da Saúde que estuda QV — (1996), a QV foi conceituada como a percepção individual de sua posição na vida, no ambiente da cultura e no sistema de valores em que a pessoa está inserida, e com



relação às metas, expectativas, padrões e interesses pessoais; sendo que esta percepção sofre influência de fatores físicos (saúde física), psicológicos, sociais, ambientais, pessoais (crenças) e da inter-relação entre eles, por exemplo, o nível de independência. Os instrumentos de mensuração da QV buscam medir a satisfação com as condições de vida, e não as condições de vida em si.

A QV relacionada à saúde é um termo de difícil definição, de caráter subjetivo, porém seu conhecimento auxilia os profissionais de saúde na definição de ações clínicas a serem empregadas (BOTTOMLEY, 2002).

A avaliação da QV na Oncologia pode auxiliar na decisão sobre a efetividade do tratamento, melhorar a tomada de decisão do paciente através do esclarecimento dos efeitos colaterais do tratamento, servir como fator prognóstico para analisar os sintomas e/ou as necessidades de reabilitação, identificar os aspectos de impacto na sobrevida dos pacientes, a estimativa de custo-efetividade (auxilia na decisão de onde e quando investir os recursos existentes), melhorar a organização e a qualidade do cuidado, o desenvolvimento e a regulamentação de medicações, conhecer as prioridades dos pacientes (DE HAES et al., 2000; MOVSAS, 2003).

Segundo Schliephake et al. (1995), a determinação de QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço implica em avaliar fatores da função psicossocial e bem-estar físico, além de aspectos funcionais específicos. Estes autores afirmam que fatores como estágio avançado do tumor, ressecções com perda da continuidade óssea, consistência pastosa ou fluida da dieta, perda de apetite, dor persistente ou recorrente no local da ressecção do tumor ou linfonodo removido e tipo de reconstrução (retalho miocutâneo) indicam piores condições de QV.

A QV pode ser entendida como bem-estar subjetivo físico, mental e social (HAMMERLIDE et al., 1997). De acordo com estes autores, o tipo de tratamento do câncer

influencia na QV dos pacientes, como mostra um trabalho realizado com 104 pacientes com câncer bucal ou faríngeo no Hospital Universitário Sahlgrenska, na Suécia. Os pacientes foram divididos em dois grupos de tratamento — sendo que todos foram submetidos à radioterapia —; aqueles que foram tratados com ou sem cirurgia ou quimioterapia e receberam tratamento com braquiterapia e aqueles que foram tratados com ou sem cirurgia ou quimioterapia e não receberam tratamento com braquiterapia. Os pacientes tratados com braquiterapia apresentaram mais problemas com dor durante e após o tratamento, porém com menos sensação de boca seca. Entretanto, os autores afirmam que houve poucas diferenças entre a QV dos pacientes que foram submetidos à braquiterapia e a dos que não foram.

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, além de estarem com uma doença que ameaça suas vidas, têm de lidar com o impacto desta e de seu tratamento sobre aspectos funcionais e estéticos. Uma pesquisa feita com 75 pacientes tratados com cirurgia com ou sem radioterapia mostrou que em seis meses do tratamento, houve piora da QV. Em 12 meses após o tratamento, houve uma melhora em todos os sintomas, porém a QV foi menor do que no período pré-tratamento. Pacientes com diferentes estágios da doença não apresentaram diferença significativa em sua QV; também não houve diferença entre os pacientes submetidos apenas à cirurgia e aqueles que tiveram tratamento cirúrgico e radioterápico, contudo, estes tiveram piores escores para sintomas físicos nos períodos de 6 e 12 meses (DE GRAEFF et al., 1999).

Allison, Locker e Feine (1999) realizaram um estudo transversal e retrospectivo em Montreal, no Canadá, para verificar a relação entre estado dentário e QV relacionada à saúde em pacientes diagnosticados e tratados de câncer na cavidade bucal, faringe e laringe. A avaliação do estado dentário foi restrita às seguintes variáveis: completamente dentado, parcialmente dentado com e sem próteses e edêntulo com e sem próteses. A variável mudança

no estado dentário estava relacionada à extração de algum dente ou confecção de próteses no período desde o diagnóstico do câncer. O grupo de pessoas parcialmente dentadas e sem próteses relatou pior QV geral, o grupo que relatou mudança no estado dentário obteve pior classificação da média de QV. Segundo os autores, o grupo das pessoas edêntulas sem prótese mostrou-se mais capaz de enfrentar os transtornos decorrentes do tratamento do câncer.

Cento e trinta e dois pacientes com carcinoma oral e orofaríngeo atendidos e submetidos à cirurgia no Hospital Walton em Liverpool, no período de maio de 1995 a junho de 1997, participaram de um estudo que buscou identificar diferentes grupos de pacientes de acordo com os fatores que comprometiam sua QV. Neste estudo, foram feitas três avaliações através de um questionário nos períodos pré-operatório, em seis meses e um ano após o tratamento. Os autores verificaram que os pacientes que não necessitaram de radioterapia coadjuvante obtiveram melhor QV do que aqueles (59%) que precisaram desta terapêutica e também do que os que tinham história de problemas médicos ou cirúrgicos. Ratifica-se que a decisão do processo de tratamento deve ser feita baseada também no impacto da doença e do seu tratamento na vida do paciente (ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000).

Pacientes submetidos a tratamento de câncer sofrem de fadiga, o que os impede de realizar atividades cotidianas como trabalho e lazer. A fadiga pode resultar não apenas da radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, mas também da própria doença e interfere no estado psicológico das pessoas com câncer, além de interferir na sua QV (WHARTON, R.H., 2002).

Gritz et al. (1999), em uma pesquisa com 105 pacientes tratados para câncer de cabeça e pescoço, afirmaram que estes pacientes apresentaram pior QV, especialmente nos domínios psicossociais, quando comparados com pacientes com cânceres de pulmão e cólon. Pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentam grande morbidade associada ao tratamento oncológico.

Segundo Rogers et al. (2002a), o tamanho do tumor e o tipo de procedimento cirúrgico influenciam na função oral de pacientes com câncer de boca e orofaríngeo, o que afeta sua atividade psicossocial e, por fim, sua QV. Esses autores constataram isso em um trabalho longitudinal realizado no Hospital Universitário de Aintree, em Liverpool, com 130 pacientes com câncer de boca e orofaríngeo submetidos à cirurgia primária para tratamento da lesão.

Franzi e Silva (2003) realizaram um estudo transversal com 49 pacientes portadores de neoplasias em diversas regiões anatômicas e que estavam sendo submetidos a tratamento quimioterápico no ambulatório do Hospital Heliópolis, em São Paulo-SP, para avaliação da QV. Os autores concluíram que a QV desses pacientes não foi alterada durante o tratamento, porém o grupo de pacientes da faixa etária mais jovem (21 a 40 anos) apresentou piores índices de QV.

Uma pesquisa realizada com 55 pacientes submetidos à cirurgia curativa reconstrutiva para câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário da Inglaterra demonstrou que os pacientes com estágios mais avançados da doença (T3 e T4) apresentaram pior QV do que aqueles com estágios iniciais (T1 e T2). Os pacientes tratados com cirurgia e radioterapia tiveram um maior dano na mastigação e na fonação do que aqueles tratados apenas com cirurgia (ANDERSON; LEWTHWAITE; YEATS, 2001).

Um estudo retrospectivo na Alemanha, com 1652 pacientes portadores de tumores intrabucais tratados cirurgicamente, teve como objetivo avaliar o impacto de fatores funcionais e psicológicos e também da dor sobre a QV desses pacientes antes, durante e após o tratamento. Os resultados deste estudo mostram que a dor e a diminuição da capacidade funcional quanto à mastigação e salivação foram os aspectos mais importantes antes do tratamento, após este período, fatores como fala, mobilidade e aparência assumiram uma importância maior. É recomendado que haja um cuidado dos profissionais de saúde quanto à

diminuição da QV pós-operatória dos pacientes, reconstrução funcional dos tecidos perdidos, reabilitação precoce e fisioterapia (GELLRICH et al., 2002b).

O suporte social e familiar e o apoio também do profissional de saúde podem contribuir para a melhora da QV dos pacientes com câncer (SALES et al., 2001; WHARTON, K.L., 2002).

A sobrevida do paciente é freqüentemente considerada como um indicador de sucesso do tratamento oncológico, porém a QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço tem assumido uma importância tão grande quanto a extensão de sua sobrevida (LANGIUS; LIND, 1995; FISHER et al., 2003).

### **3.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER**

O uso de questionários respondidos pelo próprio paciente sobre sua qualidade de vida mostra-se mais eficaz para o conhecimento desta do que avaliações feitas pelos médicos. Quando se deseja investigar o impacto do câncer na QV relacionada à saúde, é essencial que os instrumentos de medida deste sejam específicos para estes pacientes (BOTTOMLEY, 2002).

O autor anteriormente referido cita alguns questionários usados em Oncologia: o *Short Form 36 (SF-36)* e o *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*, que são questionários gerais; e o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core-Cancer 30 (EORTC QLQ-C30)*, o *Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G)*, o *Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C)*, o *Profile of Mood States (POMS)* e o *Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)*, que são específicos para pacientes com câncer.

O WHOQOL é um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a QV, ele possui 100 questões que abordam seis domínios: físico, psicológico, nível de

independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Existe uma versão abreviada deste questionário — WHOQOL BREF —, que consta de 26 questões que avaliam quatro domínios da QV: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2003). Não são específicos para pacientes com câncer.

O *Bochum Questionnaire on Rehabilitation* possui 147 questões que abordam dor, reabilitação, problemas morfológicos, funcionais e psicológicos. Este questionário é utilizado para pacientes portadores de tumores de localização na cabeça e no pescoço (GELLRICH et al., 2002b).

O Departamento de Otolaringologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade de Washington (2003) desenvolveu um questionário para avaliar a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Este questionário possui questões relativas tanto à função (dor, aparência, salivação, mastigação, fala, deficiência no movimento do ombro, paladar) quanto a aspectos psicológicos, que são atividade, recreação, ansiedade e disposição. Ele é conhecido pela sigla UW-QOL (*University of Washington – Quality of Life*) e é amplamente utilizado em diversos estudos (ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000; ROGERS et al., 2002a; ROGERS et al., 2002c), entretanto, ainda não foi validado para o português.

O *European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire-Cancer 30* (EORTC QLQ-C 30) é um questionário criado pela *European Organization for the Research and Treatment of Cancer* (EORTC) para avaliar a QV de pacientes com câncer; é destinado para cânceres de todas as localizações anatômicas, com os seguintes domínios: físico, cognitivo, emocional, social, funcional, sintomas, saúde e QV geral. Ele possui quatro versões (EORTC QLQ-C 36, EORTC QLQ-C 30 versão 1.0, EORTC QLQ-C 30 (+ 3), EORTC QLQ-C 30 versão 2.0 e EORTC QLQ-C 30 versão 3.0) que foram aperfeiçoadas ao longo do tempo, sendo que a versão mais atual é a EORTC QLQ-C 30

versão 3.0. Além disso, foram desenvolvidos outros módulos; isto é, questionários complementares específicos para diversas localizações anatômicas como o QLQ-H&N 35 (*Quality of Life Questionnaire - Head and Neck*) para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Eles abordam sintomas relacionados à localização específica do tumor, efeitos colaterais associados ao tratamento administrado e domínios adicionais da QV afetados pela doença ou seu tratamento. O questionário EORTC QLQ-C 30 e o QLQ-H&N 35 já são validados em língua portuguesa (AARONSON et al., 1993).

O questionário *Functional Living Index Cancer* (FLIC) consta de 22 questões que avaliam o estado físico-funcional e psicológico, além da função social. É um instrumento específico para pacientes com câncer, possui uma escala visual de respostas e é auto-aplicável (SCHLIEPHAKE et al., 1995; SCHLIEPHAKE et al., 1998).

Esses questionários podem ser realizados tanto de maneira longitudinal — tem-se a aplicação do questionário mais de uma vez dentro de um período de tempo pré-estabelecido na pesquisa, que pode variar de um intervalo de seis meses a vários anos (HAMMERLID et al., 1997; ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000; ROGERS et al., 2002a; ROGERS et al., 2002c) — quanto de modo transversal — aplicação do instrumento de pesquisa apenas em um único momento, não existindo, portanto, o acompanhamento dos pacientes (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1999; SALES et al., 2001).

A QV de pacientes com câncer também pode ser avaliada através de entrevistas (SALES et al., 2001), fornecendo um conhecimento profundo sobre o tema, como é característica do método de pesquisa qualitativo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

### **3.4 COPING EM PACIENTES COM CÂNCER**

“O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas” (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998,

p.274). De acordo com estas autoras, as estratégias de *coping* desenvolvidas pelos indivíduos são flexíveis, intencionais, realistas e direcionadas para o futuro; são uma resposta a um estressor percebido. As características de personalidade associadas ao *coping* são otimismo, auto-estima, rigidez e *locus* de controle; e os fatores que influenciam o *coping* são saúde física e moral, crenças, inteligência, experiências anteriores de *coping*, suporte familiar e recursos socioeconômicos.

O conceito de *coping* abrange um estágio de aceitação da doença pelo paciente ou uso de estratégias do tipo “problema-solução”, de modo a contribuir para uma melhor adaptação por parte da pessoa doente. O estágio da doença e seu prognóstico são fatores que influenciam na capacidade de *coping*. A localização do câncer na região da cabeça e do pescoço afeta o desenvolvimento de habilidades de *coping* nestes pacientes, tornando o suporte formal e informal estritamente essenciais (McGOLDRICK, 2001).

Alguns pacientes tratados para câncer de cabeça e pescoço adaptam-se aos sintomas decorrentes do tratamento, enquanto outros apresentam uma redução gradual da QV ao longo dos anos devido ao não-desenvolvimento de estratégias satisfatórias de *coping* (BJORDAL et al., 1995; LANGIUS; LIND, 1995).

Para Hutton e Williams (2001), a idade é considerada como um preditor de sofrimento e depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, contudo, a dificuldade de comunicação e o dano na autoconfiança foram as características que mais contribuíram para o sofrimento; o suporte da família e dos amigos, bem como a participação em grupos de convivência, são fundamentais para o paciente administrar seus sentimentos, principalmente aqueles relacionados à ansiedade e depressão.

Hassanein, Musgrove e Bradbury (2001) afirmam que há uma associação negativa entre *coping* inefetivo (desamparo, desesperança, preocupação/ansiedade e fatalismo) e



atividade, recreação, mastigação e escore global de QV em pacientes tratados de câncer bucal. A ansiedade e a depressão foram fortemente relacionadas com a pobre função oral.

Em um estudo realizado por De Graeff et al. (1999) com pacientes tratados para câncer de cabeça e pescoço, foi exposto que a função emocional aumentou mesmo com a deterioração da função física ao longo do tempo. Os autores explicaram que este fato ocorreu devido à adaptação psicológica e ao processo de *coping* dos pacientes.

De acordo com Rogers (2001), todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço deveriam ser treinados para aconselhá-los informalmente e ser aptos para identificar quando realizar o encaminhamento para uma assistência especializada em saúde mental.

Recomenda-se que o paciente oncológico seja atendido por uma equipe de saúde multidisciplinar preparada para lidar com as necessidades emocionais e sociais dos pacientes, e não apenas para tratar a sua doença (SOOTHILL et al., 2001).

O cuidado ao paciente com câncer deve estar imbuído na filosofia e na prática da Educação em Saúde. Segundo Albuquerque e Stotz (2004), a Educação em Saúde tem como objetivo desenvolver a autonomia, a conscientização e a integralidade, favorecendo a interação entre os profissionais de saúde e a população, reconhecendo o fato de ambos serem atores sociais no processo pedagógico de promoção-prevenção-cura-reabilitação. Desse modo, o paciente torna-se co-participante na construção contínua da saúde.

Litt, Nye e Shafer (1993) demonstraram a importância de intervenções comportamentais (técnicas de relaxamento, provisão de controle e autonomia, melhora da auto-eficácia) no controle da ansiedade — desenvolvimento de estratégias de *coping*, em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos orais.

Um estudo realizado na Turquia com pacientes portadores de diversos tipos de câncer investigou a prática de contar o diagnóstico verdadeiro para os pacientes e se esta revelação afetaria a QV da população estudada. Os resultados deste estudo demonstraram que ter ou não o conhecimento sobre o diagnóstico do câncer não apresentou nenhuma diferença significativa entre as escalas de QV (BOZCUK et al., 2002).

Assegurar uma informação honesta e compreensível sobre o câncer para o paciente, o auxilia na sua adaptação à doença, melhora sua confiança na terapêutica (reduzindo os seus efeitos colaterais) e aumenta sua QV (KELLER, 2001). A mesma autora afirma, entretanto, que a informação não é suficiente para possibilitar ao paciente uma estrutura de ajuste, o suporte do profissional de saúde é fundamental no entendimento da informação sobre a doença e no desenvolvimento do processo de *coping*.

O enfrentamento ativo e direto da sua situação de saúde conduz o indivíduo a uma reação mais positiva ao estresse e à integração social (HERNAEZ; CARRASCAL, 2004).

Langius e Lind (1995) afirmaram que as condições percebidas como mais severas pelos pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço foram: confirmação do diagnóstico de câncer, boca seca, dificuldades de deglutição, dificuldades na alimentação, problemas com a mastigação, dificuldades na fonação e incapacidade para realizar atividades como antes. O suporte dado pelos profissionais de saúde foi considerado insuficiente, principalmente quando os seguintes aspectos foram considerados: preocupação quanto ao futuro, preocupação geral, diminuição da vida social, fadiga, incapacidade de fazer as atividades como antes, problemas com secreção bucal, alteração do olfato. Os pacientes relataram que houve falta de informações tanto nas áreas física e funcional quanto na psicológica, porém o aspecto psicológico foi percebido com menos informações recebidas. Os autores também concluíram que a percepção dos pacientes sobre a severidade da sua perda funcional foi mais bem-

associada com variáveis psicológicas, ansiedade e capacidade de *coping*, do que com a extensão da cirurgia.

O conhecimento das necessidades percebidas pelo paciente com câncer é relevante no tratamento da doença e no manejo desta pelo paciente. Um estudo quali-quantitativo feito com 295 pacientes revelou que 37% deles relataram, no mínimo, uma necessidade significativa não encontrada (*unmet need*)<sup>2</sup>. Os itens “Eu encontro confiança nos profissionais de saúde” e “Ter profissionais de saúde que me ouçam” foram considerados importantes ou muito importantes por 94% e 88% dos pacientes, respectivamente (SOOTHILL et al., 2001). Estes autores destacaram que o contexto social influenciou na criação de necessidades no paciente. Os pacientes mais propensos a ter uma *unmet need* foram os mais jovens, que apresentavam uma doença crônica ou incapacidade, estavam em piores condições socioeconômicas e não professavam uma fé.

Uma pesquisa realizada com 50 mulheres tratadas de câncer de mama no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro-MG, com faixa etária de 32 a 77 anos, constatou que 82% dessas pacientes consideraram boa ou ótima sua QV pós-tratamento, imputando isso à sua saúde pessoal (26%), fé em Deus (8%), bom relacionamento familiar e social (16%), mais valor à vida (8%), entre outras justificativas. Para 18% delas, a QV foi considerada ruim ou regular com as seguintes justificativas negativas: medo da recidiva (8%), limitação das atividades (6%), idade (4%), problemas financeiros (4%), entre outras (SALES et al., 2001).

A falta de preparo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço para desenvolver o *coping* é um fator que deve ser considerado na reabilitação, sendo mais importante do que o tipo de tratamento recebido ou o local do tumor (MORTON; IZZARD, 2003).

Os cuidados paliativos surgiram dentro de um contexto de possibilitar aos pacientes com doenças crônicas avançadas um alívio dos sintomas e um modo de morrer mais digno e humanizado (MENEZES, 2004). É importante esclarecer que os cuidados paliativos não utilizam medidas terapêuticas curativas, sendo baseados no controle da sintomatologia, principalmente da dor, e na melhoria da QV (BRASIL, 2002a; MENEZES, 2004).

No Brasil, onde mais da metade dos casos de câncer de cabeça e pescoço é diagnosticada em fase avançada, a qual apresenta intensa sintomatologia e grandes limitações funcionais (BRASIL, 2003c), os cuidados paliativos deveriam ser instituídos precocemente, no momento do diagnóstico, visando o controle dos sintomas decorrentes da doença e seu tratamento e melhorar a qualidade de vida ou sobrevida desses pacientes.

---

<sup>2</sup> Unmet needs: é uma necessidade que é supostamente importante ou muito importante para o paciente e é percebida por este como não-satisfeita (SOOTHILL et al., 2001).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O delineamento deste estudo é quantitativo, pois busca descrever variáveis quanto à sua tendência de dispersão central, utiliza o questionário como instrumento de coleta de dados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000) é analítico (visa associar variáveis) é observacional do tipo longitudinal, pois foram feitas duas avaliações prospectivas (SUSIN; RÖSING, 1999).

### **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A investigação foi realizada no setor de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A população-alvo foi constituída de pacientes com o diagnóstico histopatológico de câncer nas regiões de cabeça e pescoço.

Critérios de inclusão: pacientes portadores de tumor primário e não-submetidos a tratamento oncológico até o momento da primeira entrevista.

A prevalência do câncer de cabeça e pescoço para o Rio Grande do Sul foi calculada através do número de casos registrados no Sistema de Morbidade Hospitalar do SUS em 2003 — por local de residência — para neoplasia maligna do lábio, cavidade oral, faringe e laringe, que totalizou 4.907 casos (BRASIL, 2003b), dividido pelo total estimado da população do estado do Rio Grande do Sul para o ano de 2003: 10.512.283 pessoas (RIO GRANDE DO SUL, 2003). A prevalência calculada foi de 0,0467%, que foi aproximada para 0,05%.

Utilizou-se o programa estatístico Epi Info para o cálculo da amostra. Tomou-se como base populacional a média do número total de pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição nos últimos cinco anos (553.716) — exceto emergências — a prevalência do câncer de cabeça e pescoço (0,05%) e a margem de erro de 0,75%. A amostra calculada foi de

28 pacientes (nível de confiança de 90%), mas foram acrescentados mais dois pacientes para se evitar perdas (10% da amostra) (APÊNDICE 5). A amostra foi composta por 30 pacientes do HNSC diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço em atendimento ambulatorial no período de maio a agosto de 2004.

### **4.3 VARIÁVEIS PESQUISADAS**

#### **4.3.1 Variáveis dependentes<sup>3</sup>**

Dor

Fonação

Mastigação

Deglutição

Problemas dentários

Abertura de boca

Irritação na mucosa

Xerostomia

Dificuldade de alimentação

Dificuldade respiratória

Dificuldade para dormir

Sintomas: fraqueza, falta de apetite, náuseas, vômito, obstipação, diarreia, cansaço.

Sintomas psicológicos: dificuldade de concentração, nervosismo, preocupação, irritação, depressão, memória

Uso de medicação

Relacionamento interpessoal

Atividade física

Lazer

Dificuldades financeiras

Alteração de peso

Alimentação parenteral

Uso de suplemento alimentar, excluindo vitaminas

Autopercepção de saúde geral e QV

Condições protéticas

Necessidades protéticas

Cárie

Mucosite

Consulta ao dentista nos últimos seis meses

Hábitos: fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e chimarrão

Mutilação pós-cirúrgica

#### **4.3.2 Variáveis independentes**

Sexo: masculino ou feminino

Faixa etária: menor que 50 anos; 50 a 60 anos; 60 a 70 anos; 70 a 80 anos e 80 a 90 anos

Escolaridade: analfabeto (a); semi-analfabeto (a); 1º, 2º ou 3º grau completo ou incompleto

Renda: menos de um salário mínimo; de 1 a 5 salários mínimos; de 5 a 10 salários mínimos; mais de 10 salários mínimos

Estado civil: possui companheiro (a) ou é casado (a); solteiro (a); divorciado (a); viúvo (a)

Ocupação: aposentado (a); desempregado (a); autônomo (a); trabalhador (a) formal; estudante

---

<sup>3</sup> As variáveis dependentes estão de acordo com os questionários e com a ficha clínica que serão utilizados na pesquisa.

Estadiamento da lesão<sup>4</sup>

Localização (APÊNDICE 4 )

Tipo de tratamento: cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e suas combinações.

#### 4.4 TEMPO DE ACOMPANHAMENTO

Esta pesquisa teve um tempo de acompanhamento de mais de seis meses, pois se tratou de um estudo longitudinal, sendo que a aplicação dos questionários e os exames clínicos odontológicos foram realizados em dois momentos distintos com intervalo de tempo de, no mínimo, seis meses entre eles. Foi utilizado o mesmo protocolo de tempo de estudos similares (ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000; ROGERS et al., 2002a; ROGERS et al., 2002c).

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

**Documentos:** as variáveis estadiamento, localização e tipo de tratamento da lesão foram coletadas dos prontuários hospitalares dos pacientes.

**Questionários:** foram aplicados dois questionários desenvolvidos pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) que avaliam a QV de pacientes com câncer. O primeiro questionário aplicado (Questionário de QV para Câncer, QLQ-C 30\_ *Portuguese Brazilian*, versão 3.0) consta de 30 perguntas com respostas de múltipla escolha (ANEXO 4); já o segundo (Questionário para pacientes com Câncer de cabeça e pescoço, EORTC QLQ – H&N35\_ *Portuguese Brazilian*) é específico para pacientes com câncer localizado nas regiões da cabeça e do pescoço e consta de 34 questões com respostas de múltipla escolha (ANEXO 5). Ambos foram obtidos através do site da *European*

---

<sup>4</sup> De acordo com o TNM Classificação dos Tumores Malignos (BRASIL, 1998), os tumores malignos classificam-se em estágios que variam de 0 a IV, baseados no tamanho da lesão (T), comprometimento dos linfonodos regionais (N) e presença ou ausência de metástases (M).



*Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), já validados para o português, mediante preenchimento de um termo de compromisso por parte da pesquisadora para utilização deles. Nos questionários constam os seguintes domínios: Saúde Geral/QV, Escala Funcional e Escala de Sintomas. A Escala de Sintomas é constituída dos seguintes itens: Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispneia, Insônia, Perda de Apetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras. A Escala Funcional é composta de Função Física, Desempenho Funcional, Função Emocional, Cognitiva e Social. A Tabela 1 ilustra as variáveis e as suas respectivas questões.

**Tabela 1. Variáveis que compõem cada parte do questionário de QV com suas questões correspondentes. Porto Alegre, RS, 2005**

	Número de Questões	Questões
<b>Estado de Saúde Geral/QV</b>		
Saúde Geral/QV	2	29, 30
<b>Escala Funcional</b>		
Função Física	5	1 a 5
Desempenho Funcional	2	6, 7
Função Emocional	4	21 a 24
Função Cognitiva	2	20, 25
Função Social	2	26, 27
<b>Escala de Sintomas</b>		
Fadiga	3	10, 12, 18
Náusea e Vômito	2	14, 15
Dor	2	9, 19
Dispneia	1	8
Insônia	1	11

(continua)

**Tabela 1. Variáveis que compõem cada parte do questionário de QV com suas questões correspondentes. Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

Perda de Apetite	1	13
Constipação	1	16
Diarréia	1	17
Dificuldades financeiras	1	28

#### 4.6 CALIBRAÇÃO

O exame foi realizado por um único examinador que foi previamente calibrado para o índice CPOD e Condições e Necessidades Protéticas. Optou-se por realizar o processo de treinamento e calibração em funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre-Rio Grande do Sul, pois estas pessoas estavam participando da calibração para uma outra pesquisa. E uma outra razão foi evitar a exposição e possível não-colaboração posterior de pacientes da população-alvo deste estudo, já que se tratava também de uma amostra numericamente restrita. Para avaliar a concordância intra-examinador foi realizado o teste Kappa (PEREIRA, 1995), que apresentou os seguintes valores (Tabela 2):

**Tabela 2. Dados de concordância e Kappa intra-examinador para variáveis clínicas pesquisadas. Porto Alegre, RS, 2005**

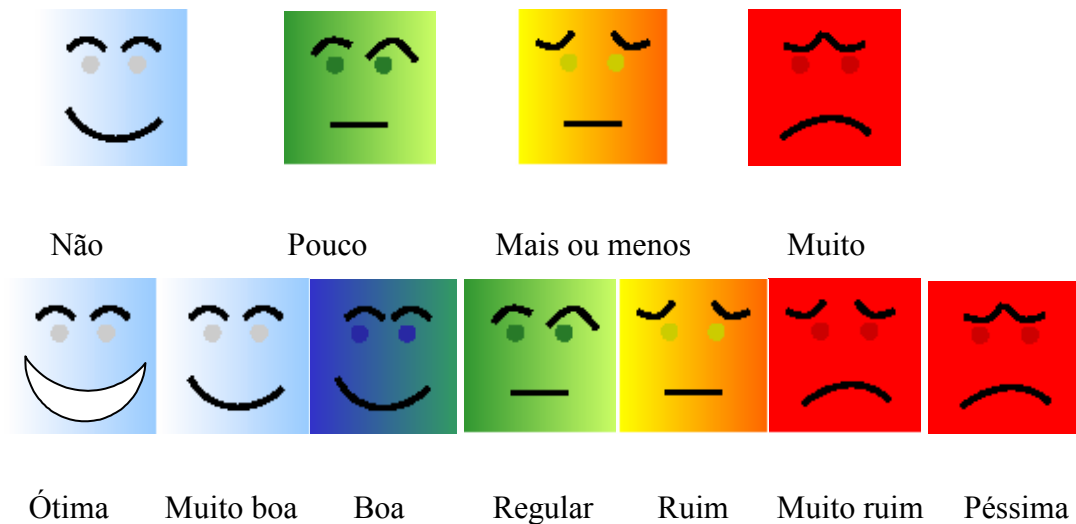
	Cárie de coroa	Cárie de raiz	Uso de prótese	Necessidade de prótese
Concordância Percentual	0,94	0,90	0,98	0,95
Estatística Kappa	0,91	0,80	0,82	0,91

## **4.7 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO**

### **4.7.1 Entrevista**

A própria pesquisadora realizou a aplicação dos questionários aos pacientes. A rotina de atendimento do Ambulatório de Oncologia do HNSC é feita às quintas-feiras à tarde, a partir das 14 h. O paciente com diagnóstico patológico confirmado era convidado pela própria pesquisadora a participar da pesquisa. Em uma sala à parte do ambulatório, foi lido o consentimento informado para o paciente, o qual podia optar pela sua participação ou não no estudo e esclarecer suas dúvidas quanto à pesquisa. Primeiramente eram feitos os questionários, em que era também permitido ao paciente expressar-se sobre a situação que estava vivendo frente à enfermidade. As entrevistas duravam em média 40 minutos com cada paciente.

No decorrer das entrevistas, a pesquisadora notou a dificuldade dos pacientes para responder às questões, e então foi criada uma escala visual de respostas baseada na escala do questionário e na escala de dor de faces e as cores da escala visual analógica. Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (2004), a escala de faces (representada na Figura 1) fornece ao paciente diversos rostos caracterizando uma gradação da dor e, do mesmo modo, a escala visual de cores apresenta uma progressão na intensidade das cores.



**Figura 1. Escala de respostas do questionário.**

#### 4.7.2 Exame Clínico Odontológico

Este foi feito no mesmo dia do questionário, após a aplicação do mesmo. O exame clínico odontológico não foi realizado no ambulatório de Odontologia para evitar deslocar os pacientes do seu local de atendimento oncológico, já que a pesquisa era realizada no intervalo entre as consultas médicas. No momento do exame, o paciente permaneceu sentado em uma cadeira comum e o examinador manteve-se de pé ao lado esquerdo do paciente.

O exame clínico foi realizado com espelho bucal e sonda exploradora da OMS, utilizando a seqüência de exame do quadrante dentário superior direito e completando o exame no quadrante dentário inferior direito, percorrendo assim as duas arcadas. O material de consumo foi constituído por gazes, espátulas de madeira, luvas de procedimento em látex e equipamentos de proteção individual (jaleco, óculos de proteção, gorro, máscara). O próprio examinador anotou os dados na ficha clínica, utilizando um invólucro plástico na caneta como meio de proteção para evitar contaminação cruzada.

Os dados foram registrados em fichas individuais e padronizadas (APÊNDICE 3). Foram utilizados os seguintes critérios:

1. Para cárie: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) proposto pela OMS (1999). Este índice avalia a condição dentária em relação à variável cárie, tanto na coroa quanto na superfície radicular. Nesta pesquisa, não foram utilizados os códigos para tratamento (ANEXO 3).

2. Condições e Necessidades Protéticas: foram utilizados os códigos propostos pela OMS (1999) (ANEXO 3).

3. Para xerostomia: critérios de diagnóstico: avaliação subjetiva da função salivar que consta de quatro questões e respostas sim e não. Para cada quatro repostas afirmativas, é caracterizada a redução do fluxo salivar em 1 mL/min (SREEBNY; VALDINI; BROOK, 1988), porém nesta pesquisa optou-se por considerar suspeita de xerostomia três repostas positivas.

#### **4.7.3 Acompanhamento**

O acompanhamento dos pacientes examinados foi realizado após um período igual ou maior a seis meses a partir da primeira entrevista e exame. Para esta consulta, foram enviadas cartas de rechamada (APÊNDICE 6) para todos os pacientes pesquisados, foram agendadas consultas por telefone, porém o retorno deles à consulta foi muito pequeno. Optou-se então pela realização de visitas domiciliares aos pacientes.

As variáveis mucosite, mutilação pós-cirúrgica e tipo de tratamento oncológico foram coletadas nesta segunda parte do estudo. Foram utilizadas as seguintes fontes de coleta de dados de acordo com as variáveis:

- a) Para mucosite: relato do paciente e/ou diagnóstico médico/odontológico.
- b) Para mutilação pós-cirúrgica: os seguintes critérios foram considerados como mutilação pós-cirúrgica de acordo com o artigo de Baker (1992): dissecação cervical radical, ressecção da bochecha com retalho reparador, parotidectomia total com dano ao nervo facial,

laringectomia total, dissecação cervical bilateral, retirada da órbita ocular, hemimandibulectomia com dissecação cervical radical, amputação nasal, mandibulectomia parcial anterior, mandibulectomia segmental com dissecação cervical radical, retirada da órbita e maxilectomia radical. Nesta pesquisa, acrescentou-se glossectomia parcial e subtotal.

c) Para o tipo de tratamento oncológico: estes dados foram obtidos através de pesquisa em documentos médicos que estavam em posse do paciente, pois apenas o tratamento cirúrgico e quimioterápico eram oferecidos no HNSC, sendo a radioterapia realizada em outras instituições sem o acesso da pesquisadora. E os dados sobre este tratamento não constavam dos prontuários do HNSC, neste constavam somente os procedimentos cirúrgicos e avaliação pós-cirúrgica dos pacientes. Dados sobre o estadiamento dos tumores não foram encontrados nos prontuários médicos.

#### **4.7.4 Controle de Qualidade dos Dados**

Para se manter a qualidade dos dados obtidos, foi realizado o reexame de 10% da amostra; isso caracteriza o teste-reteste ou exame em duplicidade (ABEGG, 2002; OMS, 1999). Foi calculado o coeficiente de correlação entre os dois exames. Os reexames foram realizados de maneira aleatória, de acordo com o cronograma de consultas médicas dos pacientes.

#### **4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados foram analisados através do cálculo dos escores obtidos pela resposta a cada item dos questionários do estudo. Para o cálculo dos escores das escalas, foram feitos o cálculo do *Raw Score* (Escore Bruto) e transformação linear para cada escala (FAYERS et al., 2001). O *Raw Score* consistiu-se no cálculo da soma dos itens incluídos na escala e a divisão pelo número de itens inseridos. O cálculo da transformação linear difere para cada

escala e está demonstrado a seguir. É calculado um escore para cada item das escalas funcional (função física, desempenho funcional, função emocional, cognitiva e social) e de sintomas (fadiga, náusea e vômito, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). A amplitude é a diferença entre o valor máximo possível da escala de respostas do questionário e o valor mínimo.

$$\text{Raw Escore (RS)} = I_1 + I_2 + \dots + I_n / n$$

Transformação Linear

$$\text{Escala Funcional: } S = 1 - \frac{(\text{RS} - 1)}{\text{Amplitude}} \times 100$$

$$\text{Escala de Sintomas: } S = \frac{(\text{RS} - 1)}{\text{Amplitude}} \times 100$$

$$\text{Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida (QV): } S = \frac{(\text{RS} - 1)}{\text{Amplitude}} \times 100$$

O programa estatístico utilizado foi o SPSS versão 8.0. A análise estatística foi realizada através do teste de correlação de Spearman e o teste “t” de Student. Foram considerados os valores de  $p < 0,05$  para as análises.

Salienta-se que altos escores das variáveis que compõem a Escala Funcional (avalia os seguintes aspectos: fraqueza, cansaço, atividade física, lazer, dificuldade de concentração, nervosismo, preocupação, irritação, depressão, memória e relacionamento interpessoal) caracterizam um melhor (saudável) nível funcional, um alto escore para os itens da Escala de Sintomas (nesta escala são avaliados os seguintes itens: fadiga, náusea e vômito, dispnéia, perda de apetite, diarreia, constipação, insônia, dor, dificuldades financeiras, deglutição, queixas, problemas na fonação, dificuldade em realizar refeições em público, problemas com contato social, diminuição da sexualidade, dentes, abertura de boca, boca seca, consistência da saliva, tosse, sentir-se doente, uso de analgésicos, suplementos nutricionais, alimentação por

sonda, perda ou ganho de peso) indica um maior nível de sintomatologia e um elevado escore de QV (Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida) representa uma alta QV (FAYERS et al., 2001).

#### **4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, bem como ao Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovada sua realização em 14 de abril de 2004 e em 31 de agosto de 2004, respectivamente (ANEXOS 1 e 2).

Foi solicitada à coordenação do Serviço de Oncologia permissão para realização deste trabalho (APÊNDICE 2); a mesma será mantida informada de seu andamento, e os resultados deste estudo serão disponibilizados ao HNSC.

Os pacientes que participaram deste estudo assinaram o termo de consentimento informado (APÊNDICE 1), respeitando os princípios de voluntariedade, privacidade e confidencialidade, tendo assegurado os direitos civis descritos no Livro I, Título I, Capítulo II, Artigos 11, 13, 17, 20 e 21 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002b). Todos os pacientes que participaram desta pesquisa receberam orientações verbais, no momento do exame clínico odontológico, sobre medidas preventivas de saúde bucal e encaminhamento para o Serviço de Odontologia do HNSC. Esta pesquisa não acarretou ônus para o HNSC e nem para os pacientes envolvidos neste trabalho.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A rotina de atendimento ambulatorial a pacientes com câncer de cabeça e pescoço era realizada às quintas-feiras, a partir das 14 h, e encerrada quando o último paciente fosse atendido. Eram agendados dez pacientes, os quais tinham suas consultas marcadas antecipadamente; porém o serviço disponibilizava consultas extras para a demanda espontânea. As consultas extras eram marcadas no mesmo dia do atendimento, por ordem de chegada, fazendo com que muitos pacientes e acompanhantes chegassem cedo ao ambulatório e permanecessem até o momento da consulta, que poderia ocorrer no final da tarde. O número total de pessoas atendidas era de 50 pacientes com neoplasias em todas as regiões do corpo por tarde de consulta, ou seja, por quinta-feira.

O espaço físico para atendimento contava com dois consultórios, sendo que alguns atendimentos eram realizados no corredor interno entre eles. O serviço dispunha de um computador, o qual tinha acesso ao prontuário eletrônico dos pacientes, e uma impressora.

O atendimento era feito prioritariamente pelos médicos residentes ou estagiários<sup>5</sup>, em número de seis, estes recebiam os pacientes e efetuavam a consulta (em média de 5 a 10 min) baseada na queixa do paciente, avaliavam exames, comunicavam diagnósticos e prognósticos e marcavam as cirurgias. Dois médicos, funcionários do hospital, sendo um cirurgião oncológico e um cirurgião plástico, acompanhavam este serviço, dando parecer nos casos em que eram solicitados pelos residentes e estagiários, desempenhando papel de preceptores.

O modelo de assistência seguido era o modelo médico hegemônico, no qual o cuidado é centrado na patologia desvinculada do doente e nas decisões do médico. O tratamento

indicado é necessariamente curativo e o paciente é responsabilizado pela sua doença e informado, e não orientado, de que deve abandonar o hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas. Os tratamentos são impostos sem esclarecimentos ao paciente ou aos seus acompanhantes, principalmente sobre a probabilidade de cura e efeitos colaterais. Não havia equipe de saúde presente neste serviço, que contava apenas com profissionais da área médica. O saber das outras áreas era ignorado, e o saber médico, supervalorizado.

## 5.2 PRIMEIRA PARTE DO ESTUDO

Na primeira parte do estudo, foram examinados 30 pacientes, os quais constituíram a amostra da pesquisa. As variáveis dependentes foram avaliadas por intermédio de um questionário (variáveis relacionadas à Qualidade de Vida — QV — e seus respectivos domínios) e ficha clínica (visitas regulares ao cirurgião-dentista, variáveis referentes à condição de saúde bucal — CPOD, Uso e Necessidades protéticas, xerostomia); as variáveis independentes foram coletadas por meio de informações de identificação do paciente (variáveis socioeconômicas) e os dados relativos ao estadiamento, local e tratamento da lesão foram procurados no prontuário médico e/ou exames do paciente.

O perfil da amostra desse estudo foi composta de 83,3% (25) homens e 16,7% (5) mulheres, 67% dos pacientes examinados tinham entre 50 e 60 anos, e a média de idade foi de 59 anos. A maioria dos pacientes (80%) cursou o primeiro grau. Quanto à renda, 83% (25) dos entrevistados recebiam de 1 a 5 salários mínimos, 40% (12) dos pacientes recebiam um salário mínimo. Em relação ao estado civil, 63% (19) dos pacientes relataram viver com um (a) companheiro (a). Com relação à ocupação, 50% das pessoas pesquisadas trabalhavam como autônomas e 40% estavam aposentadas. Das aposentadas (12), nove recebiam um

---

<sup>5</sup> Os médicos residentes eram profissionais graduados em Medicina que estavam cursando a Residência Médica em Cirurgia. Já os estagiários eram alunos da graduação em Medicina, geralmente cursando o último período.

salário mínimo. Detalhes da estatística descritiva das variáveis socioeconômicas estão representados na Tabela 3.

**Tabela 3. Características socioeconômicas da amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Categoria	N (%)	Média (extensão)
Sexo	Mulher	5 (16,7%)	
	Homem	25 (83,3%)	
Faixa etária	< 50 anos	3 (10%)	
	50 a 60 anos	20 (66,7%)	
	61 a 70 anos	4 (13,3%)	59 (44-86)
	71 a 80 anos	2 (6,7%)	
	81 a 90 anos	1 (3,3%)	
Escolaridade	Analfabeto (a)	1 (3,3%)	
	Semi-analfabeto (a)	2 (6,7%)	
	1º grau	24 (80%)	
	2º grau	2 (6,7%)	
	3º grau incompleto	1 (3,3%)	
Renda	< 1 salário mínimo	4 (13,3%)	
	1 salário mínimo	12 (40%)	
	1 a 5 salários mínimos	13 (43,3%)	
	6 a 10 salários mínimos	1 (3,3%)	
Estado civil	Possui companheira (o)	19 (63,3%)	
	Solteiro (a)	1 (3,3%)	
	Divorciado (a)	7 (23,3%)	
	Viúvo (a)	3 (10%)	

(continua)

**Tabela 3. Características socioeconômicas da amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

Ocupação	Aposentado (a)	12 (40%)
	Desempregado (a)	2 (6,7%)
	Autônomo (a)	15 (50%)
	Trabalhador (a) formal	1 (3,3%)

Em relação aos hábitos no momento da entrevista, 53% afirmaram que fumavam, 83% (25) dos pacientes negaram consumir bebidas alcoólicas e 60% expuseram que não ingeriam chimarrão. A porcentagem de pacientes que bebiam e fumavam foi de 13% (4). Com relação a história pregressa dos hábitos, 25 pacientes (83%) relataram ter fumado e 13 (43%) afirmaram ingerir bebidas alcoólicas. As frequências absolutas e relativas dos hábitos pesquisados estão na Tabela 4.

**Tabela 4. Hábitos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Categoria	N (%)	
		Passado	Atual
Fumo	Sim	25 (83,3%)	16 (53,3%)
	Não	5 (16,7%)	14 (46,7%)
Bebida alcoólica	Sim	13 (43,3%)	5 (16,7%)
	Não	17 (53,7%)	25 (83,3%)
Chimarrão atual	Sim	—	12 (40%)
	Não	—	18 (60%)

As variáveis relacionadas à saúde bucal apresentaram-se do seguinte modo: o CPOD foi igual a 26,8, sendo que o componente perdido foi responsável por 91,5% do CPOD, e o componente cariado, por 5,31%. Vinte e três pacientes tinham mais de 20 dentes perdidos,

sendo que doze destes eram completamente edêntulos. O número de dentes cariados ou restaurados variou de zero a dez; sete pessoas possuíam dentes cariados, três possuíam dentes restaurados e quatro possuíam dentes cariados e restaurados.

Para avaliação da qualidade dos dados foi realizado o teste-reteste. O coeficiente de correlação do teste-reteste com 10% da amostra foi de 0,97 para a variável cárie e de 1,00 para uso e necessidade protética superior e inferior. Não foi realizado o teste-reteste com o questionário, pois as perguntas referiam-se à última semana ou semana passada e as consultas aconteciam uma vez por semana, sendo estas respostas variáveis com o passar do tempo.

Quanto às condições protéticas foram: 43% dos pacientes usavam prótese total superior e 23,3% usavam prótese total inferior. Em relação às necessidades protéticas: 20% dos pesquisados necessitavam de prótese total superior e 17% necessitavam de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos na arcada superior; 46,7% dos pacientes necessitavam de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos na arcada inferior e 20% necessitavam de prótese total inferior. Dezenove (63,3%) pacientes queixaram-se de xerostomia. As condições de saúde bucal estão descritas na Tabela 5.

**Tabela 5. Condições de saúde bucal dos pacientes avaliados (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

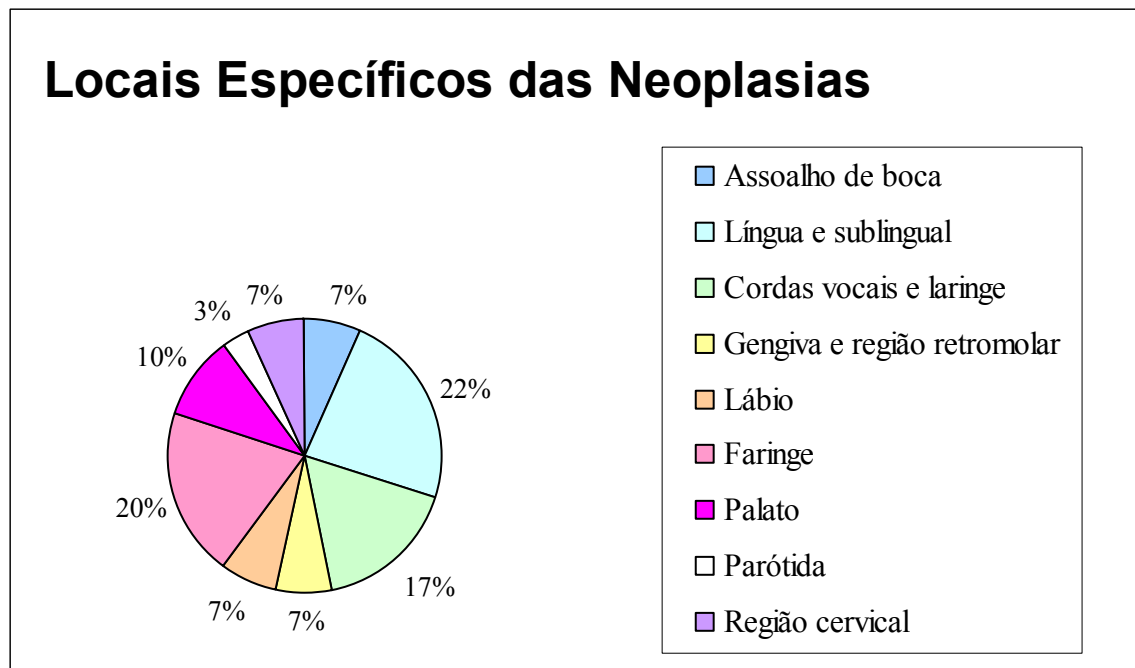
Variáveis	Categoria	N (%)	Média (desvio-padrão)
CPOD	—	—	26,8 (7,2)
Condição protética superior	Não usa prótese	13 (43,3%)	
	Uso de prótese parcial removível	4 (13,3%)	—
	Uso de prótese total	13 (43,3%)	

(continua)

**Tabela 5. Condições de saúde bucal dos pacientes avaliados (n=30). Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

	Não usa prótese	21 (70%)	
Condição protética inferior	Uso de prótese parcial removível	2 (6,7%)	—
	Uso de prótese total	7 (23,3%)	
	Não necessita	19 (63,3%)	
Necessidade protética superior	Necessita de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos	5 (16,7%)	—
	Necessita de prótese total	6 (20%)	
	Não necessita	9 (30%)	
Necessidade protética inferior	Necessita de prótese unitária	1 (3,3%)	
	Necessita de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos	14 (46,7%)	—
	Necessita de prótese total	6 (20%)	
Xerostomia	Sim	19 (63,3%)	
	Não	11 (36,7%)	—

Apenas oito (26,7%) pessoas realizaram consulta odontológica nos últimos seis meses. Quanto ao local específico da lesão, os locais mais prevalentes foram língua e região sublingual (sete pacientes), faringe (orofaringe, epiglote, hipofaringe e supraglote) (seis pacientes) e cordas vocais e laringe (cinco pacientes). A distribuição dos pacientes quanto à localização pode ser vista no gráfico da Figura 2.



**Figura 2.** Gráfico da distribuição dos pacientes (n=30) quanto à localização do tumor.

A média da QV (Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida) da amostra estudada foi de 52 ( $\pm 19,7$ ), sendo que a QV é quantificada através de uma escala que varia de 0 a 100 e este valor não possui unidade de medida. A mediana da QV foi 50, sendo que os valores máximo e mínimo alcançados foram de 92 e zero, respectivamente. Com relação às Escalas Funcional e de Sintomas, os valores medidos estão representados nas Tabelas 6 e 7, respectivamente.

**Tabela 6.** Valores da QV e da Escala Funcional na amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005

	Média	Desvio-padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
QV	52	19,7	50	91,7	0
Função Física	77	20,6	80	100	40
Desempenho Funcional	61	34,9	58	100	0
Função Emocional	50	30,9	54	100	0
Função Cognitiva	73	28,6	83	100	17
Função Social	74	36	100	100	0

**Tabela 7. Valores da Escala de Sintomas nos pacientes pesquisados (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Sintomas	Média	Desvio-padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
Fadiga	29	25	0	78	0
Náusea e Vômito	12	18,5	0	50	0
Dor	46	37,1	0	100	0
Dispneia	26	33,5	0	100	0
Insônia	28	34	0	100	0
Perda de Apetite	17	32,5	0	100	0
Constipação	39	43	33	100	0
Diarréia	4	11,5	0	33	0
Dificuldades Financeiras	43	41,2	33	100	0

A QV esteve correlacionada significativamente com a Função Física e com o Desempenho Funcional, sendo esta última significante a 0,01. Em referência à Escala Funcional, as seguintes correlações foram estatisticamente significantes: Função Física com o Desempenho Funcional, este com a Função Social, Função Emocional com as Funções Cognitiva e Social. Os coeficientes de correlação destas associações apresentaram graus moderados.

Houve correlação significativa entre as Escalas Funcional e de Sintomas para algumas variáveis. A Fadiga demonstrou uma associação negativa com a Função Física, com o Desempenho Funcional e com a Função Emocional (significante a 0,01); isto é, quanto maior for a Fadiga, menores serão a Função Física, o Desempenho Funcional e a Função Emocional. Para a variável Náusea e Vômito, existiu correlação significativa negativa entre esta e Desempenho Funcional, Função Emocional e Função Social, estas últimas foram significantes



a 0,01. À medida que aumenta a Náusea e o Vômito, decresce o Desempenho Funcional e as Funções Emocional e Social.

A Dor esteve associada negativamente com o Desempenho Funcional, quanto maior for a Dor, menor o Desempenho Funcional. As Funções Física, Cognitiva e Social foram correlacionadas negativamente com Dispnéia, sendo que a correlação entre Função Cognitiva e Dispnéia foi significativa a 0,01. Existiu uma correlação significativa entre Perda de Apetite e Desempenho Funcional. Dificuldades Financeiras estiveram associadas negativamente com as Funções Cognitiva e Social. Os coeficientes de correlação entre as Escalas Funcional e de Sintomas mostraram graus moderados. Os coeficientes de correlação na amostra entre a QV e a Escala Funcional entre si e com as demais variáveis examinadas por intermédio do questionário estão ilustrados na Tabela 8.

**Tabela 8. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas nos pacientes examinados (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	QV Coeficiente de correlação (p)	Escala Funcional Coeficiente de correlação (p)				
		Função Física	Desempenho Funcional	Função Emocional	Função Cognitiva	Função Social
QV	1,000 (—)	<b>0,386</b> (0,035)	<b>0,516*</b> (0,004)	0,009 (0,961)	- 0,094 (0,621)	0,197 (0,296)
Função Física	<b>0,386</b> (0,035)	1,000 (—)	<b>0,382</b> (0,037)	0,011 (0,952)	0,203 (0,282)	0,101 (0,595)
Desempenho Funcional	<b>0,516*</b> (0,004)	<b>0,382</b> (0,037)	1,000 (—)	- 0,075 (0,695)	0,042 (0,824)	<b>0,440</b> (0,015)
Função Emocional	<b>0,009</b> (0,961)	<b>0,011</b> (0,952)	- 0,075 (0,695)	1,000 (—)	0,411 (0,024)	<b>0,380</b> (0,039)

(continua)

**Tabela 8. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas nos pacientes examinados (n=30). Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

Função Cognitiva	- 0,094 (0,621)	0,203 (0,282)	0,042 (0,824)	<b>0,411</b> (0,024)	1,000 (—)	0,335 (0,071)
Função Social	0,197 (0,296)	0,101 (0,595)	<b>0,440</b> (0,015)	<b>0,380</b> (0,039)	0,335 (0,071)	1,000 (—)
Fadiga	- 0,305 (0,101)	<b>- 0,389</b> (0,034)	<b>- 0,397</b> (0,030)	<b>- 0,554*</b> (0,001)	- 0,239 (0,203)	- 0,296 (0,112)
Náusea e Vômito	- 0,356 (0,053)	- 0,289 (0,109)	<b>- 0,449</b> (0,013)	<b>- 0,495*</b> (0,005)	- 0,289 (0,121)	<b>- 0,567*</b> (0,001)
Dor	- 0,283 (0,130)	- 0,278 (0,136)	<b>- 0,427</b> (0,019)	- 0,228 (0,225)	- 0,132 (0,486)	- 0,177 (0,350)
Dispneia	-0,190 (0,316)	- 0,394 (0,031)	- 0,261 (0,163)	- 0,340 (0,066)	- 0,498* (0,005)	<b>- 0,426</b> (0,019)
Insônia	- 0,301 (0,106)	- 0,212 (0,262)	- 0,182 (0,336)	- 0,340 (0,066)	0,016 (0,934)	- 0,278 (0,137)
Perda de Apetite	- 0,047 (0,808)	- 0,096 (0,622)	<b>0,392</b> (0,035)	- 0,334 (0,076)	- 0,158 (0,412)	0,017 (0,930)
Constipação	0,183 (0,332)	- 0,349 (0,058)	- 0,189 (0,317)	0,119 (0,531)	- 0,232 (0,217)	- 0,287 (0,124)
Diarréia	0,160 (0,397)	0,166 (0,379)	0,185 (0,327)	0,006 (0,976)	0,119 (0,532)	- 0,062 (0,746)
Dificuldades Financeiras	- 0,249 (0,185)	- 0,282 (0,131)	- 0,327 (0,077)	- 0,203 (0,281)	<b>- 0,407*</b> (0,025)	<b>- 0,484*</b> (0,007)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Quando realizado o Teste de Correlação de Spearman entre as variáveis da Escala de Sintomas, observou-se que a Fadiga esteve correlacionada com Náusea e Vômito, Dor e Insônia, estes dois últimos com significância a 0,01. Náusea e Vômito, além de estarem associados à Fadiga, tiveram associação com Dispneia. Houve correlação entre “Dor e

Fadiga” e “Dor e Insônia”, ambas significantes a 0,01. As variáveis Dispneia e Dificuldades Financeiras apresentaram também uma correlação entre si (significante a 0,01).

Todas as correlações significantes descritas acima entre as variáveis da Escala de Sintomas são diretamente proporcionais; ou seja, o aumento ou a diminuição do escore dessas variáveis implica em uma resposta equivalente no escore das variáveis associadas. Por exemplo, quanto maior forem a Náusea e o Vômito, maior será a fadiga. Os coeficientes de correlação das variáveis da Escala de Sintomas são moderados, exceto para a correlação entre Fadiga e Insônia o qual é considerado um forte grau de correlação. As Tabelas 9 e 10 apresentam os coeficientes de correlação das variáveis da Escala de Sintomas entre si na amostra pesquisada.

**Tabela 9. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispneia e Insônia na amostra estudada (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Escala de Sintomas Coeficiente de Correlação (p)				
	Fadiga	Náusea e Vômito	Dor	Dispneia	Insônia
Fadiga	1,000 (—)	<b>0,450</b> (0,013)	<b>0,480*</b> (0,007)	0,198 (0,295)	<b>0,616*</b> (0,000)
Náusea e Vômito	<b>0,450</b> (0,013)	1,000 (—)	0,205 (0,277)	<b>0,425</b> (0,019)	0,321 (0,084)
Dor	<b>0,480*</b> (0,007)	0,205 (0,277)	1,000 (—)	0,286 (0,125)	<b>0,505*</b> (0,004)
Dispneia	0,198 (0,295)	<b>0,425</b> (0,019)	0,286 (0,125)	1,000 (—)	0,204 (0,280)
Insônia	<b>0,616*</b> (0,000)	0,321 (0,084)	<b>0,505*</b> (0,004)	0,204 (0,280)	1,000 (—)

(continua)

**Tabela 9. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispnéia e Insônia na amostra estudada (n=30). Porto Alegre, RS, 2005(Continuação)**

Perda de Apetite	0,318 (0,093)	0,083 (0,667)	- 0,112 (0,565)	0,189 (0,327)	0,255 (0,183)
Constipação	0,009 (0,963)	- 0,073 (0,702)	0,213 (0,259)	0,147 (0,437)	0,125 (0,511)
Diarréia	- 0,224 (0,233)	- 0,020 (0,915)	- 0,132 (0,487)	0,019 (0,922)	- 0,012 (0,949)
Dificuldades Financeiras	0,167 (0,378)	0,291 (0,119)	0,228 (0,226)	<b>0,499*</b> (0,005)	0,068 (0,720)

Significância Estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

**Tabela 10. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Perda de Apetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras na amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Escala de Sintomas Coeficiente de Correlação (p)			
	Perda de Apetite	Constipação	Diarréia	Dificuldades Financeiras
Fadiga	0,318 (0,093)	0,009 (0,963)	- 0,224 (0,233)	0,167 (0,378)
Náusea e Vômito	0,083 (0,667)	- 0,073 (0,702)	- 0,020 (0,915)	0,291 (0,119)
Dor	- 0,112 (0,565)	0,213 (0,259)	- 0,132 (0,487)	0,228 (0,226)
Dispnéia	0,189 (0,327)	0,147 (0,437)	0,019 (0,922)	<b>0,499*</b> (0,005)
Insônia	0,255 (0,183)	0,125 (0,511)	- 0,012 (0,949)	0,068 (0,720)
Perda de Apetite	1,000 (—)	0,001 (0,998)	- 0,243 (0,203)	- 0,065 (0,736)

(continua)

**Tabela 10. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Perda de Apetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras na amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

Constipação	0,001 (0,998)	1,000 (—)	- 0,042 (0,824)	0,317 (0,088)
Diarréia	- 0,243 (0,203)	- 0,042 (0,824)	1,000 (—)	- 0,024 (0,901)
Dificuldades Financeiras	- 0,065 (0,736)	0,317 (0,088)	- 0,024 (0,901)	1,000 (—)

Significância Estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Com relação à variável CPOD, foram feitas correlações entre os componentes perdido e cariado do CPOD, pois representam um maior impacto na saúde bucal, e as variáveis QV, Escala Funcional e Escala de Sintomas. As correlações entre estas variáveis (Tabelas 11 e 12) foram fracas, sem significância estatística ou inexistentes.

**Tabela 11. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis cariado e perdido, QV e as variáveis da Escala Funcional nos pacientes (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Cariado	Perdido
	Coefficiente de correlação (P)	Coefficiente de correlação (p)
QV	- 0,264 (0,159)	- 0,103 (0,589)
Função Física	0,049 (0,795)	- 0,255 (0,173)
Desempenho Funcional	- 0,124 (0,513)	- 0,013 (0,944)
Função Emocional	0,037 (0,847)	0,058 (0,760)
Função Cognitiva	0,358 (0,520)	- 0,121 (0,524)
Função Social	0,003 (0,989)	0,124 (0,512)

Significância Estatística em negrito.

\* Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

**Tabela 12. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis cariado e perdido e as variáveis da Escala de Sintomas na amostra (n=30). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Cariado Coeficiente de correlação (P)	Perdido coeficiente de Correlação (p)
Fadiga	0,045 (0,815)	-0,056 (0,767)
Náusea e Vômito	0,123 (0,516)	-0,155 (0,413)
Dor	0,108 (0,571)	0,056 (0,767)
Dispnéia	- 0,081 (0,669)	-0,80 (0,673)
Insônia	0,124 (0,514)	-0,304 (0,103)
Perda de Apetite	0,163 (0,397)	0,032 (0,871)
Constipação	- 0,032 (0,868)	-0,032 (0,865)
Diarréia	- 0,138 (0,468)	0,029 (0,878)
Dificuldades Financeiras	- 0,295 (0,114)	0,135 (0,478)

Significância Estatística em negrito.

\* Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

A amostra foi dividida por grupos — de acordo com a necessidade de próteses, hábitos e queixa de xerostomia — para facilitar a análise de características que podem influenciar na QV. O grupo de pacientes que não realizou consulta odontológica nos últimos seis meses foi pequeno (8 pacientes), o que dificultou as análises estatísticas através de Teste de Correlação ou Teste “t” de Student entre os grupos que realizaram ou não consulta odontológica nos últimos seis meses. Também não foi analisada a QV daqueles que usavam ou não prótese, pois não foram feitos testes de qualidade da prótese e nem da eficiência mastigatória, as quais poderiam servir de variáveis de confundimento.

Vinte (66,7%) pacientes da amostra necessitavam de algum tipo de prótese tanto na arcada superior quanto na inferior. Para o grupo de pacientes que necessitavam de prótese, os escores de QV foram levemente maiores do que no grupo daqueles que não necessitavam de

prótese, a Função Física foi semelhante nos dois grupos. O Desempenho Funcional e a Função Social foram menores, mas as Funções Emocional e Cognitiva foram maiores no grupo que necessitava de prótese. Não houve diferenças estatisticamente significantes na comparação das médias nos dois grupos mencionados quanto à QV e Escala Funcional (Tabela 13).

**Tabela 13. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados segundo a necessidade protética. Valores de p pelo teste “t” de Student através da comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Necessita (n=20)		Não Necessita (n=10)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
QV	52,1 (18,3)	54	51,7 (23,3)	50	0,959
Função Física	76,6 (19,4)	80	76,6 (23,0)	80	1,000
Desempenho Funcional	60 (32,6)	58,5	61,6 (40,9)	66,5	0,908
Função Emocional	51,6 (30,1)	58	47,5 (34,1)	50	0,739
Função Cognitiva	77,45 (26,7)	91,5	73,3 (31,7)	67	0,271
Função Social	75 (37,3)	100	77,3 (35,3)	91,5	0,908

Significância estatística em negrito

Quanto aos sintomas, a Fadiga, a Dor e a Insônia alcançaram maiores escores no grupo que necessitava de próteses quando comparado com aqueles que não necessitavam. As variáveis Insônia e Perda de Apetite foram estatisticamente significantes entre os referidos grupos. As médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas nas pessoas com e sem necessidade protética e os valores de p através do Teste “t” de Student estão demonstradas nas Tabela 14.

**Tabela 14. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas na amostra estudada de acordo com a necessidade protética. Valores de p através do teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Necessita* (n=20)		Não Necessita (n=10)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
Fadiga	31,2 (25,6)	22	23,3 (26)	16,5	0,437
Náusea e Vômito	11,7 (19,5)	0	13,2 (17)	0	0,833
Dor	55 (36,3)	58,5	28,5 (33,4)	17	0,064
Dispneia	23,3 (30,8)	0	29,9 (40)	16,5	0,620
Insônia	36,6 (35,8)	33,0	10,0 (22,6)	0	<b>0,041</b>
Perda de Apetite	8,74 (18,7)	0	33,3 (47,1)	0	<b>0,054</b>
Constipação	35 (42,6)	16,5	46,7 (45)	50	0,490
Diarréia	3,3 (10,2)	0	6,6 (13,9)	0	0,465
Dificuldades Financeiras	36,7 (43,2)	16,5	56,8 (35,4)	67	0,213

Significância estatística em negrito

\*A necessidade protética contempla os pacientes que não usam próteses e apresentam espaços protéticos disponíveis.

O grupo de pacientes com xerostomia (n=19) demonstrou menor QV, menor nível funcional e maior sintomatologia quando comparado com aqueles sem queixa de xerostomia (n=11). Houve significância estatística para as variáveis Dispneia e Perda de Apetite, ambas componentes da Escala de Sintomas. As médias, desvios-padrões, medianas da QV, Escala



Funcional e Escala de Sintomas, assim como o teste “t” de Student nos pacientes com e sem xerostomia, estão apresentadas nas Tabelas 15 e 16.

**Tabela 15. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados de acordo com a variável xerostomia. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Xerostomia (n=19)		Não-xerostomia (n=11)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
QV	51 (21,7)	42	53,7 (16,5)	58	0,717
Função Física	74,3 (19,4)	73	80,6 (23)	93	0,435
Desempenho Funcional	56,1 (37,4)	50	68,2 (30,2)	67	0,370
Função Emocional	43,4 (31)	42	62,1 (28,4)	58	0,112
Função Cognitiva	72 (30)	67	75,7 (27,1)	83	0,733
Função Social	72,7 (34,8)	83	77,3 (39,6)	100	0,746

Significância estatística em negrito.

**Tabela 16. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas na amostra estudada segundo a variável xerostomia. Valores de p através do teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Xerostomia (n=19)		Não-xerostomia (n=11)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
Fadiga	34 (27,2)	33	19,2 (20,1)	11	0,102
Náusea e Vômito	14,8 (19,1)	0	7,6 (17,2)	0	0,305
Dor	52,3 (34,8)	50	34,9 (39,7)	17	0,212
Dispneia	35 (36)	33	9,1 (21,6)	0	<b>0,039</b>
Insônia	35,1 (37,7)	33	15,1 (22,9)	0	0,123
Perda de Apetite	26,3 (37,8)	0	0 (0)	0	<b>0,007</b>
Constipação	40,3 (42,5)	33	36,4 (45,9)	0	0,813
Diarréia	1,7 (7,6)	0	9 (15,4)	0	0,167
Dificuldades Financeiras	50,9 (39,2)	67	30,4 (43,4)	0	0,194

Significância estatística em negrito.

Observando o grupo de fumantes (n=16) com relação ao grupo dos não-fumantes (n=14), aquele grupo apresentou valores médios maiores de QV (Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida) — relativa apenas à percepção que consta nas questões 29 e 30 do questionário, porém este grupo possui menor QV no geral —, Função Física, Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispneia, Insônia, Perda de Apetite e Constipação. No grupo dos não-fumantes, os maiores escores médios foram para Desempenho Funcional, Função Emocional, Função

Cognitiva, Diarréia e Dificuldades Financeiras. Esses dados estão representados na Tabelas 17 e 18, além do teste “t” de Student.

O grupo dos fumantes mostrou um maior prejuízo na Escala Funcional e um maior impacto quanto aos sintomas do que o grupo dos não-fumantes, apesar do primeiro grupo relatar uma maior QV, porém houve significância estatística para a variável Dor.

**Tabela 17. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional, na amostra estudada segundo o hábito de fumar. Valores de p obtidos pelo teste “t” de Student na comparação das médias. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Fumantes (n=16)		Não-fumantes (n=14)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
QV	52,6 (21,4)	50	51,2 (18,3)	54	0,849
Função Física	80 (18,9)	83,5	72,7 (22,6)	73	0,344
Desempenho Funcional	55,3 (36,4)	50	66,6 (33,4)	75	0,384
Função Emocional	43,2 (32,7)	46	58,3 (27,8)	58	0,187
Função Cognitiva	65,6 (30,7)	67	82,1 (24)	100	0,115
Função Social	69,8 (40)	91,5	79,7 (31,5)	100	0,460

Significância estatística em negrito.

**Tabela 18. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas em fumantes e não-fumantes. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Fumantes (n=16)		Não-fumantes (n=14)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
Fadiga	32,7 (26,9)	22	23,8 (23,9)	22	0,350
Náusea e Vômito	13,5 (21,2)	0	10,6 (15,3)	0	0,680
Dor	61,4 (39,3)	75	28,6 (25,6)	17	<b>0,011</b>
Dispneia	27,1 (37)	0	23,7 (30,5)	16,5	0,791
Insônia	31,2 (31)	33	23,8 (38)	0	0,562
Perda de Apetite	17,8 (37,6)	0	16,6 (28,4)	0	0,922
Constipação	45,9 (48,5)	33,5	30,9 (35,7)	33	0,339
Diarréia	4,1 (11,3)	0	4,7 (12)	0	0,891
Dificuldades Financeiras	39,6 (44,3)	16,5	47,6 (38,7)	50	0,604

Significância estatística em negrito.

Cinco pacientes afirmaram ingerir bebidas alcoólicas no momento da entrevista, sendo este um número muito pequeno de indivíduos para serem feitas comparações com o grupo daqueles que não ingeriam bebidas alcoólicas.

Os indivíduos pesquisados que ingerem chimarrão (n=12) apresentaram maior QV, porém menor nível funcional e maior sintomatologia do que aqueles que não ingeriam

chimarrão (n=18), entretanto essas diferenças entre as médias não foram estatisticamente significantes, sendo demonstrados nas Tabelas 19 e 20.

**Tabela 19. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados de acordo com o hábito de ingerir chimarrão. Valores de p obtidos na comparação das médias pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Chimarrão (n=12)		Não-chimarrão (n=18)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
QV	58,4 (23,8)	62,5	47,8 (15,7)	50	0,146
Função Física	71,6 (21,3)	73	79,9 (20,1)	83,5	0,285
Desempenho Funcional	63,9 (30)	67	58,3 (38,4)	50	0,672
Função Emocional	41,6 (33,3)	41,5	56 (28,8)	58	0,217
Função Cognitiva	61,2 (30,4)	58,5	81,4 (24,9)	100	0,055
Função Social	70,8 (40,3)	100	76,8 (33,9)	91,5	0,666

Significância estatística em negrito.

**Tabela 20. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas em indivíduos que ingerem ou não chimarrão. Valores de p pelo teste “t” de Student. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Chimarrão (n=12)		Não-chimarrão (n=18)		Teste “t” (p)
	Média (desvio- padrão)	Mediana	Média (desvio- padrão)	Mediana	
Fadiga	31,6 (29)	22	26,5 (23,6)	22	0,602
Náusea e Vômito	9,7 (18)	0	13,8 (19,1)	0	0,554
Dor	47,3 (41,3)	41,5	45,4 (35,1)	41,5	0,895
Dispneia	38,8 (42,3)	33	16,6 (23,6)	0	0,117
Insônia	22,2 (32,8)	0	31,4 (35,2)	33	0,474
Perda de Apetite	21,2 (40,2)	0	14,8 (28,5)	0	0,620
Constipação	52,8 (46)	50	29,6 (39,5)	0	0,152
Diarréia	2,8 (9,5)	0	5,5 (12,7)	0	0,527
Dificuldades Financeiras	52,8 (43,8)	67	37,1 (39,5)	33	0,313

Significância estatística em negrito.

### 5.3 SEGUNDA PARTE DO ESTUDO

**Devagar aprendo sobre a importância da impotência. Experimento isto em minha vida e em meu trabalho. O segredo é não ter medo, não fugir. Os pacientes sabem que não somos deuses. Tudo o que pedem é que não desistamos deles.** (Psicóloga)  
(MENEZES, 2004, p.111)

No acompanhamento, a taxa de pacientes que retornaram ao hospital para a entrevista foi muito baixa e uma razão apresentada para isto foi a não-colaboração dos residentes à pesquisa, pois não havia concordância entre a data de reconsulta marcada pela pesquisadora e pelos residentes médicos, apesar de isto ser acordado previamente em todos os dias de atendimento. Outro fator que impediu um maior comprometimento dos residentes foi que estes tinham estágios rotativos de um mês em cada área do hospital dificultando a formação de vínculo com a pesquisadora, mudança de Hospital para continuidade do tratamento, recusa de ser tratado, poucas condições financeiras e morte do paciente. A maior parte desses motivos foi averiguada pela pesquisadora no momento da visita domiciliar. A amostra nesta segunda parte do estudo foi reduzida à metade, sendo que dez pacientes foram a óbito antes da visita domiciliar e cinco pacientes não foram encontrados. Isto caracterizou uma perda de 50% da amostra.

O perfil deste grupo de pacientes (n=15) foi maioria do sexo masculino (86,7%), na faixa etária de 50 a 60 anos (80%) com média de idade de 57,8 anos. O grau de escolaridade foi o 1º grau (86,7%), a renda foi de um a cinco salários mínimos para 60% da amostra, de um salário mínimo para 33,3% e uma pessoa (6,7%) recebia menos de um salário mínimo.

Sessenta por cento dos pesquisados (as) vivem com um (a) companheiro (a), 46,7% trabalham como autônomos e 40% são aposentados.

Quatro pacientes realizaram consulta odontológica nos últimos seis meses, apesar da pesquisadora encaminhá-los ao Serviço de Odontologia do HNSC, o qual já estava ciente deste encaminhamento e da prioridade destes pacientes. Três destes realizaram a consulta no Serviço de Odontologia do HNSC, mas não foram realizados procedimentos clínicos ou preventivos devido à falta de preparo dos cirurgiões-dentistas do serviço em lidar com pacientes oncológicos. Quanto à saúde bucal destes pacientes, dois pacientes apresentaram perdas dentárias após o primeiro exame e entrevista, dois pacientes tiveram um aumento no número de dentes afetados por cárie e dois mostraram um incremento na perda dentária e no número de dentes cariados. O CPOD foi de 27,7 nesta segunda parte do estudo, sendo que na primeira parte foi de 26,8. Um dos pacientes diminuiu o seu CPOD, pois no momento do segundo exame mostrou um pré-molar inferior hígido recém-erupcionado, o qual estava incluso no momento do primeiro exame clínico. A Tabela 21 ilustra a mudança na condição dentária dos pacientes examinados nesta segunda fase do estudo.



**Tabela 21. Comparação da condição dentária dos pacientes examinados na primeira e segunda fase da pesquisa (n=15). Porto Alegre, RS, 2005**

	Cariados	Cariados	Restaurados	Restaurados	Perdidos	Perdidos	CPOD	CPOD
	Parte I	Parte II	Parte I	Parte II	Parte I	Parte II	Parte I	Parte II
1	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	1	1	<b>14</b>	<b>18</b>
2	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>27</b>
3	0	0	0	0	31	31	31	31
4	<b>4</b>	<b>5</b>	0	0	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>18</b>
5	0	0	0	0	32	32	32	32
6	0	0	3	3	23	23	26	26
7	4	4	0	0	27	27	31	31
8	3	3	0	0	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
9	0	0	0	0	32	32	32	32
10	<b>0</b>	<b>1</b>	0	0	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>25</b>
11	<b>0</b>	<b>0</b>	2	2	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
12	0	0	0	0	32	32	32	32
13	0	0	0	0	32	32	32	32
14	0	0	0	0	32	32	32	32
15	0	0	0	0	<b>32*</b>	<b>31*</b>	<b>32*</b>	<b>31*</b>

Valores que mudaram em negrito.

\*Este paciente apresentou um dente erupcionado no segundo exame, alterando assim seu CPOD.

Quanto à condição protética, duas pessoas usam prótese superior e quatro usam próteses superior e inferior, os tipos de próteses usadas são parcial removível e total. No período do primeiro exame, dois pacientes usavam prótese superior, um paciente usava próteses superior e inferior e um paciente usava prótese inferior, porém eles não estavam utilizando-as no segundo exame. Um paciente não usava prótese no primeiro exame, mas

estava utilizando no segundo. Três pacientes necessitam de próteses na arcada inferior e oito necessitam tanto de prótese superior quanto inferior, os tipos de prótese necessários são: prótese unitária, associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos e prótese total. Um paciente necessitou de prótese unitária, pois tinha uma perda dentária.

Quatro pacientes permaneceram fumando, um paciente afirmou ingerir bebidas alcoólicas e seis pessoas continuaram a ingerir chimarrão. O tratamento realizado foi a combinação de cirurgia e radioterapia em 11 pacientes, dois foram submetidos à cirurgia, um foi tratado com quimioterapia e radioterapia, e um paciente decidiu não realizar nenhum tratamento. Cinco pacientes relataram ter sido afetados pela mucosite, seis queixaram-se de xerostomia (ambos os grupos foram tratados com cirurgia e radioterapia) e sete sofreram algum tipo de mutilação. O fato de alguns pacientes apresentarem mudança na xerostomia de presença (sim) para ausência (não) na primeira para a segunda parte do estudo pode ser explicado pela limitação do questionário utilizado que contempla quatro itens, então se o paciente apresentava duas queixas de xerostomia, isso não era considerado de acordo com o questionário, que considerava xerostomia quando eram respostas afirmativas para todos os itens. A mudança na variável xerostomia nos dois períodos de exame está demonstrada na Tabela 22.

**Tabela 22. Comparação da variável xerostomia nos pacientes examinados nas duas fases da pesquisa (n=15). Porto Alegre, RS, 2005**

	Xerostomia Parte I	Xerostomia Parte II
1	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
2	Não	não
3	Não	Não
4	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
5	sim*	Sim*
6	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
7	Não	Não
8	sim*	Sim*
9	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
10	Não	Não
11	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
12	Não	Não
13	sim*	Sim*
14	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
15	Não	Não

Valores que mudaram em negrito.

\*Estes pacientes permaneceram com sintomas de xerostomia.

A média da QV da primeira e da segunda parte do estudo foram semelhantes, não apresentando correlação estatisticamente significativa. Com relação à Escala Funcional, a Função Física, o Desempenho Funcional e a Função Social decresceram, mas a Função Cognitiva aumentou, apresentando uma correlação significativa, com coeficiente de correlação de grau moderado. A média da Função Emocional permaneceu sem alterações nas duas etapas da pesquisa. A Tabela 23 mostra as médias, os desvios-padrões e as medianas da QV e Escala

Funcional na amostra (n=15) nas duas etapas da pesquisa, além do Coeficiente de Correlação de Spearman e os valores de p.

**Tabela 23. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis QV e da Escala Funcional nos pacientes pesquisados (n=15). Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala Funcional. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Parte I		Parte II		Coeficiente de correlação (p)
	Média (desvio-padrão)	Mediana	Média (desvio-padrão)	Mediana	
QV	55,5 (19,2)	58,3	55 (21,5)	58,3	0,124 (0,660)
Função Física	75,6 (21,3)	73,3	53,3 (34,1)	60	0,447 (0,095)
Desempenho Funcional	60,0 (32)	66,7	51,1 (41,9)	50	0,272 (0,326)
Função Emocional	58,9 (26,3)	58,3	58,9 (28,9)	58,3	0,280 (0,311)
Função Cognitiva	71,1 (31,2)	83,3	74,5 (33,3)	100	<b>0,522</b> (0,046)
Função Social	74,4 (32,1)	83,3	65,5 (33,0)	66,7	0,462 (0,083)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

A sintomatologia agravou-se na segunda parte do estudo quando comparada com a primeira, todas as variáveis da Escala de Sintomas mostraram aumento de suas médias. Houve correlações significantes para as variáveis Dispnéia e Insônia (significante a 0,01). Os graus dos coeficientes de correlação para a Dispnéia e Insônia entre si foram fortes. A Tabela 24 ilustra as médias, os desvios-padrões e as medianas da Escala de Sintomas nas pessoas estudadas (n=15) nas duas fases do estudo e o Coeficiente de Correlação e os valores de p entre estas variáveis.

**Tabela 24. Médias, desvios-padrões e medianas das variáveis da Escala de Sintomas nos pacientes pesquisados (n=15). Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis de Sintomas. Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Parte I		Parte II		Coeficiente de correlação (p)
	Média (desvio-padrão)	Mediana	Média (desvio-padrão)	Mediana	
Fadiga	25,9 (22,2)	22,2	40,7 (37,7)	33,3	0,287 (0,300)
Náusea e Vômito	8,9 (15,3)	0	15,6 (26,3)	0	0,421 (0,118)
Dor	35,6 (37,2)	16,7	47,8 (44,5)	50	0,281 (0,310)
Dispnéia	24,4 (29,5)	33,3	28,9 (37,6)	0	<b>0,605</b> (0,017)
Insônia	20 (30,3)	0	42,2 (46,3)	33,3	<b>0,824*</b> (0,000)
Perda de Apetite	13,3 (27,6)	0	42,2 (47,9)	0	0,086 (0,761)
Constipação	40 (42,2)	33,3	28,9 (37,5)	0	0,371 (0,174)
Diarréia	2,2 (8,6)	0	8,9 (26,6)	0	- 0,092 (0,744)
Dificuldades Financeiras	37,8 (37,6)	33,3	46,7 (41,5)	37,3	- 0,346 (0,207)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Na segunda parte do estudo, a variável QV esteve correlacionada com Desempenho Funcional (grau de correlação moderado), Função Emocional (grau de correlação forte com significância a 0,01) e com Função Cognitiva (grau de correlação forte com significância a 0,01). A Função Física foi associada com o Desempenho Funcional (grau de correlação forte

com significância a 0,01). Houve correlação forte entre a Função Emocional e a Função Cognitiva (significante a 0,01) e entre a Função Cognitiva e a Função Social.

Quanto às correlações realizadas entre a QV, a Escala Funcional e a Escala de Sintomas, a QV apresentou associação moderada e inversa com a Fadiga, a Náusea e Vômito e a Insônia. Houve forte correlação negativa (significante a 0,01) entre a Função Física e os sintomas Fadiga, Náusea e Vômito, Dor e Insônia. O Desempenho Funcional correlacionou-se negativamente com a Fadiga (grau de correlação forte com significância a 0,01), Náusea e Vômito, Insônia (grau de correlação forte com significância a 0,01) e Perda de Apetite (grau de correlação forte com significância a 0,01). A Função Social esteve inversamente associada com a Dor (grau de correlação forte). A Tabela 25 mostra os coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional com as demais variáveis estudadas na amostra desta segunda parte (n=15).

**Tabela 25. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas no questionário da EORTC QLQ-C30 nos indivíduos examinados (n=15). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	QV Coeficiente de Correlação (p)	Escala Funcional Coeficiente de Correlação (p)				
		Função Física	Desempenho Funcional	Função Emocional	Função Cognitiva	Função Social
QV	1,000 (—)	0,488 (0,065)	<b>0,572</b> (0,026)	<b>0,680*</b> (0,005)	<b>0,674*</b> (0,006)	0,455 (0,088)
Função Física	0,488 (0,065)	1,000 (—)	<b>0,683*</b> (0,005)	0,240 (0,389)	0,171 (0,543)	- 0,003 (0,992)
Desempenho Funcional	<b>0,572</b> (0,026)	<b>0,683*</b> (0,005)	1,000 (—)	0,410 (0,129)	0,396 (0,144)	0,049 (0,863)

(continua)

**Tabela 25. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV e da Escala Funcional e demais variáveis avaliadas no questionário da EORTC QLQ-C30 nos indivíduos examinados (n=15). Porto Alegre, RS, 2005 (Continuação)**

Função Emocional	<b>0,680*</b> (0,005)	0,240 (0,389)	0,410 (0,129)	1,000 (—)	<b>0,753*</b> (0,001)	0,470 (0,077)
Função Cognitiva	<b>0,674*</b> (0,006)	0,171 (0,543)	0,396 (0,144)	<b>0,753*</b> (0,001)	1,000 (—)	<b>0,607</b> (0,016)
Função Social	0,455 (0,088)	- 0,003 (0,992)	0,049 (0,863)	0,470 (0,077)	<b>0,607</b> (0,016)	1,000 (—)
Fadiga	- 0,590 (0,021)	<b>- 0,878*</b> (0,000)	<b>- 0,750*</b> (0,001)	- 0,359 (0,189)	- 0,351 (0,200)	0,034 (0,903)
Náusea e Vômito	<b>- 0,594</b> (0,020)	<b>- 0,631*</b> (0,012)	<b>- 0,619</b> (0,014)	- 0,432 (0,108)	- 0,404 (0,135)	- 0,297 (0,283)
Dor	- 0,492 (0,063)	<b>- 0,651*</b> (0,009)	- 0,407 (0,132)	- 0,194 (0,488)	- 0,480 (0,070)	<b>- 0,585</b> (0,022)
Dispneia	- 0,239 (0,392)	- 0,369 (0,175)	- 0,200 (0,475)	- 0,091 (0,746)	- 0,192 (0,492)	- 0,208 (0,458)
Insônia	<b>- 0,529</b> (0,043)	<b>- 0,884*</b> (0,000)	<b>- 0,713*</b> (0,003)	- 0,432 (0,107)	- 0,314 (0,254)	- 0,125 (0,658)
Perda de Apetite	- 0,439 (0,102)	- 0,475 (0,073)	<b>- 0,731*</b> (0,002)	- 0,159 (0,570)	- 0,157 (0,577)	- 0,075 (0,789)
Constipação	- 0,057 (0,840)	- 0,165 (0,557)	- 0,306 (0,268)	- 0,369 (0,176)	- 0,328 (0,232)	0,055 (0,845)
Diarréia	0,128 (0,650)	- 0,110 (0,698)	- 0,083 (0,768)	- 0,213 (0,447)	- 0,207 (0,458)	- 0,130 (0,643)
Dificuldades Financeiras	- 0,264 (0,342)	- 0,094 (0,739)	- 0,069 (0,807)	- 0,091 (0,747)	- 0,275 (0,321)	- 0,461 (0,684)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Quando as variáveis da escala de Sintomas foram correlacionadas entre si as seguintes associações estiveram presentes: Fadiga com Náusea e Vômito (grau de correlação forte com significância a 0,01) e Insônia (correlação forte significativa a 0,01); Náusea e Vômito com Dor (correlação moderada) e Insônia (correlação forte significativa a 0,01); Dor com Insônia

(correlação moderada); Perda de Apetite com Náusea e Vômito (correlação forte com significância a 0,01); Dificuldades Financeiras com Náusea e Vômito (forte grau de correlação). As Tabelas 26 e 27 demonstram os coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas nos pacientes pesquisados (n=15).

**Tabela 26. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre todas as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Fadiga, Náusea e Vômito, Dor, Dispnéia e Insônia na amostra estudada (n=15). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Escala de Sintomas Coeficiente de Correlação (p)				
	Fadiga	Náusea e Vômito	Dor	Dispnéia	Insônia
Fadiga	1,000 (—)	<b>0,645*</b> (0,009)	0,487 (0,066)	0,365 (0,269)	<b>0,855*</b> (0,000)
Náusea e Vômito	<b>0,645*</b> (0,009)	1,000 (—)	<b>0,542</b> (0,037)	- 0,072 (0,799)	<b>0,750*</b> (0,001)
Dor	0,487 (0,066)	<b>0,542</b> (0,037)	1,000 (—)	0,350 (0,201)	<b>0,521</b> (0,047)
Dispnéia	0,365 (0,269)	- 0,072 (0,799)	0,350 (0,201)	1,000 (—)	0,233 (0,403)
Insônia	<b>0,855*</b> (0,000)	<b>0,750*</b> (0,001)	<b>0,521</b> (0,047)	0,233 (0,403)	1,000 (—)
Perda de Apetite	0,451 (0,092)	<b>0,753*</b> (0,001)	0,372 (0,172)	0,037 (0,897)	0,493 (0,062)
Constipação	0,201 (0,472)	0,320 (0,246)	0,028 (0,920)	0,252 (0,365)	0,309 (0,263)
Diarréia	0,266 (0,338)	0,191 (0,496)	0,079 (0,780)	0,181 (0,518)	0,283 (0,307)
Dificuldades Financeiras	0,135 (0,632)	<b>0,605</b> (0,017)	0,320 (0,244)	- 0,274 (0,324)	0,275 (0,322)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .



**Tabela 27. Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas e as variáveis Perda de Apetite, Constipação, Diarréia e Dificuldades Financeiras nos pacientes pesquisados (n=15). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Escala de Sintomas Coeficiente de Correlação (p)			
	Perda de Apetite	Constipação	Diarréia	Dificuldades Financeiras
Fadiga	0,451 (0,092)	0,201 (0,472)	0,266 (0,338)	0,135 (0,632)
Náusea e Vômito	<b>0,753*</b> (0,001)	0,320 (0,246)	0,191 (0,496)	<b>0,605</b> (0,017)
Dor	0,372 (0,172)	0,028 (0,920)	0,079 (0,780)	0,320 (0,244)
Dispnéia	0,037 (0,897)	0,252 (0,365)	0,181 (0,518)	- 0,274 (0,324)
Insônia	0,493 (0,062)	0,309 (0,263)	0,181 (0,518)	- 0,274 (0,324)
Perda de Apetite	1,000 (—)	0,428 (0,111)	0,283 (0,307)	0,275 (0,322)
Constipação	0,428 (0,111)	1,000 (—)	- 0,084 (0,767)	- 0,192 (0,493)
Diarréia	- 0,084 (0,767)	0,435 (0,105)	1,000 (—)	0,056 (0,842)
Dificuldades Financeiras	0,254 (0,360)	- 0,192 (0,493)	0,056 (0,842)	1,000 (—)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Não foram realizados Testes de Correlação ou teste “t” de Student entre os diferentes tipos de tratamento e ausência do mesmo devido ao pequeno número de pessoas em cada grupo de tratamento, sendo que no grupo de não-tratamento havia uma pessoa. Por estas mesmas razões, não foram feitas as análises estatísticas para o grupo de pacientes que afirmou

ter realizado consulta odontológica nos últimos seis meses (quatro pessoas), ter sido afetado por Mucosite e por Xerostomia (cinco e seis pacientes, respectivamente), além de que a associação entre Mucosite e QV seria melhor verificada no período suscetível de desenvolvimento desta lesão (uma a duas semanas após início da radioterapia ou quimioterapia).

O paciente que decidiu não realizar o tratamento oncológico tinha 73 anos e apresentou melhor QV e nível funcional do que a média para os pacientes tratados, exceto para a Função Emocional (58) que foi um pouco menor que a média (58,9). Comparando-se os dois momentos do estudo, houve diminuição da Função Emocional (de 67 para 58), porém aumento na Função Social (de 67 para 83), isso é explicado pela mudança de residência do paciente que morava em Porto Alegre com um irmão também idoso para uma cidade do interior, morando com a família do filho, composta de 4 pessoas. O paciente passou a cuidar de sua neta de cinco anos de idade, sentindo-se, então, mais útil. A QV e as demais variáveis da Escala Funcional permaneceram inalteradas em ambos os momentos avaliados. Este paciente demonstrou baixa sintomatologia nos dois períodos estudados, mas aumento na Fadiga (de 0 para 22), manutenção da Dispneia (33 em ambos), diminuição da Constipação e Diarréia (ambas de 33 para 0); as Dificuldades Financeiras decorrentes da doença ou do tratamento médico diminuíram no segundo momento do estudo (de 67 para 0). Sua Escala de Sintomas foi menor do que a média para os pacientes tratados, significando menor sintomatologia.

Verificou-se, porém, a correlação entre QV e a variável Mutilação, já que 46,7% dos pacientes (n=7) foram afetados por esta condição. A Mutilação foi correlacionada negativamente com o Desempenho Funcional (forte grau de correlação significativa a 0,001).

A Tabela 28 apresenta as médias, desvios padrões, medianas, Coeficientes de Correlação de Spearman e valores de p entre a QV, Escala Funcional e Mutilação nos pacientes examinados.

**Tabela 28. Médias, desvios-padrões, medianas, Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis QV, da Escala Funcional e mutilação nos indivíduos examinados (n=7). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Média (desvio-padrão)	Mediana	Coefficiente de correlação (p)
QV	62,6 (22,3)	67	- 0,389 (0,151)
Função Física	64 (31,8)	73	- 0,296 (0,284)
Desempenho Funcional	77 (35,6)	91,5	- <b>0,633*</b> (0,007)
Função Emocional	67,6 (23,3)	71	- 0,342 (0,212)
Função Cognitiva	89,6 (19,7)	100	- 0,489 (0,064)
Função Social	72 (21,7)	75	0,175 (0,533)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

Houve baixa sintomatologia nos pacientes mutilados, sendo que nenhum deles apresentou sintoma de Náusea e Vômito. Estatisticamente, foram observadas correlações significantes entre Mutilação e as variáveis: Náusea e Vômito e Perda de Apetite, ambas com forte grau de correlação significativa a 0,01, entretanto não existe associação entre Mutilação e Náusea e Vômito, logo esta correlação foi um resultado que não reflete a realidade<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Callegari-Jacques (2004).

**Tabela 29. Médias, desvios-padrões, medianas e Coeficientes de Correlação de Spearman e os valores de p entre as variáveis da Escala de Sintomas e mutilação nos pacientes avaliados (n=7). Porto Alegre, RS, 2005**

Variáveis	Média (desvio-padrão)	Mediana	Coeficiente de correlação (p)
Fadiga	23,5 (33,3)	16,5	0,485 (0,067)
Náusea e Vômito	0	0	<b>0,737*</b> (0,002)
Dor	39,5 (44,4)	25	0,242 (0,385)
Dispneia	33,4 (39,9)	16,5	- 0,118 (0,375)
Insônia	20,8 (35,2)	0	0,466 (0,080)
Perda de Apetite	12,5 (35,4)	0	<b>0,699*</b> (0,006)
Constipação	12,4 (17,1)	0	0,388 (0,153)
Diarréia	4,1 (11,7)	6	0,052 (0,853)
Dificuldades Financeiras	25 (29,7)	16,5	0,577 (0,024)

Significância estatística em negrito.

\*Correlação significativa no nível de  $p < 0,01$ .

## 6 DISCUSSÃO

O HNSC foi selecionado para esta pesquisa por atender pacientes exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e ser considerado referência regional e estadual, e também devido à facilidade de acesso da pesquisadora ao local. De acordo com Kligerman (1998), os procedimentos ambulatoriais atingem aproximadamente 80% da assistência oncológica do SUS, e são prestados, em sua grande maioria, por instituições estaduais e municipais. Além disso, as quimioterapias de medicação oral não são disponibilizadas pela assistência privada.

O modelo de assistência do Setor de Oncologia do HNSC é o modelo hegemônico, centrado nas decisões médicas. É importante salientar que, de acordo com Roncalli (2003), o modelo assistencial hegemônico é baseado no mecanicismo, no biologicismo, no individualismo, na especialização e na exclusão de práticas alternativas. Este modelo de assistência caracteriza-se por ser hospitalocêntrico, medicalizador, excludente, mercantil, dicotômico e pouco resolutivo.

Na amostra, a pesquisadora precisou calcular a prevalência do câncer de cabeça e pescoço para o Rio Grande do Sul, pois não havia a incidência nem a prevalência calculada para a população deste estado para o ano de 2003. A Secretaria Estadual de Saúde disponibiliza o número de casos de registro populacional até 1999 (BRASIL, 1999). Uma limitação desse cálculo é utilizar a morbidade hospitalar (disponível na Base de dados do Sistema Único de Saúde) e não a morbidade populacional (BRASIL, 2003b).

Para o cálculo da amostra, foi utilizada a média populacional, isto é, o número médio de pacientes atendidos nos ambulatórios nos últimos cinco anos. Esse procedimento foi realizado devido à impossibilidade de se saber quantos pacientes de câncer de cabeça e pescoço eram atendidos no HNSC, pois só era registrado o número total de atendimentos mensais feitos pela Oncologia de Cabeça e Pescoço, não-discriminado por pacientes. Foi

escolhido de modo aleatório o erro de 0,75% para o cálculo da amostra, bem como o nível de confiança de 90%.

A amostra deste estudo constou de 30 pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Oncologia do HNSC, nos períodos de maio a agosto de 2004. Essa amostra condiz com a média mensal de 36 pacientes tratados para cabeça e pescoço no ano de 2001 nos seis centros de tratamento oncológico do SUS em Porto Alegre-RS, CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com uma média de idade de 59 anos. O câncer de cabeça e pescoço é mais prevalente no sexo masculino e na faixa etária acima dos 50 anos (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; BRASIL, 2003c; NEVILLE et al., 2004b).

Dos casos de câncer tratados pelo SUS em Porto Alegre, no período de 2000 a 2001, através de quimioterapia e/ou radioterapia, predominaram os tumores de cabeça e pescoço no sexo masculino, e nas mulheres, câncer de mama e colo uterino. Os tumores de cabeça e pescoço foram primeiro lugar no número de casos tratados, superando os cânceres de pulmão e de próstata (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

No momento da primeira entrevista 83% dos pacientes relataram história passada do hábito de fumar e 43% do hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Mais da metade dos pacientes fumava, 16,7% consumiam bebidas alcoólicas e 13% afirmaram beber e fumar na entrevista inicial. Isso indica a manutenção de hábitos que são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço, podendo influir negativamente no tratamento oncológico (HOSSFELD et al., 1989; CERNEA, 1991; SCHWARTSMANN, 1991; DEL GLIGIO, 1999; DEDIVITIS, 2000).

Não foram considerados nesta pesquisa os hábitos pregressos dos pacientes com relação ao uso de fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e chimarrão, pois não se trata de um estudo caso-controle onde é investigada causalidade (RODRIGUES; WERNECK, 2004).

O CPOD dos pacientes pesquisados foi 26,8, sendo 91,5% deste representado pelo componente perdido e 5,13% pelo cariado. Os dados do Levantamento Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), SB Brasil, no ano de 2003, mostram que no grupo etário de 65 a 74 anos — faixa etária mais próxima da média de idade dos pacientes estudados — o CPOD foi igual a 27,8. O componente perdido representou 93% deste índice, e o componente cariado 4,43%. Logo, o CPOD e seus componentes apresentaram pequena diferença nesses estudos.

Comparando-se a condição protética dos pacientes examinados com o grupo de 65 a 74 anos avaliado no SB Brasil (BRASIL, 2004b), a maioria dos examinados de ambos os estudos não usava prótese ou usa prótese total tanto na arcada superior (86,6% dos pacientes e 91,4% dos idosos do SB Brasil) quanto na inferior (93,3% e 66,6% respectivamente). Aproximadamente 63% dos pacientes não necessitavam de prótese superior, e 67,7% dos idosos examinados no SB Brasil (BRASIL, 2004b) também não necessitavam. Na arcada inferior, 30% dos pacientes não necessitavam de prótese, e 43,9% dos idosos do estudo do SB Brasil (BRASIL, 2004b) necessitavam. O tipo de prótese que os pacientes examinados mais necessitaram foi prótese total na arcada superior e, na arcada inferior, uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos, enquanto no SB Brasil (BRASIL, 2004b) a necessidade prevalente foi de prótese total nas arcadas superior e inferior.

O critério subjetivo utilizado para avaliar a xerostomia (SREEBNY; VALDINI; BROOK, 1988) foi escolhido em detrimento de outros, como o Inventário de Xerostomia (THOMSON; WILLIAMS, 2000), que consta de 11 questões, devido ao número reduzido de perguntas, pois já seria utilizado um questionário de QV (qualidade de vida) com 65 itens.

Aproximadamente 63% dos pacientes avaliados queixaram-se de xerostomia no momento da primeira entrevista. Nicolatou-Galitis et al. (2003) afirmaram que a xerostomia pode ser influenciada pelo estado psicológico e somático e pelo estado de hidratação do paciente, entre outros fatores.

A variável Consulta ao Dentista nos Últimos Seis Meses foi avaliada para conhecer se havia uma rotina de visita e se o dentista poderia estar envolvido no diagnóstico e posterior acompanhamento do paciente com câncer. 26,7% da amostra realizaram consulta odontológica nos seis meses anteriores à primeira entrevista, e nenhum paciente mencionou ter sido diagnosticado do câncer pelo cirurgião-dentista, indicando que a suspeita de diagnóstico de câncer e o encaminhamento para o Serviço de Oncologia não foi realizada por este profissional, o qual não foi mencionado por nenhum paciente pesquisado. Dos 30 pacientes pesquisados, 22 não realizaram consulta odontológica nos últimos seis meses, sendo que o cirurgião-dentista não participou do processo diagnóstico. Sabe-se que o campo de atuação do cirurgião-dentista é a cavidade bucal, porém como profissional de saúde, o cirurgião-dentista deveria observar as alterações e/ou queixas do paciente de modo integral e encaminhá-lo ao profissional especialista.

Esse fato pode ser explicado pela dificuldade de acesso da maioria da população brasileira ao Serviço de Saúde Bucal. Dados do SB Brasil (BRASIL, 2004b) sobre acesso a serviços odontológicos mostraram que, na faixa etária de 65 a 74 anos, 5,83% nunca tinham ido ao dentista, 16,83% tinham consultado há menos de um ano e 65,69% há mais de três anos. 0,58% consultaram por causa de feridas, caroços ou manchas na boca, que podem ser sinais precoces do câncer bucal (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; BRASIL, 2003c; NEVILLE et al., 2004b). O motivo prevalente de consulta odontológica foi dor (48,12%),



porém, o câncer, em seus estágios iniciais, é geralmente indolor (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; BRASIL, 2003c; NEVILLE et al., 2004b).

Em relação ao local específico da lesão, tumores na cavidade bucal foram os mais prevalentes na amostra, destacando-se a região da língua e a sublingual. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) comprovam que o câncer da cavidade bucal é o mais comum da região de cabeça e pescoço, com exceção do câncer de pele (BRASIL, 2001).

A média da Qualidade de Vida (QV) dos pacientes estudados foi 52, menor que a média relatada para pacientes com câncer de cabeça e pescoço no manual de valores de referência do questionário EORTC QLQ-C30, que foi 70 (DE GRAEFF et al., 1998). Os itens da Escala Funcional tiveram médias de 50 a 77, com menor média para a Função Emocional (50), e a maior para a Função Física. Embora essas médias tenham sido menores do que as referidas no manual (variação entre 85,1 a 86,4), houve uma semelhança na distribuição das médias das variáveis: menor média para a Função Emocional (70) e maior para a Função Física (86,4). A sintomatologia foi maior na amostra pesquisada do que nos pacientes do manual; as maiores diferenças foram entre a Dor (46 e 22,5, respectivamente), Dispneia (26 e 16,6 respectivamente), Constipação (39 e 8,1, respectivamente) e Dificuldades Financeiras (43 e 11,4 respectivamente). Entretanto, deve-se atentar para as diferenças entre as populações das quais as amostras se originam: Brasil (presente estudo) e Holanda, Suécia e Noruega (amostra do manual de valores de referência [DE GRAEFF et al., 1998]).

Foram observadas correlações da QV com a Função Física e com o Desempenho Funcional, e este se relaciona com a Função Física e com a Função Social. O câncer nas regiões de cabeça e pescoço e seu tratamento não representam uma ameaça à vida destes pacientes, mas modificam sua auto-imagem, confiança, aparência e capacidade funcional (HUTTON; WILLIAMS, 2001).

Houve correlação entre a Função Emocional e as Funções Cognitiva e Social, e entre estas últimas e as Dificuldades Financeiras. O sofrimento dos pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço foi agravado pela dificuldade de comunicação e pelo dano na autoconfiança (HUTTON e WILLIAMS, 2001).

A Dispneia foi correlacionada com Dificuldades Financeiras. Este dado pode ser explicado pela dificuldade de acesso dos pacientes pesquisados aos Serviços de Saúde, o que prejudica um controle adequado dos sintomas.

A Insônia foi associada com a Dor nos pacientes examinados. Para Souza (1999), a Insônia pode ser um sintoma de distúrbios médicos, sendo causada por fatores não-específicos, como por exemplo, a dor.

A amostra foi dividida em grupos de acordo com as características pesquisadas: necessidade protética, xerostomia, fumo, consumo de bebidas alcoólicas e ingestão de chimarrão. A avaliação da QV nos pacientes que necessitam de prótese demonstrou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a QV e Escala Funcional dos grupos que necessitam ou não de prótese, apesar do Desempenho Funcional e da Função Social serem menores no grupo de pacientes que necessitam de prótese. A Fadiga, a Dor e a Insônia tiveram maior impacto no grupo que necessita de próteses, quando comparado com aqueles que não necessitam. As variáveis Insônia e Perda de Apetite foram estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Para Moroi, Okimoto e Terada (1999), o uso de próteses dentárias é importante na preservação da QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. De acordo com Allison, Locker e Feine (1999), as pessoas totalmente edêntulas e que não usam prótese estariam mais preparadas para enfrentar os transtornos decorrentes do tratamento do câncer, devido à superação de problemas anteriores, como a adaptação às perdas dentárias. Esses dados estão

coerentes com os resultados alcançados, apesar de somente quatro pacientes do grupo que necessita de próteses serem completamente edêntulos.

Pessoas com mais de 25 dentes apresentam melhor QV do que aquelas com menos dentes (STEELE et al., 2004). Segundo Chen, Harmon e Andersen (1997), o impacto das doenças bucais na vida das pessoas é subestimado; este impacto não afeta apenas o bem-estar físico, mas também o psicológico e o social.

O grupo de pacientes com xerostomia obteve menor QV e maiores dificuldades funcionais e sintomas do que o grupo sem xerostomia. O primeiro grupo apresentou mais Dispneia e Perda de Apetite do que o segundo, sendo estas diferenças significativas.

A xerostomia afeta negativamente a QV (GUCHELAAR; VERMESA; MEERWALDT, 1997). Segundo Eisbruch (2003a), a xerostomia em pacientes com câncer é prevalente antes do tratamento radioterápico; esta condição provoca dificuldade de mastigação e deglutição, e aumenta a suscetibilidade a lesões na mucosa bucal.

Os pacientes fumantes tiveram uma maior QV, porém menor nível funcional e mais sintomas, principalmente Dor, a qual foi estatisticamente significativa. Com relação ao resultado da QV no grupo de fumantes, é necessário lembrar que a QV (Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida) é subjetiva, portanto avaliada pelo próprio paciente, podendo não condizer com a real QV que leva em conta outras variáveis (Escala Funcional e Escala de Sintomas) e não apenas as questões 29 e 30 sobre a percepção do paciente sobre sua saúde geral e qualidade de vida (FAYERS et al., 2001).

A ingestão de chimarrão não causou impacto significativo sobre a QV dos pacientes examinados, porém, a literatura carece de informações sobre este dado.

O estudo não demonstrou correlação significativa entre QV e dentes perdidos ou cariados. Sugere-se que isso não foi demonstrado devido ao uso de estratégias de *coping* em

relação à saúde bucal, as quais são influenciadas por características individuais e coletivas, como a cultura. Para Chen, Harmon e Andersen (1997), a percepção e o relato de sintomas e condições bucais são influenciados pelos níveis de tolerância e sensibilidade aceitos pelo indivíduo e pela sociedade na qual ele está inserido; a comunidade onde a pessoa reside exerce forte influência sobre a adaptabilidade individual às doenças bucais e suas conseqüências.

Além disso, para a maioria das pessoas, as condições bucais não alteram o curso de suas vidas, e nem trazem sérias incapacidades, apesar de gerar um impacto sobre a vida diária (LLEWELLYN; WARNAKULASURIYA, 2003).

No Brasil, como em outros países, a perda dentária é aceita como conseqüência inevitável do envelhecimento (DRAKE; HUNT; KOCH, 1995; CASTILHOS, 2001). Na amostra de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, na qual a média de idade foi de 59 anos, a provável crença nesse mito poderia explicar também a ausência de correlação entre QV e dentes perdidos.

Sugere-se o uso de instrumentos específicos que meçam a QV relacionada à saúde bucal, pois a avaliação de variáveis clínicas é limitada. De acordo com Chen, Harmon e Andersen (1997), a qualidade de vida bucal (*oral quality of life*) busca compreender o efeito das doenças bucais sobre o bem-estar psicológico e social, avaliando as seguintes dimensões: sintomas físicos, percepção de bem-estar (autopercepção de saúde bucal e satisfação com a aparência de dentes e/ou próteses), capacidade funcional e aspecto social.

Na segunda parte do estudo, houve perda de 50% da amostra, fato que interferiu na análise estatística, já que, de acordo com Abegg (2002), a perda de mais de 20% da amostra pode comprometer as análises dos resultados, pois os indivíduos que participaram desta fase da pesquisa podem ter características diferentes daqueles que não participaram; isto é, os

pacientes que morreram poderiam ter uma condição de saúde bucal melhor e pior QV ou ao contrário. Entretanto, optou-se pela realização da análise estatística dos dados dos quinze pacientes pesquisados na segunda parte do estudo, pois a perda em si de 50% da amostra representa um dado importante a ser analisado, e esta análise evita a perda destes dados, bem como lhes dá utilidade.

Esta perda é prevista na literatura, pois o câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil, com taxa de sobrevivência dependente do estágio do tumor de até cinco anos para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço (BRASIL, 2001; BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

O CPOD de 66,7% dos quinze pacientes pesquisados não sofreu alterações entre os dois exames realizados. Um estudo realizado por Allison, Locker e Feine (1999) mostrou que 81,4% dos pacientes tratados de câncer do trato aerodigestivo superior não tiveram mudança no estado dentário após o diagnóstico e tratamento do tumor.

Bundgaard, Tandrup, Elbrond (1993) descreveram mudanças no estado dentário (perda de dentes e próteses) na mandíbula de dez dos 43 pacientes pesquisados, e na maxila de oito, após o tratamento de câncer bucal (destes dois pacientes foram tratados com cirurgia, quatro com radioterapia e quatro pela combinação de ambos os tratamentos). Isso está de acordo com a pesquisa de Rogers et al. (2002b), em que houve deterioração no estado dentário (perda dentária e desuso das próteses) no período de seis meses pós-tratamento (cirurgia e/ou radioterapia) em pacientes com câncer bucal e orofaríngeo.

Na segunda entrevista, quatro pacientes relataram ter realizado consulta odontológica nos últimos seis meses, apesar da pesquisadora ter encaminhado todos os pacientes examinados ao Serviço Odontológico do HNSC. Tal fato pode ser atribuído à falta de recursos financeiros (dificuldade de locomoção) ou à pouca consciência sobre a importância da saúde

bucal ou sobre o papel do CD na prevenção e tratamento das intercorrências do câncer na cavidade bucal e seu tratamento.

Um estudo realizado em Chicago avaliou o acompanhamento odontológico de 334 pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia. O acompanhamento era constituído de consultas odontológicas trimestrais durante o primeiro ano após a radioterapia, e a seguir semestrais. Os pacientes eram encaminhados pelo Setor de Oncologia do próprio hospital para as consultas odontológicas, as quais não tinham custo para eles. Após um ano, somente 28% dos pacientes continuaram a rotina de acompanhamento odontológico. Este fato foi explicado pela complexidade do tratamento odontológico e das seqüelas relacionadas a condições não-odontológicas, pouca prioridade quanto à saúde bucal e baixo nível socioeconômico (TOLJANIC; HESHMATI; BEDARD, 2002). Os autores sugerem que as consultas odontológicas sejam realizadas concomitantemente às médicas.

Segundo Carlson (2002), o acompanhamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço é importante devido à avaliação de reincidências ou desenvolvimento de novos tumores primários, ao suporte psicológico e social para o paciente e seus familiares e ao monitoramento dos efeitos colaterais do tratamento oncológico.

Os princípios do SUS garantem à população brasileira o direito à universalidade de acesso a todos os serviços de saúde, à integralidade e à igualdade da assistência (BRASIL, 1990). Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço têm o direito de ser atendidos na rede de saúde dos seus municípios de origem (princípio da descentralização) ou no próprio hospital onde é realizado o tratamento oncológico (princípios da integralidade da assistência e resolutividade dos serviços), já que o HNSC dispõe de Serviço Odontológico.

Com relação ao tipo de tratamento oncológico, a maioria dos pacientes foi tratada com cirurgia e radioterapia. A QV no acompanhamento dos pacientes foi semelhante à da primeira

parte da pesquisa, houve uma correlação significativa entre a Função Cognitiva dos dois períodos, a qual aumentou. Houve uma diminuição do nível funcional geral nesta segunda parte do estudo, e também um aumento da sintomatologia, especificamente Dispnéia e Insônia. A QV esteve correlacionada com o Desempenho Funcional e com as Funções Emocional e Cognitiva. A Função Física foi associada com o Desempenho Funcional, e a Função Cognitiva com as Funções Emocional e Social.

Ao longo do tempo, a QV dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço sofre mudanças, em alguns domínios há uma melhora, enquanto em outros há uma diminuição (GRITZ et al., 1999).

Schliephake et al. (1998) relataram um aumento não-significativo da QV no período pós-operatório de seis meses em pacientes tratados de câncer bucal; os pacientes com menores danos na fonação apresentaram uma melhor QV. Os pacientes com tumores orofaríngeos, câncer avançado e aqueles tratados pela combinação de radioterapia e cirurgia relatam piores conseqüências funcionais (ROGERS, 2001; ANDERSON; LEWTHWAITE; YEATS, 2001).

No estudo de De Graeff et al. (1999), existiu diminuição da Função Física e aumento dos sintomas nos pacientes avaliados aos seis meses após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, porém a QV permaneceu inalterada antes e seis meses depois do tratamento.

Na primeira parte da pesquisa, a Fadiga associou-se negativamente com a Função Física, com o Desempenho Funcional e com a Função Emocional. Na segunda parte, a Fadiga e a Insônia se correlacionaram negativamente com a QV, com a Função Física e com o Desempenho Funcional. De acordo com Wharton (2002a), a fadiga afeta a QV de pacientes com câncer mesmo antes do tratamento oncológico ser instituído, limitando as atividades diárias, comprometendo física, emocional e socialmente a pessoa afetada.

A Fadiga mostrou-se associada com a Dor (na primeira parte do estudo), com Náusea e Vômito e com a Insônia (tanto na primeira como na segunda parte do estudo). A dor, modificações no padrão do sono e refluxos gástricos no período de sono noturno podem causar fadiga (WHARTON, 2002a).

A Dor foi correlacionada com o Desempenho Funcional no primeiro momento do estudo. Já no segundo momento, a Dor foi associada ao decréscimo do Desempenho Funcional e da Função Social nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A dor pode ser persistente ou recorrente no local da ressecção do tumor ou do linfonodo removido, causando um impacto significativo na QV (SCHLIEPHAKE et al., 1995). Segundo Morton e Izzard (2003), as queixas principais dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço no acompanhamento estão relacionadas à fonação, deglutição e dor.

O sintoma de Náusea e Vômito foi associado inversamente com as Funções Emocional e Social (durante a primeira parte do estudo), com a QV e a Função Física (na segunda parte) e com o Desempenho Funcional (em ambas). A Dispneia teve um impacto negativo nas Funções Física, Cognitiva e Social durante a primeira parte da pesquisa, e foi associada à Náusea e Vômito. A Perda de Apetite esteve correlacionada com baixo Desempenho Funcional (nos dois momentos do estudo) e com Náusea e Vômito (no segundo momento).

Segundo o INCA (BRASIL, 2002a), a Náusea e o Vômito ocorrem em 60% dos pacientes com câncer avançado, e o uso de opióides pode contribuir para a manifestação desse sintoma. As causas associadas a Náusea e Vômito são constipação, tosse, ansiedade, entre outras. A Náusea e o Vômito, a irritabilidade e a cefaléia estão entre os sintomas da Dispneia, que é comum em 60 a 70% dos pacientes com câncer avançado. As causas da Dispneia incluem dor, ansiedade, tosse e obstrução das vias aéreas superiores. A Perda de Apetite é o



segundo sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado; a náusea pode causar perda de apetite, o que condiz com os dados da pesquisa.

De acordo com Schliephake et al. (1995), tanto a perda de apetite quanto a mudança no tipo e consistência da dieta influencia na diminuição da qualidade de vida de pacientes tratados cirurgicamente de tumores intra-bucais.

Para avaliação da mucosite foi perguntado ao paciente se ele apresentou alguma ferida dolorosa na boca, diagnosticada ou não, na época da radioterapia ou da quimioterapia. Optou-se por este procedimento por que as sessões de radioterapia, mais indicadas que as de quimioterapia, eram realizadas em outras instituições, tornando difícil o acompanhamento pela pesquisadora de todos os pacientes pesquisados que foram submetidos à radioterapia.

A avaliação subjetiva de mucosite foi realizada, pois, de acordo com Rose-Ped et al. (2002), as seqüelas dolorosas foram consideradas pelos pacientes como a pior parte do tratamento oncológico. “Seqüelas dolorosas são memoráveis<sup>7</sup>” (tradução nossa). (ROSE-PED et al., 2002, p. 464.)

Cinco pacientes relataram apresentar mucosite durante a radioterapia, mas como não foi possível a realização da entrevista no período suscetível de mucosite, as análises estatísticas não foram realizadas; porém, há comprovação na literatura de que a mucosite causa dor intensa, distúrbios no paladar, entre outras, comprometendo a mastigação, deglutição e fonação; enfim, causando prejuízo a QV dos pacientes afetados por esta condição patológica (FISHER et al., 2003; GARDEN, 2003; NEVILLE, 2004a).

Metade dos pacientes que se queixaram de xerostomia pós-tratamento tinham sido submetidos à radioterapia. Esse resultado foi semelhante ao estudo de Bjordal et al. (1995), em que 50% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia

---

<sup>7</sup> "Painful sequelae are memorable".

apresentaram sintomas de xerostomia no período de um a seis anos após o início do tratamento.

Bäckström et al. (1995) identificaram que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia e com sintomas de xerostomia ingeriam menos calorias e micronutrientes.

Devido ao pequeno número de indivíduos que apresentaram xerostomia, não foram feitas análises estatísticas entre esta variável e a QV. Henson et al. (2001) afirmaram que não há uma definição clara do impacto da xerostomia e da disfunção salivar sobre a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia.

Em relação ao fumo, aproximadamente 73% dos quinze pacientes pesquisados não continuaram a fumar; esses dados são opostos aos de Bjordal et al. (1995), onde 22% de 50 pacientes pararam de fumar após o tratamento. Esses autores indicam a implementação de programas que auxiliem o paciente a parar de fumar.

Para Baker (1992), a continuidade de hábitos nocivos como fumo e ingestão de álcool representam barreiras para a reabilitação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

A Mutilação esteve presente em sete pacientes, e foi correlacionada significativamente com o Desempenho Funcional e com a Perda de Appetite. Para Schliephake et al. (1998), a extensão e o local das ressecções de tecidos moles nas cirurgias orais de remoção de câncer têm um impacto significativo sobre a função pós-operatória.

No decorrer das entrevistas, a pesquisadora notou a dificuldade dos pacientes para responder às questões devido à baixa escolaridade, por isso foi desenvolvida uma escala visual de resposta. Rocha (2002) também citou a baixa escolaridade dos pacientes como uma das dificuldades de sua pesquisa sobre QV.

O questionário utilizado nesta pesquisa (EORTC QLQ-C30) não possui questões sobre espiritualidade. Esta característica não reconhece a importância da espiritualidade como ferramenta para o *coping* de pacientes com câncer. De acordo com Roberto (2004), a espiritualidade pode ser definida como "...lado mais elevado e sublime da vida, sendo um potencial humano cultivado pelas pessoas, independentemente de pertencerem ou não a uma dada religião". (p.151)

Diversos artigos descrevem a influência da espiritualidade no desenvolvimento de estratégias de *coping*, relacionando-se positivamente com a QV em pacientes oncológicos. O estudo da espiritualidade é fundamental para compreensão integral do ser humano, da análise de sua saúde e de sua QV (SALES et al., 2001; ROCHA; FLECK, 2004; SARRIERA, 2004).

Segundo Menezes (2004), os pacientes com câncer de cabeça e pescoço geralmente não aceitam sua condição, podendo apresentar um comportamento de indignação e rebeldia. McGoldrick (2001) afirma que as respostas de *coping* primeiramente são choque e negação, seguidos de ira, depressão e, por fim, aceitação.

Para Rogers (2001), todos os profissionais de saúde da equipe oncológica, inclusive o cirurgião-dentista, deveriam ser capacitados para aconselhamento informal dos pacientes e para encaminhá-los ao especialista quando necessário.

A literatura é unânime em afirmar o papel de uma equipe de saúde multidisciplinar no cuidado e suporte ao paciente oncológico e sua família (SOOTHILL et al., 2001; WHARTON, 2002b; GELLRICH et al., 2002b).

É essencial a investigação da QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, a qual deve ser incorporada à prática clínica, devido a sua utilidade no processo de decisão de tratamento, controle das seqüelas, instituição de medidas preventivas, enfim, melhoria da

sobrevida desses pacientes (ROGERS, 2001; BOTTOMLEY, 2002; MORTON; IZZARD, 2003; MOVSAS, 2003).

Observou-se nesta pesquisa a necessidade que o paciente com câncer de cabeça e pescoço e seus familiares têm de serem ouvidos e acompanhados em um momento que é de sofrimento e perplexidade frente ao diagnóstico da doença, e no processo de aprender a lidar com as condições adversas do tratamento, controlando ou evitando-as. A vida do paciente oncológico e de seus familiares é submetida a uma dura mudança na rotina e nas relações afetivo-sociais existentes entre eles. O paciente torna-se fragilizado e dependente à medida que a doença avança e também em consequência da agressividade do seu tratamento.

A relação profissional de saúde-paciente-familiar deve ser baseada em princípios de solidariedade, confiança, clareza, respeito e conhecimento das limitações de cada parte deste elo. É importante que o profissional de saúde lembre-se que o centro deste relacionamento é o paciente, portanto o exercício do lado humano do cuidado oncológico deve ser buscado: ouvir, orientar, adequar protocolos e amparar o enfermo e seus familiares. A formação de vínculos entre profissionais de saúde, pacientes e familiares auxilia no tratamento do câncer, na melhoria da qualidade de vida e, em alguns casos, na condução de um modo de morrer mais digno. O fato de metade da amostra estudada ter falecido durante a pesquisa e as precárias condições de sobrevida dos outros pacientes, demonstram que ainda há um campo vasto a ser trabalhado dentro do Serviço de Oncologia, modificando não apenas estruturas físicas, mas integrando profissionais de saúde e construindo novos modelos de cuidado baseados na qualidade de vida.

## 7. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo pode-se concluir que:

1. O impacto do câncer de cabeça e pescoço sobre a percepção de QV foi moderado, não houve perda significativa no nível funcional e foi observada pouca sintomatologia na primeira parte do estudo, esses valores foram menores do que os da literatura.
2. Os pacientes com queixa de xerostomia apresentaram uma pior QV, maior sintomatologia e prejuízo funcional.
3. Não houve diferença entre a QV dos pacientes quanto à necessidade de prótese, porém os pacientes que necessitavam de prótese tinham os piores escores de Dor, Insônia e Fadiga.
4. Os pacientes fumantes tiveram menor mediana de QV, menor nível funcional e mais sintomas (prioritariamente, Dor) do que o grupo de não-fumantes.
5. A ingestão de chimarrão não foi associada com QV ou qualquer uma de suas Escalas.
6. Não houve correlação significativa entre os componentes cariado e perdido do CPOD e a QV em nenhum momento do estudo.
7. Foi observado um aumento no CPOD, ao longo do tempo, dos pacientes que participaram da segunda parte do estudo.
8. Nos dois momentos do estudo, a maioria dos pacientes pesquisados não realizou consulta odontológica nos últimos seis meses. Não foi possível verificar a associação entre QV e visita ao dentista nos últimos seis meses devido ao pequeno número de pacientes que realizou esta consulta.

9. A QV permaneceu constante no decorrer do estudo; a Função Cognitiva aumentou, porém, o nível funcional diminuiu e a sintomatologia foi ampliada, especialmente Dispneia e Insônia.
10. A mutilação foi significativamente correlacionada com baixo Desempenho Funcional e com maior Perda de Appetite.
11. Não foi possível estabelecer correlações entre a variável Mucosite e a QV.
12. A avaliação clínica das variáveis de saúde bucal (CPOD, Condições e Necessidades Protéticas) foi insuficiente para predizer a correlação entre a condição de saúde bucal e a QV, impedindo a mensuração desta relação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A QV dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço pesquisados foi mediana, com maiores impactos com relação a Dor e as Dificuldades Financeiras relativas à sua condição física ou tratamento médico. A xerostomia e a manutenção de hábitos como o uso de fumo comprometeu a QV. Ao longo do tempo, as condições de saúde bucal são pioradas com maior perda dentária e número de dentes cariados; a QV permanece constante, porém há uma diminuição no nível funcional e aumento da sintomatologia. De acordo com este estudo, a análise de variáveis clínicas de saúde bucal não foi relacionada à QV, o que torna imprescindível a realização de mais estudos com outros instrumentos que são mais sensíveis para avaliar esta relação.

## **RECOMENDAÇÕES**

É fundamental o papel do cirurgião-dentista na equipe oncológica, atuando de modo a controlar os danos decorrentes do câncer de cabeça e pescoço e as seqüelas do seu tratamento, tais como xerostomia e perda dentária. Esta equipe multidisciplinar tem a função de assistir o paciente com câncer de cabeça e pescoço de forma integral, minimizando os danos da doença e seu tratamento e auxiliando na conquista diária de uma melhor QV para o paciente e seus familiares.



## REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C 30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v.85, p.365-376, 1993.
- ABEGG, C. Como fazer levantamento de dados. In: BÊRNI, D. de A. (Coord.) **Técnicas de pesquisa em economia**: transformando curiosidade em conhecimento. São Paulo: Saraiva, 2002. p.133-151.
- ABREU, C. E. V.; SILVA, J. L. F. Teleterapia. In: PARISE JUNIOR, O. **Câncer de boca**: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. p.153-159.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-274, mar./ago. 2004.
- ALLISON, P. J.; LOCKER D.; FEINE, J. S. The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. **Oral Oncology**, Oxford, v.35, p.138-143. 1999.
- ANDERSON, G.; LEWTHWAITE, A.; YEATS, N. Quality of life following surgery for oral and pharyngeal malignancy. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, p.163, 2001. Letters.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n.2, p.273-294, 1998.
- BÄCKSTRÖM, U. F. et al. Dietary intake in head and neck irradiated patients with permanent dry mouth symptoms. **Eur. J. Cancer. Part B, Oral Oncol.**, New York, v.31B, n.4, p.253-257, 1995.
- BAKER, C. Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer. **Cancer Nursing**, New York, v.15, n.6, p.395-400, 1992.
- BALIGA, M. et al. Quality of Life following Surgery for Oral and Pharyngeal Malignancy. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, n.6, p.487, 2001. Letters.
- BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.50, n.2, p.95-101, 2004.
- BJORDAL, K. et al. Patients self-reported and clinician-rated quality of life in head and neck cancer patients: a cross-sectional study. **Eur. J. Cancer. Part B, Oral Oncol.**, New York, v.31B, n.4, p.235-241, 1995.
- BOTTOMLEY, A. The cancer patient and quality of life. **The Oncologist**, Durham, v.7, p.120-125, 2002.

BOZCUK, H. et al. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.10, p.51-57, 2002.

BRAGA FILHO, A. B.; FERREIRA, P. R. Princípios de tratamento radioterápico. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1991. p. 97-105.

BRASIL. Anvisa. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080\\_90.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080_90.htm)>. Acesso em: 25 de maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência À Saúde. Instituto Nacional de Cancer. **TNM: classificação dos tumores malignos**. Tumores da cabeça e pescoço 5. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. p. 19-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Registros de câncer de base populacional**. [Rio de Janeiro], 1999. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/cgi/frameset.asp?link=deftohtm.exe?cgi/def/bp\\_poa.def](http://www.inca.gov.br/cgi/frameset.asp?link=deftohtm.exe?cgi/def/bp_poa.def)>. Acesso em 24 jan. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.361-376, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.2, p.191-211, 2002a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002b. Código civil brasileiro. Disponível em: <[http://www.mj.gov.br/sal/codigo\\_civil/indice.htm](http://www.mj.gov.br/sal/codigo_civil/indice.htm)>. Acesso em: 28 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer–INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003a. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)**. [Brasília], 2003b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>>. Acesso em: 24 jan. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer da boca. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.206, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004b. Disponível

em: <[http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio\\_sb\\_brasil\\_2003.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf)>. Acesso em 23 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2004c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/versaofinal.pdf>>. Acesso em 28 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)**. [Brasília], 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>. Acesso em: 28 abr. 2005.

BUNDGAARD, T.; TANDRUP, O.; ELBROND, O. A functional evaluation of patients treated for oral cancer: a prospective study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v.22, n.1, p.28-34, 1993.

CALLEGARI-JAQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARLSON, E. R. Discussion: follow up in patients with oral cancer. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 60, p. 387-388, 2002.

CASTILHOS, E. D. **A importância dos dentes e próteses para idosos de três diferentes grupos ou "O dia em que você ficar sem dentes você vai lembrar de mim"**. 2001. 147 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Odontologia: Saúde Bucal Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CERNEA, C. R. Tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1991. p. 407-414.

CHAPLIN, J. M.; RANDALL, P. M. A prospective, longitudinal study of pain in head and neck cancer patients. **Head & Neck**, New York, v.21, n.6, p.531-537, 1999.

CHEN, M.; HARMON, P.; ANDERSEN, R. Oral quality of life. In: CHEN, M. et al. **Comparing oral health care systems: a second international collaborative study**. Geneva: World Health Organization: University of Chicago Center for Health Administration Studies, 1997. Capítulo 10, p. 187-196.

COMEAU, T. B.; EPSTEIN, J. B.; MIGAS, C. Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.9, p.575-580, 2001.

COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.283-9, 2001.

COSTA NETO, P. L. de O. Amostragens intencionais. In: \_\_\_\_\_. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977. p. 45.

DE GRAEFF, et al. A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. **Oral Oncology**, Oxford, v.35, p.27-32, 1999.

DE GRAEFF, A. et al. Head and neck cancer. In: FAYERS, P.; WEEDEN, S.; DESMOND, C. **EORTC QLQ-C 30 reference values**. Bruxelas: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 1998. p. 23-47.

DE HAES, J. et al. Quality of life evaluation in oncological clinical trials: the EORTC model. **European Journal of Cancer**, New York, v.36, p. 821-825, 2000.

DEDIVITIS, R. A. Etiologia do carcinoma epidermóide de hipofaringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.46, n.2, p.183-189, 2000.

DEL GIGLIO, A. **Câncer**: introdução ao seu estudo e tratamento. São Paulo: Pioneira, 1999.

DRAKE, C. W.; HUNT, R. J.; KOCH, G. G. Three year tooth loss among black and white older adults in North Caroline. **Journal of Dental Research**, Washington, v.74, n.2, p.675-680, Feb. 1995.

EISBRUCH, A. et al. How should we measure and report radiotherapy-induced xerostomia? **Seminars in Radiation Oncology**, Philadelphia, v.13, n.3, p.226-234, July 2003.

EISBRUCH, A. et al. The prevention and treatment of radiotherapy-induced xerostomia. **Seminars in Radiation Oncology**, Philadelphia, v.13, n.3, p.302-308, July 2003.

EPSTEIN, J. B. et al. Pretreatment assessment and dental management of patients with nasopharyngeal carcinoma. **Oral Oncology**, Oxford, v.35, p.33-39, 1999.

EPSTEIN, J. B. et al. Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer. **Head & Neck**, New York, v.23, n.5, p.389-398, 2001.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). Disponível em: <<http://www.eortc.be/home/gol>>. Acesso em: 15 dez. 2003.

FAYERS, P. M. et al. **The EORTC QLQ-C 30 Scoring Manual**. 3. ed. Bruxelas: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2001.

FISHER, J. et al. Phase III quality of life study results: impact on patients' quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head and neck cancer — RTOG 97-09. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, New York, v.56, n.3, p.632-636, 2003.

FLECK, J. F. (Coord.). Carcinoma de glândulas salivares. In: \_\_\_\_\_. **Rotinas assistenciais para tratamento de pacientes com câncer**. Porto Alegre: HCPA, 1999a. p. 45-50.

\_\_\_\_\_. (Coord.). Carcinoma de hipofaringe. In: \_\_\_\_\_. **Rotinas assistenciais para tratamento de pacientes com câncer**. Porto Alegre: HCPA, 1999b. p. 29-35.

\_\_\_\_\_. (Coord.). Carcinoma de laringe. In: \_\_\_\_\_. **Rotinas assistenciais para tratamento de pacientes com câncer**. Porto Alegre: HCPA, 1999c. p. 37-44.

\_\_\_\_\_.(Coord.). Carcinoma de orofaringe. In: \_\_\_\_\_. **Rotinas assistenciais para tratamento de pacientes com câncer**. Porto Alegre: HCPA, 1999d. p. 17-23.

\_\_\_\_\_.(Coord.). Carcinoma de rinofaringe. In: \_\_\_\_\_. **Rotinas assistenciais para tratamento de pacientes com câncer**. Porto Alegre: HCPA, 1999e. p. 25-28.

FLECK, M. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Porto Alegre, 1998. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 19 dez. 2003.

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial no hospital de Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.3, p.153-158, 2003.

GARDEN, A. Mucositis: current management and investigations. **Seminars in Radiation Oncology**, Philadelphia, v.13, n.3, p.267-273, July 2003.

GELLRICH, N. C. et al. Follow up in patients with oral cancer. **Journal Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v.6, n.4, p.380-386, Apr. 2002a.

GELLRICH, N. C. et al. Pain, function, and psychologic outcome before, during, and after intraoral tumor resection. **Journal Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v.60, n.7, p.772-777, July 2002b.

GENTIL, F. C.; LOPES, A. Princípios de cirurgia oncológica. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1991. p. 84-96.

GRITZ, E. et al. First year after head and neck cancer: quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v.17, n.1, p.352-360, 1999.

GUCHELAAR, H. J., VERMESA, A.; MEERWALDT, J. H. Radiation-induced Xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatment. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.5, p.281-8, 1997.

HAMMERLID, E. et al. A prospective quality of life study of patients with oral or pharyngeal carcinoma treated with external beam irradiation with or without brachytherapy. **Oral Oncology**, Oxford, v.33, n.3, p.189-196, 1997.

HASSANEIN, K. A.- A. M.; MUSGROVE, B. T.; BRADBURY, E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, p.340-345, 2001.

HENSON, B. S. et al. Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. **Oral Oncology**, Oxford, v. 37, n.1, p.84-93, Jan. 2001.

HERNAEZ, V. C.; CARRASCAL, I. O. Perspectivas actuales en la investigacion de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cancer. I Congreso Virtual de Psiquiatria 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: \*]; Conferencia 58-CI-F: [33 pantallas].

Disponível em: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/pronostico/1877/> Acesso em: 18 set. 2004

HOSSFELD, D. K. et al. (Ed.). **Manual de oncologia clínica**. 5. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989.

HUTTON, J. M.; WILLIAMS, M. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, p.333-339, 2001.

KELLER, M. Information supplied to cancer patients and their caregivers: no more unmet needs? **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.9, p.563-564, 2001. Editorial.

KLIGERMAN, J. A assistência oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.44, n.4, p.313-315, out./dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.46, n.2, p.135-136, abr./jun. 2000.

KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: PARISE JUNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.3-11.

LANGIUS, A.; LIND, M. G. Well-being and coping and oral and pharyngealcancer patients. **Eur. J. Cancer. Part B, Oral Oncol.**, New York, v.31B, n.4, p.242-249, 1995.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. et al. **Medicina social: aspectos históricos e técnicos**. São Paulo: Global, 1983. p. 135-158.

LLEWELLYN, C. D.; WARNAKULASURIYA, S. The impact of stomatological disease on oral health related quality of life. **Eur. J. Oral Sci.**, Copenhagen, v.111, p.297-304, 2003.

LITT, M. D.; NYE, C.; SHAFER, D. Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. **Journal of Dental Research**, Washington, v.72, n.8, p.1237-1243, Aug. 1993.

LOPES, M. A. et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. **Revista da APCD**, v.52, n.3, maio/jun. 1998. Disponível em: <[http://www.apcd.org.br/Biblioteca/Revista/1998/mai\\_jun\\_98/radioterapia.asp](http://www.apcd.org.br/Biblioteca/Revista/1998/mai_jun_98/radioterapia.asp)>. Acesso em: 15 dez. 2003.

McGOLDRICK, P. Reflections on coping with head and neck cancer (comment). **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, p.347, 2001.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004.

MIGLIORATI, C. A.; MIGLIORATI, E. K. J. Preparo odontológico. In: PARISE JUNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.185-192.

MOROI, H. H.; OKIMOTO, K.; TERADA, Y. The effect of oral prosthesis on the quality of life for head and neck cancer patients. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v.26, p.265-273, 1999.

MORTON, R. P.; IZZARD, M. E. Quality of life outcomes in head and neck patients. **World Journal of Surgery**, v.27, p.884-889, 2003.

MOURA, M. D. G.; CASTRO, W. H.; FREIRE, A. R. S. Osteorradionecrose na cavidade bucal. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v.23, n.1, jan./mar. 2003. Disponível em: <[http://www.hcanc.org.br/acta/2003/acta03\\_23.html](http://www.hcanc.org.br/acta/2003/acta03_23.html)>. Acesso em: 21 jan. 2004.

MOVSAS, B. Quality of life in oncology trials: a clinical guide. **Seminars in Radiation Oncology**, Philadelphia, v.13, n.3, p.235-247, July 2003.

NEVILLE, B. W. Complicações orais não-infecciosas do tratamento antineoplásico. In: \_\_\_\_\_. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004a. p.251-255.

\_\_\_\_\_. Patologia epitelial. In: \_\_\_\_\_. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004b. p.343-364.

NICOLATOU-GALITIS, O. et al. Oral candidiasis in head and neck cancer patients receiving radiotherapy with amifostine cytoprotection. **Oral Oncology**, Oxford, v. 39, n.4, p. 397-401, June 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo, 1999.

PEREIRA, M. G. Aferição dos eventos. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.358-376.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística, Secretaria da Coordenação e Planejamento. [Porto Alegre], 2003. Disponível em: <[http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_populacao.php](http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao.php)>. Acesso em 24 jan. 2003.

ROBERTO, G. L. Espiritualidade e saúde. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.151-163.

ROCHA, N. S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 190p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão da literatura. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Org.) **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.165-180.

RODE, M. et al. The Influence of pilocarpine and biperiden on ph value and calcium, phosphate, and bicarbonate concentrations in saliva during and after radiotherapy for head and neck cancer. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics**, Saint Louis, v.92, n.5, p. 509-514, Nov. 2001.

RODRIGUES, L. C.; WERNECK, G. L. Estudos caso-controle. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.175-189.

ROGERS, S. N. Reflections on psychology and head and neck cancer. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.39, p.346, 2001. Comment.

ROGERS, S. N.; LOWE, D.; HUMPHRIS, G. Distinct patients groups in oral cancer: a prospective study of perceived health status following primary surgery. **Oral Oncology**, Oxford, v.36, p.529-538, 2000.

ROGERS, S. N. et al. Clinical function after primary surgery for oral and oropharyngeal cancer: an 11-item examination. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.40, p.1-10, 2002a.

ROGERS, S. N. et al. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Edinburgh, v.40, p.11-18, 2002b.

ROGERS, S. N. et al. Importance-rating using The University Of Washington quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, Kidlington, v.30, p.125-132, July 2002c.

RONCALLI, A. G. O Desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

ROSE-PED, A. M. et al. Complications of radiation therapy for head and neck cancers: the patient's perspective. **Cancer Nursing**, New York, v.25, n.6, p. 461-467, 2002.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.263-272, 2001.

SALVAJOLI, J. V.; NOVAES, P. E. R. S.; PRISCO, F. E. Braquiterapia. In: PARISE JUNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. p.160-172.

SARRIERA, J. C. Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Org.) **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.77-86.

SCHIØDT, M.; HERMUND, N. U. Management of oral disease prior to radiation therapy. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.10, p.40-43, 2002.



SCHLIEPHAKE, H. et al. Long-term quality of life after ablative intraoral tumor surgery. **Journal of Cranio Maxillo-facial Surgery**, Kidlington, v.23, n.4, p.243-249, 1995.

SCHLIEPHAKE, H. et al. Speech, deglutition and life quality after intraoral tumor resection: a prospective study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v.27, p.99-105, 1998.

SCHWARTSMANN, G. Biologia molecular e genética do câncer. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia clínica: Princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1991. p. 31-41.

SCHWARTSMANN, G.; MORAES FILHO, M. A.; SILVER, R. Princípios da quimioterapia antineoplásica. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1991. p. 106-132.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. **Dor: diagnóstico da dor**. São Paulo, [2004?]. Disponível em: <[http://www.dor.org.br/dor\\_diagnosticos.asp](http://www.dor.org.br/dor_diagnosticos.asp)>. Acesso em 30 maio 2004.

SOOTHILL, K. et al. The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.9, p.597-605, 2001.

SOUZA, J. C. R. P. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

SOUZA, S. Editorial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.2, p.85, 2003.

SPECHT, L. Oral complications in the head and neck radiation patient: introduction and scope of the problem. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.10, p.36-39, 2002.

SREEBNEY, L. M.; VALDINI, A.; BROOK, S. Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, Saint Louis, v.66, p.451-458, 1988.

STEELE, J. G. et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dental Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.32, p.107-114, 2004.

SUSIN, C.; RÖSING, C. **Praticando odontologia baseada em evidências**. Canoas: ULBRA, 1999.

THOMSON, W. M.; WILLIAMS, S. M. Further testing of the xerostomia inventory. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, Saint Louis, v.81, n.1, p.46-50, Jan. 2000.

TOLJANIC, J. A.; HESHMATI, R. H.; BEDARD, J-F. Dental follow-up compliance in a population of irradiated head and neck cancer patients. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, Saint Louis, v.93, n.1, p.35-38, Jan. 2002.

TORRES, S. R. et al. Relationship between salivary flow rates and candida counts in subjects with xerostomia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, Saint Louis, v.93, n.1, p.149-54, Jan. 2002.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. (Ed.). **The Black Report and The Health Divide**. London, 1990.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WHARTON, K. L. The person with cancer and quality of life. **The Oncologist**, Durham, v.7, p.383, 2002. Letters to the Editor.

WHARTON, R. H. Sleeping with the enemy: treatment of fatigue in individuals with cancer. **The Oncologist**, Durham, v.7, p.96-99, 2002.

WHOQOL GROUP. What quality of life? **World Health Forum**, Geneva, v.17, p.354-356, 1996.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO EM SAÚDE  
BUCAL COLETIVA

### Termo de Consentimento Informado

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida e o estado de saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento no Hospital Conceição, Porto Alegre (RS). A qualidade de vida será analisada por meio de dois questionários que serão preenchidos pelo pesquisador através das respostas dadas pelo senhor (a). O exame da cavidade bucal será realizado no consultório odontológico do próprio hospital e no mesmo dia da aplicação do questionário. O exame será feito pela própria pesquisadora, é um procedimento simples que não causa nenhuma dor ou dano ao senhor (a). Esta pesquisa terá duas avaliações com intervalos de seis meses entre elas (1ª avaliação, 2ª avaliação com seis meses). A realização desta pesquisa não terá nenhum custo para o senhor (a) e será realizada nos dias de suas consultas ou no período de internação se o senhor (a) estiver hospitalizado. Quando houver alterações bucais passíveis de assistência odontológica, o (a) senhor (a) será encaminhado (a) para consulta com a equipe odontológica do próprio hospital e também receberá da pesquisadora, informações sobre medidas preventivas em saúde bucal. É garantido neste estudo que não será revelado o seu nome e nem dados que possam identificá-lo. O (A) senhor (a) participará voluntariamente desta pesquisa e poderá falar para a pesquisadora que quer sair do estudo a qualquer momento que desejar. O (A) senhor (a) terá acesso à pesquisadora em qualquer etapa do trabalho para responder suas dúvidas. Pelo presente termo, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora. Fui igualmente informado (a) sobre a garantia da manutenção do anonimato e de receber resposta a outras dúvidas sobre essa pesquisa. É importante a participação dos pacientes para que se conheça se existe uma associação entre a condição bucal e a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço para que possam ser desenvolvidas medidas para melhora da saúde bucal e qualidade de vida destes pacientes e minimizar os efeitos negativos do tratamento do câncer. A pesquisadora responsável é Silvana Suely Caribé de Araújo (Fone: 3264-5968 e 9842-0886). Os professores responsáveis são Dra. Dalva Maria Pereira Padilha (99648321) e Dr. Júlio Baldisseroto (33156895).

Eu, \_\_\_\_\_(participante), aceito participar deste estudo e estou consciente das informações dadas neste documento e do compromisso da pesquisadora. Recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

R.G.:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

R.G.:

**APÊNDICE 2**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO EM SAÚDE  
BUCAL COLETIVA

Ao serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição,

Solicito permissão para realização de uma pesquisa com objetivo avaliar o impacto do câncer e seu tratamento na qualidade de vida relacionado-os às condições de saúde bucal em pacientes que tiveram diagnóstico de câncer de localização na cabeça e pescoço e que estão ou serão submetidos a tratamento desta patologia.

A pesquisadora responsável é Silvânia Suely Caribé de Araújo, aluna do curso de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fone: 3264-5968 e 9842-0886) Os professores responsáveis são Dra. Dalva Maria Pereira Padilha (99648321) e Dr. Júlio Baldisseroto (33156895).

Será feita a aplicação de um questionário e exame clínico odontológico nestes pacientes, após aceitação pelos mesmos do termo de consentimento informado. Estes procedimentos serão realizados dentro do Hospital, de acordo com o cronograma de consultas médicas dos pacientes. Este estudo será desenvolvido durante um ano. Esta pesquisa não acarretará ônus para o Hospital Nossa Senhora da Conceição e nem para os pacientes envolvidos neste trabalho.

Será disponibilizada uma cópia do projeto para análise pelo profissional responsável pelo Serviço de Oncologia. Esta pesquisa será iniciada apenas após ser assinada esta permissão, sendo uma cópia para a pesquisadora e outra para a Instituição; e também após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma. Uma cópia da aprovação pelo Comitê de Ética será encaminhada para o Serviço de Oncologia.

A pesquisadora compromete-se a manter informado o Serviço de Oncologia sobre o andamento do estudo e ao final do mesmo serão disponibilizados os seus resultados para o Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Essa pesquisa visa contribuir para que possam ser desenvolvidas medidas para melhora da saúde bucal e qualidade de vida destes pacientes e minimizar as complicações decorrentes do tratamento do câncer.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Serviço de Oncologia

R.G.:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

R.G.:

**APÊNDICE 3****FICHA CLÍNICA**

Avaliação nº \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Cidade: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Faixa Etária:  Menor que 50 anos  50 a 60 anos  60 a 70 anos 70 a 80 anos  80 a 90 anosEscolaridade:  Analfabeto  Semi-analfabeto  1º grau  2º grau 3º grau incompleto  3º completo.Renda:  Menos de 1(um) salário mínimo  1 (um) salário mínimo 1 a 5 salários mínimos  5 a 10 salários mínimos mais de 10 salários mínimos.Estado civil:  Possui companheiro (a) ou é casado (a)  solteiro (a) divorciado (a)  viúvo (a).Ocupação:  Aposentado (a)  Desempregado (a)  Autônomo (a) Trabalhador (a) formal  Estudante.Consulta ao Dentista nos últimos seis meses:  Sim  Não

## Cárie

## Condições Dentárias

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Condições Protéticas  Superior  InferiorNecessidades Protéticas  Superior  InferiorMucosite:  Sim  Não

## Xerostomia

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Você sente sua boca seca?                     | <input type="checkbox"/> |
| 2. O que você faz para deixar sua boca molhada?  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Você levanta à noite para beber alguma coisa? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Você sente sua boca seca quando fala?         | <input type="checkbox"/> |

Fuma:  Sim  Não

Ingere Bebidas Alcoólicas:  Sim  Não

Chimarrão:  Sim  Não

Estadiamento da lesão: \_\_\_\_\_.

Localização específica: \_\_\_\_\_.

Tipo de tratamento:  Cirúrgico  Quimioterapia  Radioterapia

Quimioterapia e Radioterapia  Quimioterapia e Cirurgia

Radioterapia e Cirurgia

Mutilação Pós-cirúrgica:  Sim  Não



**APÊNDICE 4**  
**DICIONÁRIO DE CÓDIGOS**

**3. Local Específico da lesão**

---

1	Assoalho de boca
2	Língua e sublingual
3	Cordas vocais e laringe
4	Gengiva e Região retromolar
5	Lábio
6	Orofaringe, epiglote, hipofaringe, região supraglótica
7	Palato
8	Parótida
9	Região cervical

---

**APÊNDICE 5****TABELA DOS NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA, PARA CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA**

Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
80%	3
90%	5
95%	7
99%	12
99,9%	20
99,99%	28

Erro aceitável: 0,75%

**APÊNDICE 6****CARTA DE RECHAMADA**

Porto Alegre, 13 de outubro de 2004.

Caros pacientes,

Gostaria de convidá-los a comparecer ao Hospital Conceição, Porto Alegre (RS) nos meses de novembro ou dezembro ou janeiro para uma reconsulta com a Doutora Silvânia Suely Caribé de Araújo e realização de entrevista sobre sua saúde e qualidade de vida após o seu tratamento. Será realizado também exame da cavidade bucal no mesmo dia da aplicação do questionário como foi feito no primeiro momento. Já se passaram seis meses do nosso primeiro contato é essencial a sua colaboração; esta será a última etapa deste trabalho. A realização desta pesquisa continuará sem nenhum custo para o senhor (a) e será realizada no dia de sua consulta com o Dr. Raul. O (A) senhor (a) terá acesso à pesquisadora em qualquer etapa do trabalho para responder suas dúvidas. É muito importante a sua participação neste trabalho, para que possam ser desenvolvidas medidas para melhora da saúde bucal e qualidade de vida dos pacientes atendidos no Setor de Oncologia. A pesquisadora responsável é Silvânia Suely Caribé de Araújo (Fone: 3026-4023 e 9842-0886). Os professores responsáveis são Dra. Dalva Maria Pereira Padilha (99648321) e Dr. Júlio Baldisserotto (33156895).

Muito obrigada,

---

Pesquisadora: Silvânia Suely Caribé de Araújo

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**ANEXO 2**

## ANEXO 3

## DICIONÁRIO DE ÍNDICES

## 1. Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD)

Codificação		Condição Dentária
Coroa	Raiz	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado, com cárie
3	3	Restaurado, sem cárie
4	-	Ausente, por motivo de cárie
5	-	Ausente, por qualquer outro motivo
6	-	Selante de fissuras
7	7	Suporte de prótese, coroa protética ou faceta/implante
8	8	Dente não-erupcionado, (coroa)/raiz não-exposta
T	-	Traumatismo (fratura)
9	9	Não registrado

Fonte: OMS (1999).

## 2. Condições Protéticas

0	Sem prótese
1	Prótese Parcial Fixa
2	Mais de uma prótese fixa
3	Prótese Parcial Removível
4	Próteses Parciais, Fixas e Removíveis
5	Prótese Total Removível
9	Não Registrado

Fonte: OMS (1999).

### 3. Necessidades Protéticas

---

0	Não necessita de prótese
1	Necessita de Prótese Unitária
2	Necessita de prótese com múltiplos elementos
3	Necessita de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos
4	Necessita de prótese total (substituição de todos os dentes)
9	Não Registrado

---

Fonte: OMS (1999).



## ANEXO 4

BRAZILIAN

## EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data de hoje (dia, mês, ano):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Modera- damente</b>	<b>Muito</b>
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma grande caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>				
6. Tem sido difícil fazer suas atividades todos os dias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4



## ANEXO 5

**EORTC QLQ – H&N35**

Às vezes os pacientes relatam que possuem alguns sintomas ou problemas referentes a sua enfermidade ou tratamento. Por favor, indique em que medida você sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, assinale com um círculo o que corresponde mais adequadamente ao seu caso.

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Muito</b>
			<b>damente</b>	
31. Você teve dores na sua boca?	1	2	3	4
32. Você teve dor no maxilar superior (parte superior da boca) ou inferior (queixo)?	1	2	3	4
33. Tem ocorrido alguma irritação em sua boca?	1	2	3	4
34. Você tem tido dor em sua garganta?	1	2	3	4
35. Você teve dificuldade em engolir líquidos?	1	2	3	4
36. Você teve dificuldade em engolir alimentos pastosos (ex. purê de batatas)?	1	2	3	4
37. Você teve dificuldade em engolir alimentos sólidos (ex. arroz, carne)?	1	2	3	4
38. Ao engolir, você tem engasgado?	1	2	3	4
39. Houve algum problema com seus dentes?	1	2	3	4
40. É difícil abrir a boca?	1	2	3	4
41. Você tem sentido sua boca seca?	1	2	3	4
42. A saliva era de consistência pegajosa?	1	2	3	4
43. Você teve dificuldades em sentir os cheiros?	1	2	3	4
44. Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?	1	2	3	4
45. Você tem tido tosse?	1	2	3	4
46. Esteve rouco?	1	2	3	4
47. Você tem se sentido doente?	1	2	3	4
48. Em relação a sua aparência, você tem se preocupado com a sua condição física?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Muito</b>
<b>Durante a semana passada:</b>				
49. Você teve dificuldade em se alimentar?	1	2	3	4
50. Você teve dificuldade em se alimentar à frente da sua família?	1	2	3	4
51. Você teve dificuldade em se alimentar à frente de outras pessoas?	1	2	3	4
52. Você teve dificuldade em ter prazer em suas refeições?	1	2	3	4
53. Você teve dificuldade em falar com outras pessoas?	1	2	3	4
54. Você teve dificuldade em falar ao telefone?	1	2	3	4
55. Você encontrou dificuldade no convívio com a família?	1	2	3	4
56. Você encontrou dificuldade no convívio com seus amigos?	1	2	3	4
57. Você teve dificuldade em estar presente em lugares públicos?	1	2	3	4
58. Você encontrou alguma dificuldade no relacionamento com a família ou com amigos?	1	2	3	4
59. Você tem sentido menos interesse sexual?	1	2	3	4
60. Você teve menos prazer sexual?	1	2	3	4
<b>Durante a semana passada:</b>				
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
61. Você tomou algum medicamento para as dores?		1	2	
62. Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?		1	2	
63. Alimentou-se através de sonda?		1	2	
64. Você perdeu peso?		1	2	
65. Você ganhou peso?		1	2	