

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CAMILA SAMARA FUNK

Avaliação do impacto de um protocolo de cuidados odontológicos na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Porto Alegre, Novembro de 2007.

Autora:

CAMILA SAMARA FUNK

Avaliação do impacto de um protocolo de cuidados odontológicos na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre na área de concentração em Saúde Bucal Coletiva.

Orientador:

Prof.^o Dr.^o Julio Baldisserotto

Porto Alegre

2007

AGRADECIMENTOS

A Deus pela motivação e conforto.

Aos meus pais, fonte de amor incondicional, pelo cuidado, carinho e apoio sempre.

Aos meus amigos verdadeiros, em especial à Bárbara Cristina Barreiros, presente e companheira, pelo ombro, pelo apoio, pela confiança, pelos conhecimentos compartilhados.

A todos os colegas e amigos da Odontogeriatría/UFRGS, pessoas especiais e fundamentais na minha formação. Em especial, Bianca Vaccari Botteselle e Roberta Garcia, pelo crédito, amizade e auxílio incondicionais, fundamentais na conclusão deste trabalho.

Aos mestrandos da Saúde Bucal Coletiva, amigos, colegas e profissionais exemplares.

Ao meu orientador Prof. Dr. Julio Baldisserotto, pelo compartilhamento, apoio e compreensão, fundamentais no meu crescimento profissional e pessoal.

A UFRGS e (HNSC) GHC, cenários principais desta longa caminhada.

À Gerência de Ensino e Pesquisa e COREME em especial ao funcionário Lélío, grande amigo, pelo auxílio constante.

À Dr. Eliane Borba, coordenadora do CEO/HNSC, pela amizade e apoio sempre, e aos profissionais do CEO, pela presença constante.

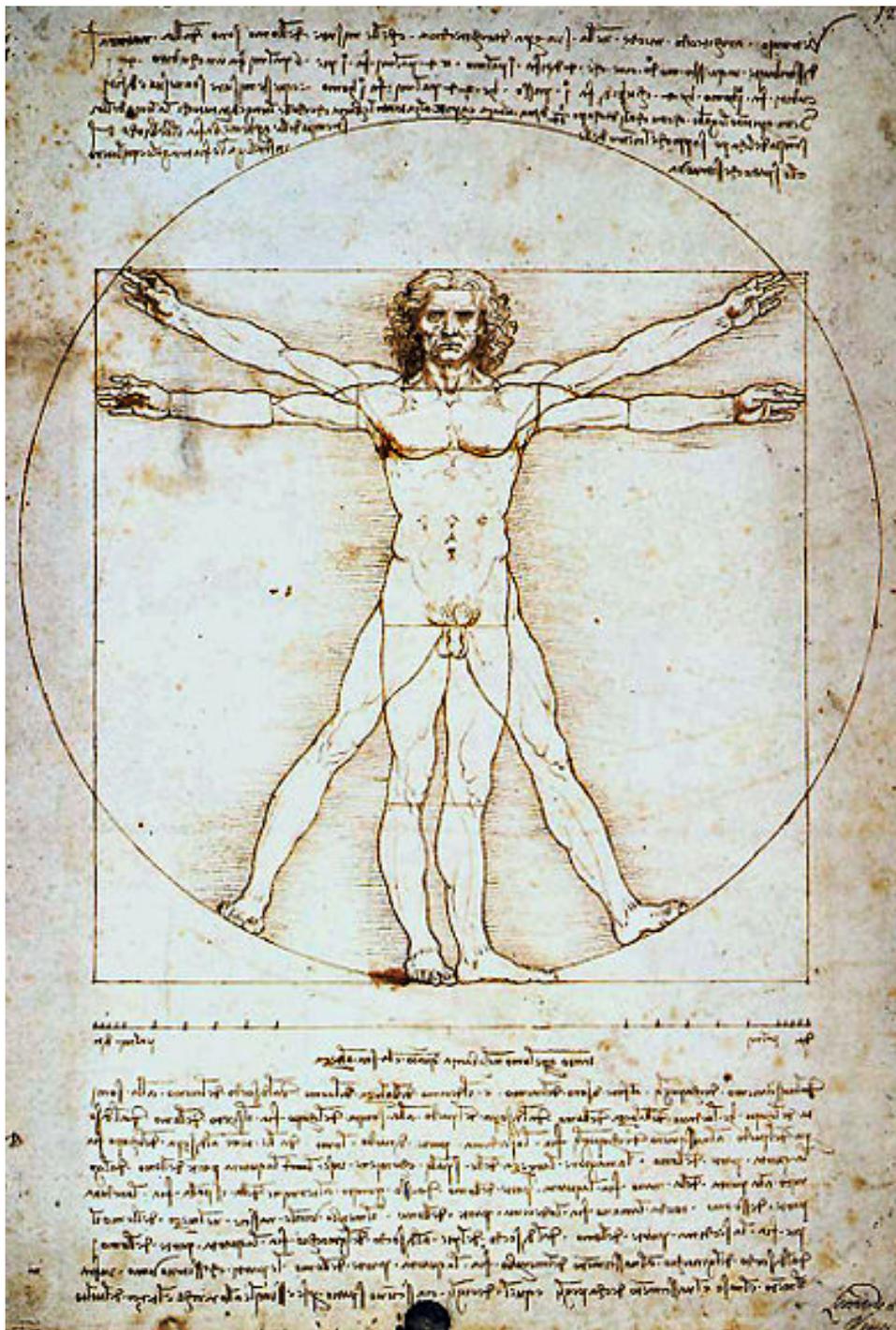
Ao Dr. Raul Pruinelli e equipe (Oncologia Cirúrgica do HNSC) pelo apoio e confiança fundamentais para o andamento da pesquisa.

À CAPES pelo sustento intelectual.

Ao CNPq pelo incentivo e financiamento deste trabalho.

Um agradecimento especial aos pacientes e familiares, que em um momento de dor e dificuldade, foram solidários, pacientes, prestativos, amigos.

Desejo a todos muita saúde e paz. Aqui fica registrado, de coração, o meu muito obrigada!



*“Se um só ponto situado em um círculo pode ser origem de infinitas linhas,
e se o limite das infinitas linhas que divergem de tal ponto constitui
infinitos pontos que, somados, voltam a ser um, concluiremos que a parte é
igual ao todo.”*

Leonardo da Vinci

RESUMO

O câncer representa um importante problema de saúde pública no mundo, devido ao aumento da sua prevalência, além do grande impacto individual, institucional e social. Assim, merece uma abordagem ampliada, integral e interdisciplinar, a fim de minimizar as seqüelas decorrentes da doença ou do seu tratamento, visando à cura com manutenção da qualidade de vida (QV). Dessa forma, este trabalho teve como objetivos descrever o perfil sócio-demográfico e de saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no HNSC, Porto Alegre – RS e, verificar o impacto na QV destes de um protocolo de cuidados odontológicos sistemático, antes, durante e depois da terapia oncológica. O estudo, delineado como um Ensaio Clínico Randomizado, teve a participação de 46 sujeitos com diagnóstico de neoplasia primária de cabeça e pescoço, captados por conveniência, consecutivamente e distribuídos aleatoriamente em dois grupos. No grupo controle, os pacientes foram examinados e orientados sobre os possíveis efeitos do tratamento oncológico e encaminhados aos serviços de atenção básica de referência para atendimento odontológico. No grupo intervenção, os pacientes foram examinados e orientados, sobre os possíveis efeitos do tratamento oncológico. Os sujeitos incluídos neste grupo receberam um protocolo de cuidados odontológicos na instituição, com acompanhamento profissional sistemático antes, durante e depois da terapia oncológica. Também foram fornecidas, aos cuidadores e pacientes, em ambos os grupos, orientações sobre os possíveis efeitos secundários da terapia oncológica e de ações para minimizar estes problemas. Os dados coletados referem-se a condições sócio-demográficas e de saúde bucal e também de avaliação da QV através de dois questionários - EORTC (específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço) e WHOQOL (avaliação geral da QV), aplicados em dois momentos distintos: antes e quinze dias depois da terapia oncológica concluída. Os resultados mostraram uma maior prevalência do câncer de cabeça e pescoço em homens, de baixo nível educacional e sócio-econômico, com pobre condição oral e média de idade de 54,2 anos. O diagnóstico histopatológico mais freqüente foi o carcinoma epidermóide, sendo as localizações preferenciais a língua e orofaringe. Mais de 60% dos diagnósticos foram realizados nas fases avançadas (III e IV – TMN) e os principais tratamentos realizados a cirurgia e a radioterapia. Apesar das características basais serem desfavoráveis, o grupo intervenção apresentou melhora na avaliação geral de QV e manutenção da específica após o tratamento oncológico, enquanto que o grupo controle mostrou piora em ambos, porém não houve diferença significativa entre os grupos. Entretanto, a variação das medidas (delta) no grupo intervenção, quando comparadas as características basais e finais, mostra uma projeção que tendencia uma melhora significativa ao longo do tempo. Verifica-se também uma redução de candidíase ($p < 0,05$) e mucosite no grupo intervenção. Conclui-se que os pacientes assistidos no Serviço de Oncologia do HNSC apresentaram o perfil típico dos tumores de localização de cabeça e pescoço no país, com maior prevalência de homens, tabagistas, de baixo nível sócio-econômico e educacional e pobre saúde oral. O protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido foi capaz de reduzir danos decorrentes da terapia oncológica, além de poder contribuir para uma melhoria da QV ao longo do tempo aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Palavras-chave: Câncer de Cabeça e Pescoço, Câncer Oral, Saúde Oral, Qualidade de Vida, Protocolo Odontológico.

ABSTRACT

Cancer represents a major public health problem all over the world due to the increase in its prevalence, besides its great individual institutional, and social impact. Thus, it deserves a wide, integral, and interdisciplinary approach in order to minimize the sequelae resulting from the disease or its treatment, and aiming to the healing with maintenance of the quality of life (QoL). This way, this study aimed to describe the social-demographic and oral health profile of head and neck cancer patients treated in Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, Brazil, and to check the impact of a systematic dental care guideline on the QoL before, during, and after the oncological therapy. The study, designed as a Randomized Clinical Trial, had the participation of 46 subjects with diagnosis of head and neck primary neoplasia, captured by convenience, consecutively, and randomly distributed in two groups. In the control group, patients were examined and advised about the possible effects of the oncological treatment and referred to the basic health care services for dental care. In the test group, patients were examined and advised about the possible effects of oncological treatment. The subjects included in this group received a dental care guideline in the institution, with a systematic professional follow-up before, during, and after the oncological therapy. Also, both caretakers and patients from each group received guidance about the possible secondary effects of the oncological therapy and the actions to minimize these problems. Collected data refer to the social-demographic and oral health status, as well as the evaluation of QoL by means of two questionnaires - EORTC (specific for head and neck cancer patients), and WHOQOL (general evaluation of QoL). These were administered in two distinct moments: before the onset and fifteen days after the conclusion of the oncological therapy. Results showed a higher prevalence of head and neck cancer in men, with low educational and social-economic level, with a poor oral condition, and an average age of 54.2 years. The most frequent histopathological diagnosis was epidermoidis carcinoma, being the preferential sites the tongue and the oropharynx. More than 60% of the diagnosis was done in the advanced phases (III e IV – TMN), and the main treatments performed were surgery and radiotherapy. In spite of the unfavorable baseline characteristics, the test group showed an improvement in the general evaluation of QoL, and maintenance of the specific QoL after the oncological treatment. The control group showed a worsening in both of them, although there was no significant difference between the groups. However, the range of the measures (delta) in the test group, when compared to the baseline and final characteristics, shows a projection tending to a significant improvement along time. A decrease in candidiasis ($p < 0,05$) and mucositis was also shown in the test group. It is concluded that the patients treated in the Oncology Service of HNSC have shown a profile that is typical of the head and neck tumors in the country, with higher prevalence in men, smokers, low social-economic and educational level, and poor oral health. The dental care guideline that was developed was able to decrease harm resulting from the oncological therapy, as well as to contribute for an improvement of QoL along the time for the patients with head and neck cancer.

Key words: Head and Neck Cancer, Oral Cancer, Oral Health, Quality of Life, Dental Guideline.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	6
ABSTRACT	7
SUMÁRIO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. Epidemiologia do Câncer	13
2.2. Qualidade de Vida (QV): Conceituação e Aplicabilidades	15
2.3. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida	18
2.4. Câncer de Cabeça e Pescoço, terapias e complicações	21
3. OBJETIVOS.....	28
3.1. Objetivo Geral	28
3.2. Objetivos Específicos	28
4. METODOLOGIA.....	30
4.1. Delineamento	30
4.2. Local do estudo	30
4.3. Amostra	30
4.4. Randomização	32
4.5. Tempo de acompanhamento	33
4.6. Variáveis Pesquisadas	34
4.6.1. Variáveis dependentes	35
4.6.2. Variáveis independentes	34
4.7. Coleta de Dados	35
4.8. Calibração	37
4.9. Momentos de intervenção	37
4.9.1. Primeiro momento	37
4.9.2. Segundo momento	38
4.10. Protocolo de cuidados odontológicos	39
4.10.1. Período que antecede o tratamento oncológico	39
4.10.2. Durante e após o tratamento oncológico	42
4.11. Material educativo aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço	44
4.12. Análise de dados	44
4.11. Aspectos Éticos	44
5. RESULTADOS	45
ARTIGO 01	46
ARTIGO 02	58
6. DISCUSSÃO	77
7. PERCEPÇÕES	87
7.1. Questionários e Ficha Clínica	87
7.2. Radioterapia	88
7.3. A assistência	89
8. CONCLUSÕES	90
9. REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	102
APÊNDICE 10.1	103
APÊNDICE 10.2	1045
APÊNDICE 10.3	1056

APÊNDICE 10.4	1078
11. ANEXOS	10910
ANEXO 01	111
ANEXO 02	113
ANEXO 03	115
ANEXO 04	116
ANEXO 05	118
ANEXO 06	120

1. INTRODUÇÃO

As grandes transformações globais das últimas décadas, decorrentes do aumento da expectativa de vida, alteraram a situação de saúde dos povos (BRASIL, 2004), trazendo um novo perfil de morbimortalidade da população mundial, com um importante aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, destacando-se os vários tipos de câncer (SEIDL e ZANNON, 2003).

Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle desta enfermidade têm acarretado um aumento da sobrevida ou da longevidade (SEIDL e ZANNON, 2003). A propósito disso, Fleck et al. (1999a) assinalaram que "*... a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos*".

Para Kligerman (2000), as neoplasias malignas merecem uma abordagem diferenciada, pelo grande ônus financeiro, institucional e social. Assim, um olhar ampliado, com o reconhecimento das condições que afetam a qualidade de vida (QV) destes pacientes é essencial para um tratamento adequado (WHARTON, 2002).

A literatura é unânime em afirmar que o tratamento do câncer de cabeça e pescoço pode trazer seqüelas à cavidade oral, recomendando-se um cuidado integral, com a inclusão do cirurgião-dentista, como importante na redução destes danos, porém o impacto que o cuidado odontológico representa na QV destes pacientes ainda não foi mensurado. E, conforme afirmam Rogers et al. (2002a), há uma associação clara entre QV relacionada à saúde e função oral, logo se torna fundamental o conhecimento do

impacto dessa associação no planejamento da terapia oncológica, de modo a minimizar os danos ao paciente.

Frente a isso, justifica-se a realização deste trabalho, que objetiva avaliar a inserção dos cuidados odontológicos numa perspectiva de promover melhor QV aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Outro aspecto é a pouca inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no cuidado ao paciente oncológico, mesmo sabendo-se da importância deste acompanhamento no controle das seqüelas terapêuticas da doença (COSTA e MIGLIORATI, 2001).

A concepção de saúde atual, valorizando a importância do trabalho interdisciplinar, é um dos eixos norteadores da pesquisa, percebendo a necessidade de sua confirmação como proposta de trabalho, buscando a efetividade das práticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com reflexos positivos na QV da população.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Epidemiologia do Câncer

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública no mundo, responsável por mais de seis milhões de óbitos/ano (12% de todas as causas de morte) (PETERSEN et al., 2005). No ano de 2002 foram diagnosticados mais de 10 milhões de novos casos no mundo, prevendo-se um aumento de 50% em 2020.

Figura 01: Representação espacial da distribuição de novos casos de câncer no mundo, nos anos de 2002 e 2020.

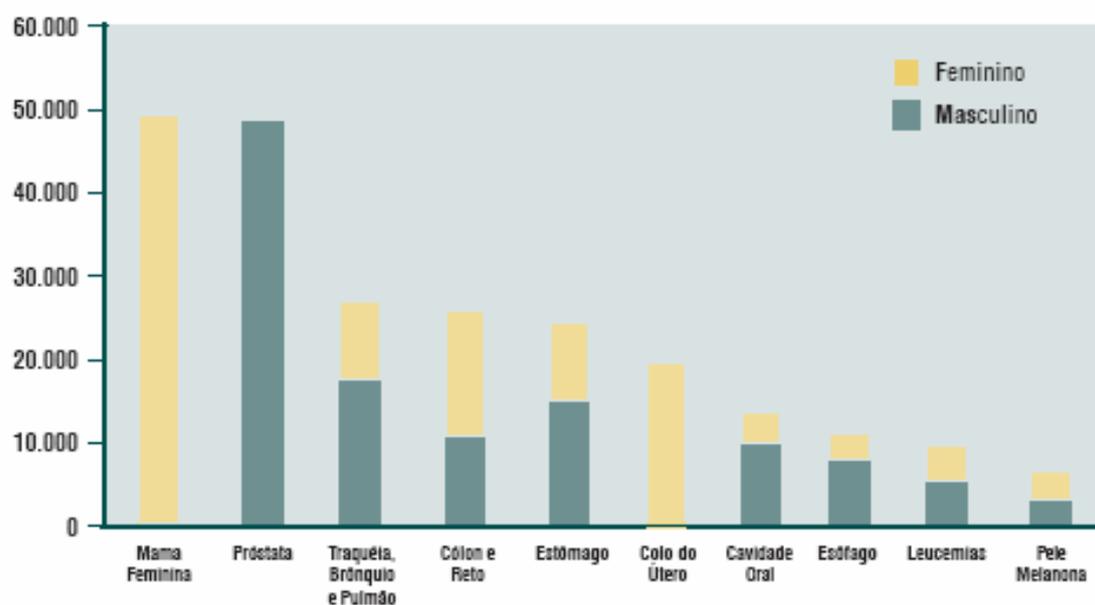


Segundo dados da OMS (2004) o câncer representa a segunda causa de morte nos países desenvolvidos e a terceira nos países em desenvolvimento. No Brasil, no ano de 2004, o câncer representou 13,7% de todos os óbitos registrados (141 mil óbitos), ficando como terceira principal causa de morte entre os homens (12,8%) e segunda entre as mulheres (15,1%) (BRASIL, 2004).

Segundo estimativas do Ministério da Saúde para os anos de 2005 e 2006 um total de, respectivamente, 467.440 e 472.050 novos casos de câncer foram esperados no país (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005). A distribuição de novos casos segundo a localização primária é bem heterogênea entre os estados brasileiros, sendo que as regiões sul e sudeste apresentam as maiores taxas. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente, seguido pelos tumores de mama feminina, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e colo de útero (BRASIL, 2005).

Figura 02. Estimativas para o ano de 2006 de número de casos novos por câncer no Brasil, em homens e mulheres, segundo a localização primária.

Nº de Casos



Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer - INCA

O câncer de cavidade oral está em oitavo lugar dentre os tumores mais incidentes no ano de 2006 no país, com diferenças importantes entre os sexos, estando em sexto lugar para os homens, com 10.060 novos casos (6%) e, em oitavo lugar entre as mulheres, com 3.410 novos casos (2%) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005). Para o RS, neste mesmo ano, estimou-se 1.020 novos casos de câncer bucal, sendo que 800 deles entre os homens e 220 entre as mulheres. A capital Porto Alegre, segundo Franceschi et al. (2000), está entre as mais altas taxas de incidência de câncer de boca no mundo,

ajustadas as idades, em ambos os sexos, com 8,3:100.000 em homens e 1,4:100.000 em mulheres. A cidade esperava em 2006 160 novos casos, 110 entre os homens e 50 entre as mulheres (BRASIL, 2005).

2.2. Qualidade de Vida (QV): Conceituação e Aplicabilidades

A expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "*... os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*" (The WHOQOL Group, 1998). Porém, somente em 1977 o termo foi indexado ao medline (SOBRINHO, CARVALHO E FRANZI, 2001).

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (The WHOQOL Group, 1998).

Segundo Schuttinga (1995), na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos

aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante a essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor é possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV. Assim, esta informação tem sido incluída tanto como indicador para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995). Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (MORRIS, PEREZ e McNOE, 1998).

A utilização do conceito de QV na prática clínica poderá resultar em mudanças assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim sendo, é um construto eminentemente interdisciplinar e a contribuição de diferentes áreas do conhecimento é valiosa e indispensável (SEIDL e ZANNON, 2003).

Porém, as dificuldades relativas à avaliação da QV talvez ainda limitem sua inclusão na prática clínica, em grande parte devido à ausência de informação das equipes de saúde sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para sua

investigação. De fato, segundo estudos realizados em outros países, parece que os profissionais ainda têm resistido em incluí-la na sua rotina de atendimento clínico (SEIDL e ZANNON, 2003).

E, apesar da importância apresentada, ainda percebem-se controvérsias sobre a sua conceituação e as estratégias de mensuração. Esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade (SEIDL e ZANNON, 2003).

As definições vem se tornando mais amplas e voltadas para a percepção que o paciente possui da doença, tratamento e seus efeitos de uma forma tanto objetiva quanto subjetiva (SOBRINHO, CARVALHO E FRANZI, 2001). A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso quanto a dois aspectos relevantes do conceito de QV: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões (SEIDL e ZANNON, 2003).

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu QV como "*... a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (The WHOQOL Group, 1995) ficando implícitos a subjetividade e multidimensionalidade, incluindo elementos de avaliação tanto *positivos* como *negativos* (FLECK et al., 1999).

Sabendo-se que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço possuem peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no seu tratamento: uso crônico e acentuado de bebida alcoólica e/ou fumo, relacionamento familiar

geralmente deficiente, deformidade facial, perda de funções básicas (mastigação, deglutição, salivação, fala), perda de sensações gustativas e olfatórias, presença de fenômenos depressivos e ansiedade em larga escala, além da diminuição acentuada ou perda da capacidade laborativa, justifica-se a necessidade de uma avaliação da QV individualizada e sistematizada, em relação aos outros grupos de doenças e sítios oncológicos (KOWALSKI, 1994).

2.3. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Na busca de padrões de avaliação de bem-estar e QV desenvolveram-se alguns instrumentos (GUYATT, FEENY e PATRICK, 1993), vindos, na sua grande maioria, dos Estados Unidos ou da Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (The WHOQOL Group, 1995). A análise da literatura revela que os mais usados são os questionários, sendo as formas de administração mais frequentes a auto-aplicação e a entrevista (SEIDL e ZANNON, 2003). Os principais objetivos são avaliar o paciente, seu prognóstico e o impacto das diferentes terapias (KOWALSKI, 1994; GOUGH, 1994; GILL e FEINSTEIN, 1994; WEYMULLER et al., 2000).

Frente às críticas da tradução de qualquer um destes instrumentos, e constatando que não havia nenhum que avaliasse QV dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a desenvolver um instrumento com estas características, o WHOQOL-100 (The WHOQOL Group, 1995). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se numa estrutura com 100 questões baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de

independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais (The WHOQOL Group, 1995).

A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o mesmo grupo desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, que consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, preservando a abrangência do construto. Em intervenção de campo brasileiro mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade intervenção-reintervenção. O WHOQOL-bref alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado no Brasil, quando a versão longa é de difícil aplicabilidade, como em estudos epidemiológicos ou com a utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (FLECK et al., 2000).

Além do *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-100), outros instrumentos genéricos de avaliação da QV, de grande utilização em pesquisas e na prática clínica, são o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile* (SEIDL e ZANNON, 2003). Bottomley (2002) cita ainda o questionário do *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) para avaliação geral da QV.

Quando nos referimos à avaliação da QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, verificamos que os estudos são divididos em dois períodos distintos: de 1950 a 1985, avaliando apenas um aspecto selecionado pelo autor como mais relevante e, de 1986 até os tempos atuais, buscando avaliar diferentes aspectos com relação à QV (MORTON, 1995). Porém, os questionários específicos surgiram a partir de 1985, inicialmente abordando os aspectos genéricos e, posteriormente, os domínios específicos da região de cabeça e pescoço. Habitualmente, avaliam o estado do paciente no pré-tratamento (ponto inicial), na primeira semana de terapia, após o 3^o e/ou 6^o mês,

no 1^o ano e no 2^o ano pós-tratamento. Deste modo, torna-se possível identificar ao longo do tempo, os momentos em que a QV é influenciada pela vigência dos para-efeitos agudos do tratamento, sua recuperação inicial, até o resultado final da terapia adotada (SOBRINHO, CARVALHO e FRANZI, 2001).

Dentre os instrumentos de avaliação da QV específicos à pacientes com câncer temos *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (FACT-G), *Visual Analogue Scale-Cancer* (VAS-C), *Profile of Mood States* (POMS), *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) (BOTTOMLEY, 2002).

Outros questionários para pacientes com câncer, específicos para aqueles de localização de cabeça e pescoço, são amplamente utilizados. O *Bochum Questionnaire on Rehabilitation* possui 147 questões que abordam dor, reabilitação, problemas morfológicos, funcionais e psicológicos (GELLRICH et al., 2002). O *UW-QOL* (*University of Washington – Quality of Life*), desenvolvido pelo Departamento de Otolaringologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade de Washington (2003), possui questões relativas tanto à função (dor, aparência, salivação, mastigação, fala, deficiência no movimento do ombro, paladar) como a aspectos psicológicos (atividade, recreação, ansiedade, disposição) (ROGERS, LOWE e HUMPHRIS, 2000; ROGERS et al., 2002; ROGERS et al., 2002a).

Já o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire – Cancer 30* (*EORTC QLQ-C 30*) é um questionário para avaliar a QV de pacientes com câncer, geral para 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 mais atual é a

EORTC QLQ-C 30 versão 3.0. Além disso, também foram desenvolvidos outros questionários 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, abordando sintomas relacionados à localização específica do tumor, efeitos colaterais associados ao tratamento administrado, e domínios adicionais da QV afetados pela doença ou seu tratamento. Ambos, *EORTC QLQ-C 30* e o *QLQ-H&N 35*, já são validados em língua portuguesa (AARONSON et al, 1993).

Os instrumentos específicos ainda predominam nos estudos sobre QV, mesmo que a mensuração relacionada à saúde mantenha o caráter multidimensional e avalie a percepção geral, a ênfase habitualmente recai sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas pela enfermidade (SEIDL e ZANNON, 2003). Segundo Sobrinho, Carvalho e Franzi (2001), a avaliação de QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço deve associar um questionário específico complementado por um genérico, que englobe outros domínios fora desta área.

2.4. Câncer de Cabeça e Pescoço, terapias e complicações

O câncer de cabeça e pescoço, mundialmente, representa 10% dos tumores malignos, envolve vários sítios, sendo que cerca de 40% dos casos ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% nas glândulas salivares e 13% nos demais locais. Anualmente ocorrem mais de oito milhões de casos novos de câncer no mundo, dos quais 212.000 originam-se na boca. Em nosso país, o câncer representa a terceira principal causa de morte (SHERMAN, 1996).

Os cânceres de localização na cabeça e 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 (amígdalas palatinas, superfície inferior do palato mole, base da língua), nasofaringe, hipofaringe, fossa nasal, seios paranasais, laringe (supraglote, glote e subglote), glândulas salivares e quimiodectomas (tumores nas áreas de quimiorreceptores) (HOSSFELD et al., 1989).

Sua etiologia está relacionada à exposição a fatores de risco ambientais como vírus ou agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, irritação crônica por agentes físicos, existência de lesões pré-malignas (leucoplasias e/ou eritroplasias), higiene oral deficiente associada à presença de dentes mal conservados. A ocorrência está muito frequentemente associada a vícios evitáveis, como o tabagismo e o etilismo e embora a incidência seja maior em homens, tem-se verificado um aumento do risco entre as mulheres (HOSSFELD et al., 1989; LORANZI, 2003).

O tratamento efetivo na redução e eliminação do tumor induz complicações crônicas e agudas (PETERSON e D'AMBROSIO, 1994), sendo fundamental a conscientização do paciente sobre os problemas secundários relacionados à terapia (SCULLY e EPSTEIN, 1996), podendo ser muito debilitantes, afetando aparência, comunicação e alimentação, com impacto físico e emocional importante (PUKE et al., 2005).

A cirurgia e a radioterapia (RT) continuam sendo os principais e mais eficazes métodos de tratamento dos tumores de cabeça e pescoço, porém podem trazer seqüelas variadas que incluem as dermatites, cáries de irradiação, xerostomia, perda de paladar, hemorragia, osteorradionecrose, trismo, mutilação e alterações inflamatórias ou

infeciosas da cavidade oral denominadas, genericamente, “mucosite” (LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003; CARDOSO et al., 2005; NEVILLE, 2004; SPOLIDORIO et al., 2001).

As intervenções cirúrgicas podem ocasionar graves limitações nas funções e deformidades faciais importantes, de acordo com o grau de evolução do tumor, além de modificações no fluxo salivar quando há remoção parcial ou total de glândulas salivares (SCHLIEPHAKE et al., 1995; SCHLIEPHAKWE et al., 1998).

A radioterapia ocupa um lugar importante no tratamento dos carcinomas da região da cabeça e do pescoço (DECLERCK et al., 1995), (LOCKHART e KUTCHER, 1991; LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003). Tem como princípio a destruição de células neoplásicas malignas, porém também causam injúrias à população de células normais, provocando efeitos colaterais e complicações variadas, afetando glândulas salivares, ossos, dentes, mucosa bucal, músculos e articulação, combinando a perda de células com o dano na vascularização local (LIMA et al., 2001). Tais efeitos dependem do tipo e da dose de radiação, da extensão do corpo tratado, do tempo de tratamento e da sensibilidade individual (SPOLIDORIO et al., 2001).

A mucosite é uma complicação importante do tratamento oncológico, comum após a radioterapia, devido a uma resposta insuficiente à descamação do epitélio pela redução cumulativa de células da camada basal, tornando a superfície da mucosa fina e ulcerada, provocando um processo inflamatório (ROSE-PED et al., 2002; GARDEN, 2003). Assim, causa dor intensa, distúrbio no paladar, entre outros, comprometendo a mastigação, a deglutição e a fonação, causando um prejuízo à QV (FISHER et al., 2003; GARDEN, 2003; NEVILLE, 2004). Além disso, constitui-se como uma verdadeira porta de entrada para infecções bacterianas, determinando, em alguns casos, a suspensão do tratamento (LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003).

A xerostomia é também um importante efeito da radioterapia, sendo progressiva e persistente durante o tratamento, levando, na maioria das vezes a um dano permanente (GOODMAN et al., 1992). Além da redução qualitativa, também se verificam uma diminuição da capacidade tampão e do pH salivar, quebrando o equilíbrio ecológico da microbiota bucal, favorecendo o aparecimento de infecções e maior proliferação de microrganismos, com aumento do número de *Streptococcus do grupo mutans e Candida sp*, (ANTÔNIO, 2001; SPOLIDORIO et al., 2001).

As funções da saliva incluem a lubrificação e proteção da mucosa bucal e dos dentes, inicia a digestão dos alimentos, lubrifica o bolo alimentar, umidifica todas as estruturas bucais (mucosa e dentes), ajuda na deglutição, mastigação, degustação e fala, contribui na neutralização da acidez bucal, possui um sistema de defesa importante, e é essencial para a retenção de dentaduras, entre outras. E dentre as principais complicações dessa hipossalivação temos: cárie, problemas na gengiva, presença de infecções bucais (principalmente por fungos), placas brancas na superfície da língua, mau hálito, xerostomia, sede freqüente, boca ressecada e lábios secos descamados ou rachados, dificuldade para falar, mastigar, engolir, comer alimentos secos, necessidade de tomar água durante as refeições, dificuldade de usar dentadura, sensação de ardência bucal, sabor alterado, etc. (GOODMAN et al., 1992; ABREU e SILVA, 2000).

Segundo Ramirez-Amador (1997) e Nicolatou-Galitis et al. (2003), a hipossalivação é o principal fator predisponente para a candidíase oral, sendo o maior desenvolvimento da infecção após o tratamento oncológico verificado por diversos estudos (ROSSIE et al., 1987; PAULA et al., 1990; GOODMAN et al., 1992; SPOLIDORIO et al., 2001). Também, devido as alterações à microflora bucal citadas anteriormente, causadas pela radioterapia, determinam um aumento na contagem do fungo *Candida albicans* (LOPES et al., 1998).

A cárie de radiação é outra condição associada à xerostomia e modificação da microflora bucal resultantes da radioterapia, decorrentes do decréscimo da ação antibacteriana, de neutralização dos ácidos e das propriedades de auto-limpeza da saliva (LOPES et al., 1998; SPECHT, 2002; SCHIODT e HERMUND, 2002, NEVILLE, 2004). Ainda, a radioterapia causa alterações nos odontoblastos, diminuindo sua capacidade de produção de dentina reacional, além de modificações da estrutura dos prismas de esmalte (LOPES et al., 1998; SPOLIDORIO et al., 2001). A cárie de radiação fundamenta a necessidade de um acompanhamento odontológico sistemático, pela dificuldade de controle, iniciando-se na região cervical e de rápida progressão.

A radioterapia também pode trazer alterações importantes no paladar, gerando efeitos psicológicos, principalmente em relação ao prazer da alimentação, com um impacto negativo à QV (COMEAU, EPSTEIN e MIGAS, 2001). Tal condição pode igualmente ser verificada por um dano neural conseqüente de cirurgia oral (COMEAU, EPSTEIN e MIGAS, 2001; SCHIODT e HERMUND, 2002).

Já o trismo, comum em tumores de cabeça e pescoço, podendo estar relacionado à doença ou ao tratamento, especialmente à radioterapia. O tecido muscular responde lentamente a radioterapia, causando fibrose do mesmo e da cápsula da articulação temporomandibular (ATM), resultando numa diminuição importante da mobilidade (SEGRETO e SEGRETO, 2000), sendo fundamental os exercícios para o relaxamento, treinamento da função muscular, aumento da amplitude de movimentos e da força muscular (OCHS e DOLWICK, 2000; ZARB, CARLSSON e RUGH, 2000).

Por fim, a osteorradionecrose é, talvez, a complicação mais importante da radioterapia, dolorosa e debilitante, resultado de um efeito crônico do tratamento radioterápico, onde há diminuição da oxigenação e da capacidade de cicatrização dos tecidos moles (NEVILLE, 2004; SCHIODT e HERMUND, 2002). Os principais fatores

de risco associados são o tratamento odontológico invasivo antes e depois da irradiação, a inclusão na mandíbula dentro do campo irradiado, fatores específicos relativos à radiação (dose, fracionamento das doses e número de sessões), uso abusivo de álcool e fumo, pobre higiene oral e fatores nutricionais (SPECHT, 2002; MOURA, CASTRO e FREIRE, 2003). Segundo Miguel e Curi (2000), existem dois momentos onde há maior incidência: durante o primeiro ano, onde aproximadamente 50% dos casos são desencadeados pelas cirurgias oncológicas e, do segundo ao quinto ano, onde mais de 60% dos casos estão relacionados a procedimentos odontológicos. A alta incidência de comprometimento periodontal e a pobre condição oral dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço os tornam mais suscetíveis ao desenvolvimento de osteorradição necrose, justificando a necessidade de um acompanhamento odontológico preventivo (PETERSON e D'AMBRÓSIO, 1994).

A quimioterapia pode levar a problemas semelhantes aos da radioterapia, em tratamento mais severos, onde as doses são muito altas e, a associação da radioterapia com quimioterápicos produz um efeito sinérgico, potencializando a severidade das alterações inflamatórias da mucosa oral (LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003).

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. Essa tarefa deve ser efetivada por uma equipe multidisciplinar, incluindo o cirurgião-dentista (PADILHA, 2005).

A odontologia desempenha hoje um papel importante nas diferentes fases terapêuticas contra o câncer, seja na fase que antecede a cirurgia, onde uma avaliação prévia pode reduzir complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios crônicos de origem bucal, que podem exacerbar após o tratamento cirúrgico, seja na

prevenção das seqüelas bucais que ocorrem durante e após o tratamento radio e quimioterápico (CARDOSO et al, 2005; PADILHA, 2005). Porém, muitos cirurgiões-dentistas ainda negligenciam o cuidado ao paciente com câncer, conforme cita SHROUT (1991), em geral pela falta de preparo clínico no atendimento (PINTO e DIB,1989). A abordagem é direcionada as orientações preventivas e a remoção de qualquer condição patológica preexistente, seja aguda ou crônica, minimizando as complicações previsíveis (ALLARD et al., 1993; CHAMBERS et al., 1995; EPSTEIN et al., 1999; MAGLIORATI e MAGLIORATI, 2000).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Avaliar o impacto de um protocolo de cuidados odontológicos na qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, assistidos no HNSC, Porto Alegre – RS.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e de saúde oral dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre – RS;
- Comparar a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço que receberam um protocolo de cuidados odontológicos a de pacientes que não foram expostos ao mesmo, em dois momentos distintos: anteriormente à terapia oncológica e 15 dias após a mesma concluída;
- Comparar as condições de saúde bucal de grupos de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço com e sem acesso ao protocolo de cuidados odontológicos, em dois momentos distintos: anteriormente e 15 dias após a terapia oncológica;
- Correlacionar os diferentes estádios de diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço associados à QV específica, em pacientes com e sem a

exposição ao protocolo de cuidados odontológicos, permitindo dois momentos de avaliação: anterior à terapia oncológica e 15 dias após a mesma;

- Descrever as seqüelas do tratamento oncológico (mucosite, xerostomia, trismo, osteorradição, disfagia, candidíase e alteração de paladar, mutilação) em grupos de pacientes com e sem acesso ao protocolo de cuidados odontológicos, após 15 dias da terapia oncológica concluída.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento

O estudo foi delineado como Ensaio Clínico Randomizado.

4.2. Local do estudo

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), local da realização do estudo, faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma ampla rede de assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que consta de 04 Hospitais e 12 Unidades Básicas. O HNSC apresenta o título de Hospital de Ensino e é um dos locais de referência no estado do RS ao tratamento de pacientes com câncer (CACON I¹). Além disso, é referência nos tratamentos complexos odontológicos para zona norte de Porto Alegre, com a criação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em 2004.

Apesar dos recursos humanos e materiais e dos esforços da Equipe da Oncologia Cirúrgica, o hospital não tem atualmente uma política institucionalizada de atenção integral ao paciente oncológico, na qual estaria incluída, dentre outros cuidados, a saúde bucal.

4.3. Amostra

A amostra, captada consecutivamente, por conveniência, foi estimada em 46 pacientes (23 por grupo) que, para um nível de significância de $\alpha=0,05$ e com um poder

¹ Centro de Alta Complexidade em Oncologia I: Hospitais Gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias mais frequentes no Brasil.

estatístico de 90% ($\beta = 0,10$), avalie uma diferença de magnitude (tamanho de efeito, $E/S = 1$) de um desvio padrão.

Assim, foram captados, de julho/2006 à janeiro/2007, 46 sujeitos, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: presença de neoplasia maligna primária de localização de Cabeça e Pescoço, de qualquer tipo histológico, ainda sem nenhum tratamento oncológico previamente realizado, com condições clínicas de receber assistência odontológica e interesse em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão da amostra foram: pacientes com tumor primário de localização de cabeça e pescoço que já iniciaram o tratamento oncológico ou com tumor secundário de cabeça e pescoço, sem condições clínicas de receber os cuidados odontológicos ou sem interesse em participar da pesquisa.

Os mesmos foram randomizados e distribuídos em 02 grupos, submetidos a diferentes abordagens:

a) Grupo Controle: 23 pacientes, os quais foram examinados e orientados, incluindo seus cuidadores, quanto aos possíveis efeitos do tratamento oncológico. As necessidades urgentes foram atendidas e as não urgentes encaminhadas aos serviços de atenção básica de referência. O atendimento de urgência foi mantido, pela pesquisadora, durante todo o estudo. Após 15 dias da terapia oncológica concluída foi ofertado aos mesmos o atendimento clínico odontológico em caso de necessidade.

b) Grupo Intervenção: 23 pacientes, os quais foram examinados e orientados, incluindo seus cuidadores, quanto aos possíveis efeitos do tratamento oncológico. Os sujeitos alocados neste grupo receberam cuidados odontológicos sistemáticos com acompanhamento profissional de acordo com um protocolo estabelecido, antes, durante e após o tratamento oncológico, além de eventuais tratamentos de urgência.

A abordagem educativa foi realizada em ambos os grupos, beneficiando pacientes e cuidadores, desde o princípio da pesquisa, através de orientações orais e escritas em material educativo construído e disponibilizado ao serviço.

Todos os pacientes tiveram acesso ao atendimento clínico odontológico, porém o mesmo foi realizado em momentos distintos, devido à incapacidade de recursos físicos e humanos disponíveis para a realização desta pesquisa, impossibilitando que os 46 sujeitos obtivessem o benefício desde o princípio da coleta de dados. Assim, permitiu-se avaliar a QV 15 depois da terapia oncológica concluída, comparando a proposta de uma linha de cuidado odontológico ao paciente com câncer e os atuais cuidados prestados pelo serviço de saúde pesquisado.

Os tratamentos urgentes foram realizados a todos os sujeitos de pesquisa, em qualquer momento do andamento da mesma, pela pesquisadora ou, na inviabilidade desta, pelo serviço de emergências odontológicas do HNSC. Os pacientes e os familiares dos dois grupos mantiveram o contato da pesquisadora para eventuais dúvidas e/ou necessidade de atendimento emergencial.

4.4. Randomização

Os 46 sujeitos captados no Setor de Oncologia Adulto do HNSC foram esclarecidos sobre a dinâmica e objetivos da pesquisa, e, também, da necessidade de sorteio definindo a participação em um dos dois diferentes grupos. Assim, para uma distribuição aleatória, foram disponibilizadas 46 oportunidades – 23 de participação no grupo controle (aqui definido como grupo 01) e outras 23 de participação no grupo intervenção (aqui definido como grupo 02), em envelopes lacrados, que foram

sorteados, pelo próprio paciente, após a primeira coleta de dados. Dessa forma permitiu-se o cegamento, tanto da pesquisadora e como do paciente, na primeira coleta de dados. O mesmo não pode ser realizado na segunda fase, devido à intervenção realizada pela própria pesquisadora, onde ambos (paciente e pesquisadora) estiveram cientes do grupo alocado.

4.5. Tempo de acompanhamento

A pesquisa teve um tempo de acompanhamento aproximado, por paciente, de 06 meses, sendo a coleta de dados dividida em dois momentos: anteriormente à terapia oncológica e 15 dias depois da mesma concluída. Os períodos foram estabelecidos de acordo com a literatura em avaliações de QV, tempo para realização da pesquisa e dinâmica de funcionamento do Serviço de Oncologia Adulto do HNSC.

Segundo Sobrinho, Carvalho e Franzi (2001), as avaliações habitualmente são realizadas no pré-tratamento (ponto inicial), na primeira semana de terapia, após o 3^o e/ou 6^o mês, no 1^o ano e no 2^o ano pós-tratamento. O período de 15 dias após o término do tratamento oncológico, e não durante a realização do mesmo, foi definido de acordo com a dinâmica de funcionamento do serviço de Oncologia, que prevê o retorno do paciente ao ambulatório neste período. Também se deve aos diferentes tipos, tempos e associação de terapias, que poderiam confundir (viés) o melhor momento para a segunda coleta de dados, além disso, a radioterapia é realizada em outros hospitais, o que desvincula o paciente momentaneamente do serviço de Oncologia do HNSC. Uma avaliação aos 03 meses, como cita a literatura foi objetivada no projeto inicial, porém sem tempo hábil para conclusão.

4.6. Variáveis Pesquisadas

4.6.1. Variáveis dependentes

Problemas Dentários (dor, desconforto, infecção)

Xerostomia

Autopercepção de qualidade de vida pelos questionários EORTC QLQ – H&N 35 e

WHOQOL-Bref

Condições protéticas

Necessidades protéticas

Cárie

Mucosite

Candidíase

Alteração de paladar

Disfagia

Trismo

Osteorradionecrose

Consulta com dentista nos últimos seis meses

Hábitos: fumo e álcool

Mutilação pós-cirúrgica

4.6.2. Variáveis independentes

Sexo: masculino ou feminino

Faixa etária: maior que 50 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais

Escolaridade: Analfabeto (a); semi-analfabeto (a); 1º, 2º ou 3º grau completos ou incompletos

Renda: menos de 01 salário mínimo; de 01 a 05 salários mínimos; mais de 05 a 10 salários mínimos; mais de 10 salários mínimos

Estado civil: possui companheiro (a); não possui companheiro (a)

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

Estadiamento da lesão²

Localização específica

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

4.7. Coleta de Dados

Foram definidos dois momentos distintos para a coleta de dados, em ambos os grupos: anteriormente à terapia oncológica e 15 dias depois da mesma concluída.

Os instrumentos de coletas de dados foram divididos em quatro blocos:

a) Dados Sócio-Demográficos:

- Avaliados por entrevista estruturada - dados pessoais, sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação e estado civil.

b) Dados Clínicos:

² De acordo com a classificação da American Joint Committee on Cancer (AJCC).

- Avaliados por entrevista estruturada - consulta com dentista nos últimos 06 meses, autopercepção de: problemas dentários, xerostomia, alteração de paladar, disfagia e trismo, relato de uso de fumo e álcool;
- Avaliados por exame clínico odontológico - Índice CPO-D³, Condições e Necessidades Protéticas⁴, Mucosite⁵, Candidíase⁶ e Osteorradiocrecrose⁷.

c) Dados dos Prontuários Médicos:

- Buscados no Sistema de Informações do HNSC ou junto à equipe médica - tipo de câncer, estadiamento, localização específica, tratamento realizado e mutilação pós-cirúrgica.

d) Dados de QV:

Os dados de QV foram medidos pela associação de dois questionários, ambos já validados para a língua portuguesa:

- EORTC QLQ – H&N35 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- Head and Neck): questionário de avaliação da QV específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, abordando sintomas relacionados à doença e ao tratamento. Quanto maior a pontuação obtida com este instrumento, pior a QV.
- WHOQOL – Bref (OMS): questionário de avaliação da QV geral, abordando quatro diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Quanto maior a pontuação obtida com este instrumento, melhor é a QV geral apresentada pelo sujeito.

³ Índice CPO-D: retrata a história da doença cárie pelo exame de dentes cariados, perdidos e obturados. Avaliado segundo critérios da OMS, 1999.

⁴ Avaliados segundo critérios da OMS, 1999.

⁵ Avaliado segundo critérios clínicos definidos ao exame. Classificada em presente ou ausente.

⁶ Avaliado segundo critérios clínicos definidos ao exame, em que presença de alterações brancas, amareladas, cremosas, removíveis à raspagem, é indicativa de Cândida, confirmada pela resposta terapêutica à terapia antifúngica. Classificada em presente ou ausente.

⁷ Diagnosticada segundo critérios clínicos e radiográficos, pela presença de ulceração da mucosa, associada a sintomas dolorosos, trismo e visualização radiográfica de áreas de sequestro ósseo. Classificada em presente ou ausente.

Os dados foram coletados por pessoal devidamente calibrado, em consultório médico do setor de oncologia, nos dias de consulta clínica médica ambulatorial. Para os exames bucais foram utilizados tríade odontológica (pinça para algodão, sonda exploradora e espelho plano nº 05) e luz natural. Os atendimentos clínicos foram realizados pela própria pesquisadora ou por pessoal capacitado, em um consultório cedido pelo Centro de Especialidades Odontológicas do HNSC, durante dois turnos semanais, para fins desta pesquisa.

4.8. Calibração

Os exames foram realizados por pessoal devidamente calibrado, para os exames orais e aplicação dos questionários. Os índices de concordância intra e inter-examinados para as variáveis clínicas podem ser visualizados na tabela 02.

Tabela 02. Dados de concordância e Kappa intra e inter-examinador para as variáveis clínicas cárie, uso e necessidade de prótese. Porto Alegre – RS, 2007.

	Cárie	Uso de Prótese	Necessidade de Prótese
Intra-examinador	0,94 (0,91)	0,98 (0,82)	0,95 (0,91)
Inter-examinador	0,90 (0,80)	0,98 (0,82)	0,95 (0,91)

Os dados foram apresentados como média do índice de concordância obtido (intervenção Kappa).

4.9. Momentos de intervenção

4.9.1. Primeiro momento

Deu-se após o diagnóstico de câncer e teve a avaliação da QV por questionários validados, anamnese, fotografias, exame das condições bucais (CPO-D e Necessidade e Uso de Prótese), investigação de xerostomia, candidíase, alteração de paladar, disfagia e trismo, e educação em saúde bucal aos pacientes e cuidadores. O tratamento odontológico sistemático segundo protocolo sugerido foi oferecido somente ao grupo intervenção. Ao grupo controle, foram saneadas as necessidades urgentes e o tratamento curativo não urgente, foi encaminhado às unidades básicas de saúde de referência. Eventuais tratamentos de urgência foram realizados a ambos os grupos, em qualquer momento do estudo, pela pesquisadora ou, na inviabilidade desta, pelo serviço de emergência odontológica do HNSC.

4.9.2. Segundo momento

Foi realizado 15 dias após o tratamento oncológico concluído, avaliando a QV por questionários, anamnese, fotografias, exame das condições bucais (CPO-D e Necessidade e Uso de Prótese), investigação de mucosite, xerostomia, candidíase, alteração de paladar, disfagia, trismo e osteorradionecrose, e educação em saúde bucal aos pacientes e cuidadores. O protocolo de cuidados continuou sendo executado com o grupo intervenção. Ao grupo controle, verificando-se necessidade de tratamento curativo, foi-lhes ofertada a assistência, pela pesquisadora, no HNSC.

PS.: Eventuais tratamentos de urgência foram realizados a ambos os grupos em qualquer momento da pesquisa.

4.10. Protocolo de cuidados odontológicos

O protocolo baseia-se na proposta desenvolvida pelo Centro de Câncer Bucal do Distrito Federal⁸, vinculado ao Hospital Universitário de Brasília, reestruturado de acordo com as possibilidades oferecidas pelo HNSC e com os objetivos da pesquisa.

4.10.1. Período que antecede o tratamento oncológico

Realizada a anamnese e exame clínico odontológico, o tratamento iniciou com uma exposição da importância da saúde bucal no contexto geral de saúde, não só durante o período do tratamento oncológico, mas também no seguimento. Orientações gerais de higienização foram demonstradas, como técnica de escovação, uso adequado do fio dental e da escova interdental; limpeza oral em pacientes edêntulos, com gaze embebida em solução fisiológica; higiene de próteses parciais removíveis ou totais com escova e imersão em solução de limpeza. Prescrição de bochecho com clorexidina 0,12% (sempre em base aquosa), duas vezes ao dia. Escovação com dentifrícios fluoretados após as refeições. Utilização diária de soluções fluoretadas (fluoreto de sódio 1,0 %), uma vez ao dia, antes de dormir, aos pacientes com alto risco de cárie dentária (THYLSTRUP e FEJERSKOV, 1995; CAIELLI, MARTHA e DIB, 1995; LOPES et al., 1998). Instrução de dieta adequada, com redução da ingestão de açúcar, priorizando uma alimentação mais saudável.

⁸ O protocolo está disponível no endereço eletrônico: <http://www.unb.br/fs/ccb/proto.htm>
Acesso em 01 dez. 2005.

Pacientes diagnosticados com candidíase oral foram tratados com antifúngicos tópicos (solução de nistatina 100.000 UI/mL 3 a 4 bochechos/dia), associados a desinfecção das próteses dentárias diariamente (LOPES et al., 1998).

O controle da xerostomia foi realizado com agentes umedecedores (gomas de mascar, balas sem açúcar, ingestão de líquidos) que, apesar de potencialmente irritantes a mucosa com o uso contínuo, proporcionam um alívio temporário e são de baixo custo (GUCHELAAR, VERMESA e MEERWALDT, 1997).

As próteses mal adaptadas foram ajustadas e suspendeu-se o uso quando da impossibilidade deste, até o restabelecimento das condições locais.

Realizou-se um intenso controle de placa supragengival, incluindo raspagem e alisamento radicular, com posterior aplicação tópica de flúor gel neutro a fim de diminuir da sensibilidade da área tratada, além da remoção de outros possíveis fatores retentivos.

Aos pacientes que apresentaram trismo ou com risco de desenvolvê-lo, devido à inclusão da radioterapia no plano de tratamento oncológico (PETERSON, 2000), foram orientados a realização de exercícios de abertura dos maxilares (alongamento) para prevenção ou controle (SCULLY e EPSTEIN, 1996; NEVILLE, 2004).

A partir dessa adequação bucal inicial passamos para os procedimentos cirúrgicos, devido à necessidade de boa cicatrização antes do início do tratamento oncológico. A indicação de exérese foi avaliada caso a caso, verificando-se questões como: planejamento do tratamento oncológico (inclui ou não a radioterapia e quimioterapia), grau de motivação e higiene obtida pelo paciente, história de doença cárie e periodontal. Dentes abalados periodontalmente e sem resposta satisfatória ao tratamento e/ou com indicação de endodontia com a presença de lesões periapicais foram removidos sempre que o tratamento oncológico incluiu a radioterapia. Na

impossibilidade da extração, os dentes foram polidos para melhorar o controle da placa e evitar a irritação aos tecidos moles (PINTO e DIB, 1989; DECLERCK et al., 1995; SCULLY e EPSTEIN, 1996). Já a conduta frente a terceiros molares retidos foi avaliada segundo as possibilidades de complicações posteriores (pericoronarite, reabsorções radiculares, formação de cistos, tempo adequado de cicatrização anterior à radioterapia).

As exodontias foram realizadas, com antecedência mínima de sete ou quatorze dias do tratamento oncológico, com rigor de técnica, visando ao menor trauma na estrutura óssea e gengival que envolve o elemento dental, não deixando arestas, coaptado com sutura, objetivando o fechamento da ferida em primeira intenção, de forma a permitir uma reparação mais rápida e segura. Quando da necessidade de uso de broca, realizou-se irrigação intensa com soro fisiológico (PETERSON, 2000). O uso de antibioticoterapia profilática foi avaliado caso a caso. Nunca a exodontia abrangeu a área do tumor.

Após o controle de placa supragengival, os elementos dentais foram avaliados subgengivalmente e diagnosticada a presença de doença periodontal, foram tratados com raspagem e alisamento subgengival.

Por fim, realizou-se o tratamento dos elementos dentais com cáries primárias, reincidentes ou restaurações defeituosas, em que se procedeu à remoção do tecido cariado ou da restauração, limpeza da cavidade, isolamento relativo com rodete de algodão e sugador, proteção pulpar com cimento de hidróxido de cálcio, forramento com ionômero de vidro e restauração com resina composta, conforme proximidade pulpar. Dentes com indicação de endodontia foram tratados preferencialmente em duas sessões, com isolamento absoluto.

Este protocolo só foi modificado de em situações de urgência (dor, edema).

4.10.2. Durante e após o tratamento oncológico

Manutenção de medidas de motivação e reforço da higiene oral com utilização correta de escova, fio dental e/ou escova interdental e de dieta adequada. Os bochechos com clorexidina 0,12% (base aquosa) duas vezes ao dia e fluoreto de sódio 1,0% (aos pacientes com alto risco de cárie) uma vez ao dia, antes de dormir, foram mantidos. A xerostomia foi trabalhada com agentes umedecedores (instruções sobre hidratação, gomas de mascar, balas sem açúcar), que mesmo com certo risco de irritação à mucosa, trazem alívio e são de baixo custo, e, apesar de existirem outras formas de controlar os sintomas da hipossalivação (substitutos de saliva, sialogogos), não há um modo eficaz e sem limitações (JHONSON et al., 1993; GUCHELAAR, VERMESA e MEERWALDT, 1997; SANGTHAWAN et al., 2001).

Pacientes diagnosticados com Candidíase oral foram tratados com solução de nistatina 100.000 UI/mL 3 a 4 bochechos/dia, conjuntamente com a desinfecção das próteses dentárias diariamente.

Suspensão do uso de próteses dentárias quando julgar necessário, na dependência da seqüela do tratamento. A radiação produz efeitos indesejáveis na mucosa oral, induzindo a fibrose da submucosa, tornando o epitélio mais fino e menos ceratinizado, com menor elasticidade e resiliência. Assim, o menor trauma pode causar ulceração que leva semanas a meses para cicatrizar. Em vista disso, a confecção de novas próteses foi protelada por no mínimo 06 meses após o término da radioterapia, aos pacientes previamente edentados, e um ano ou mais aos pacientes que sofreram extrações logo antes ou depois da radioterapia (PETERSON, 2000).

Aos pacientes que apresentaram trismo ou com risco de desenvolvê-lo, devido à inclusão da radioterapia no plano de tratamento oncológico (PETERSON, 2000),

foram orientados a realização de exercícios de abertura dos maxilares (alongamento) para prevenção ou controle (SCULLY e EPSTEIN, 1996; NEVILLE, 2004).

A necessidade de procedimentos clínicos, especialmente cirúrgicos, foi avaliado conjuntamente com a equipe médica, em decorrência das condições sistêmicas e locais potencialmente abaladas, postergando-os quando possível, até o restabelecimento local e sistêmico do paciente.

O tratamento da mucosite foi sintomático, controlando a dor e mantendo um suporte nutricional. Recomendou-se ao paciente aumentar a ingestão de água, manter a boca sempre úmida, mantendo boa higiene bucal, evitando alimentos ácidos e jejum prolongado (KEENE et al., 1981; LOGOTHETIS e MARTINS WELLES, 1995; BRASIL, 2002). O uso da solução aquosa de gluconato de clorexidina 0,12% também objetivou diminuir os episódios e a severidade do quadro clínico, além de proporcionar uma limpeza química da boca agindo nos tecidos necróticos, reduzindo o risco de infecções (LOPES et al., 1998; LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003).

O paciente em quimioterapia teve suas condições hematológicas monitoradas, com um hemograma do dia e contagem de plaquetas, principalmente quando da necessidade de procedimentos cruentos. O tratamento odontológico eletivo foi preferencialmente adiado, até o restabelecimento sistêmico.

As extrações durante e após a radioterapia são indesejáveis, pois o prognóstico é incerto, portanto, foi evitada até o restabelecimento de irrigação óssea suficiente para permitir a cicatrização (PETERSON, 2000). Tal condição foi discutida conjuntamente com o médico e se possível postergada e substituída por procedimentos conservadores.

4.11. Material educativo aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi organizado um material educativo direcionado à cuidadores e pacientes com câncer de cabeça e pescoço, disponibilizados ao Serviço de Oncologia Adulto e a outros serviços de saúde. Aborda as principais seqüelas orais relacionadas ao tratamento e cuidados importantes no objetivo de minimizá-los. O material educativo completo pode ser visualizado na página 127 (APÊNDICES).

4.12. Análise de dados

Os dados dos questionários de QV (*EORTC QLQ- H&N35 e WHOQOL-Bref*) foram pontuados de acordo com critérios próprios pré-definidos, por soma e transformação linear (*EORTC QLQ – H&N35*⁹) e soma de acordo com sintaxe própria (*WHOQOL-Bref*¹⁰). Todos os dados foram categorizados e processados pelo programa SPSS versão 12.0. Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão, enquanto os categóricos por %. A comparação dos grupos foi feita por média e desvio padrão, com os intervenções qui-quadrado e t de Student para verificação de significância estatística. O nível de significância foi de $\alpha= 0,05$.

4.11. Aspectos Éticos

⁹ BJORDAL, K. et al. Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. **Journal of Clinical Oncology**, v.17, n.3, p.1008-19, Mar. 1999.

¹⁰ Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>.

A pesquisa, aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do GHC em 23/05/2006 e da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS) em 13/06/2006, foi considerada adequada ética e metodologicamente. Os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta investigação serão apresentados na forma de dois artigos, que apresentam diferentes pontos deste estudo.

O primeiro artigo refere-se a uma avaliação das condições sócio-demográficas e de saúde oral dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no HNSC, Porto Alegre – RS.

Já o segundo artigo, faz uma avaliação da inserção do protocolo de cuidados odontológicos aos mesmos pacientes, numa perspectiva de redução de danos relacionados à terapia oncológica e melhoria da QV geral e específica.

Posteriormente, seguimos com uma discussão única, somando-se os achados de ambos os artigos.

ARTIGO 01¹¹

Perfil das condições sócio-demográficas e de saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Hospital Nossa Senhora Conceição/SUS, Porto Alegre - Brasil.

Profile of the social-demographic and oral health status of head and neck patients treated in the Hospital Nossa Senhora Conceição/SUS, Porto Alegre – Brazil.

Camila Samara Funk¹; Julio Baldisserotto²

¹ Cirurgiã-dentista, Mestranda em Saúde Bucal Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

² Cirurgião-dentista, Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Doutor em Gerontologia Biomédica, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

* Endereço para correspondência: Rua João Mincato, 176, Caxias do Sul, RS. CEP: 95090-150. Fone: +54 32841657/ +54 91152778. E-mail: camilafunk@hotmail.com
bjulio@ghc.com.br

Texto escrito no Programa Word 2003 - Windows XP Professional.

¹¹ Artigo formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

Resumo

O estudo teve como objetivo traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde oral dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre – Brasil. Uma amostra de 46 pacientes foi selecionada consecutivamente, de julho/2006 a janeiro/2007. Observou-se uma maior prevalência de homens, tabagistas, de baixo nível sócio-econômico e educacional, com pobre condição oral e média de idade de 54,2 anos. Também identificou-se uma maior prevalência de carcinomas epidermóides, com mais de 60% dos diagnósticos em estádios avançados, sendo as localizações preferenciais a língua e a orofaringe. Os principais tratamentos instituídos foram a cirurgia e a radioterapia. Conclui-se que o perfil sócio-demográfico e de saúde oral dos pacientes assistidos no HNSC apresenta características similares a dos tumores de cabeça e pescoço de outros locais do Brasil. Frente ao atual panorama da doença no país urge a necessidade de fortalecimento das políticas públicas no setor focadas na redução da incidência, no diagnóstico precoce e na institucionalização do aporte interdisciplinar no cuidado, viabilizando o tratamento com manutenção da qualidade de vida.

Palavras-chave: câncer de cabeça e pescoço, câncer bucal, perfil sócio-demográfico, saúde oral.

Abstract

The study was aimed to draw the social-demographic and oral health profile of head and neck cancer patients treated in the Oncology Service of Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre - Brazil. A sample of 46 patients was consecutively selected, by convenience, between July 2006 and January 2007. A higher prevalence of men, who were smokers, from low social-economic level, and an average age of 54.2 years was observed. A higher prevalence of epidermoid carcinoma, with more than 60% of diagnoses in advanced stages, and having the tongue and the oropharynx as the preferential sites, was identified. The main therapies that were provided were surgery and radiotherapy. It was concluded that the social-demographic and oral health profile of the patients treated in the HNSC is typical of the head and neck tumors in Brazil. In face of the present scenario of the disease in the country, there is an urgent need to strength public policies in the sector focusing on the decrease of the incidence, on the early diagnosis, and on the institutionalization of the interdisciplinary subsidy in care, providing the treatment with maintenance of quality of life.

Key words: head and neck cancer, oral cancer, social-demographic profile, oral health.

1. Introdução

As grandes transformações globais das últimas décadas, acompanhadas do envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida, alteraram a situação de saúde da população mundial ¹, traçando um novo perfil de morbimortalidade, com um importante incremento das doenças crônico-degenerativas, destacando-se os vários tipos de câncer ².

As neoplasias malignas são consideradas um importante problema de saúde pública no mundo, responsáveis por mais de seis milhões de óbitos/ano, representando a segunda causa de morte nos países desenvolvidos e a terceira naqueles em desenvolvimento ^{3,4}.

Dentre as diferentes localizações anatômicas, aproximadamente 10% são de tumores encontrados na região de cabeça e pescoço ⁵. Nestes, tanto a doença quanto os tratamentos sugeridos podem acarretar efeitos colaterais e complicações variadas, com importante impacto à cavidade oral ^{6,7,8,9,10}. Porém, as seqüelas bucais decorrentes do tratamento podem ser prevenidas ou minimizadas com acompanhamento odontológico sistemático, inserido num contexto multidisciplinar ^{11,12,13,14,15}.

A odontologia desempenha um papel importante no cuidado ao paciente com câncer, seja pelas seqüelas relacionadas e dificuldades na manutenção da saúde oral, assim como uma importante contribuição para a readaptação social pós-tratamento ^{8,11,13,16}, mas hoje, infelizmente, ainda é pequena a inserção da Saúde Bucal neste contexto ¹⁷.

Assim, propondo-se uma abordagem diferenciada e integral no tratamento do paciente com câncer de cabeça e pescoço, torna-se fundamental o estudo desta população, buscando dados importantes para o planejamento, a incorporação, a transformação e a avaliação de ações. Assim, este artigo tem por objetivo traçar o perfil

sócio-demográfico e das condições orais dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS.

2. Metodologia

Este é um estudo descritivo, tipo transversal, que objetiva traçar o perfil sócio-demográfico e das condições de saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Setor de Oncologia Adulto do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS. O HNSC presta assistência plena pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos locais de referência ao tratamento de pacientes com câncer (CACON I¹²) no estado do RS.

O tamanho de amostra foi baseado em estudo anteriormente realizado por Andrade (2005), que, utilizando-se do programa estatístico Epi Info, tomou como base populacional a média de pacientes atendidos no HNSC nos últimos cinco anos (553.716) – exceto emergências, a prevalência de câncer de cabeça e pescoço em 2003 para o estado do RS (0,05%) e a margem de erro de 0,75%. Para um nível de confiança de 90%, Andrade (2005) estabeleceu um tamanho de amostra de 28 pacientes, acrescidos mais dois para evitar perdas (10% da amostra), totalizando 30 sujeitos de pesquisa.

Para este estudo a amostra foi ampliada para 46 pacientes, que foram captados consecutivamente, de julho/2006 à janeiro/2007, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pacientes com neoplasia maligna primária de localização de Cabeça e Pescoço, de qualquer tipo histológico, ainda sem nenhum tratamento oncológico previamente realizado e com interesse em participar da pesquisa.

¹² Centro de Alta Complexidade em Oncologia I: Hospitais Gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias mais frequentes no Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do GHC em 23/05/2006 e da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS) em 13/06/2006 e os todos os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.1. Coleta de dados

Os instrumentos de coletas de dados foram divididos em três blocos:

a) Dados Sócio-Demográficos:

- Avaliados por entrevista estruturada - dados pessoais, sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação e estado civil.

b) Dados Clínicos:

- Avaliados por entrevista estruturada - consulta com dentista nos últimos 06 meses, autopercepção de problemas dentários, relato de uso de fumo e álcool;
- Avaliados por exame clínico odontológico - Índice CPO-D¹³, Condições e Necessidades Protéticas¹⁴.

c) Dados dos Prontuários Médicos:

- Buscados no Sistema de Informações do HNSC - tipo de câncer, estadiamento, localização específica e tratamento realizado.

Os dados foram coletados por pessoal devidamente calibrado e realizado em consultório médico do setor de oncologia, nos dias de consulta clínica médica ambulatorial. Para os exames bucais foram utilizados tríade odontológica (pinça para algodão, sonda exploradora e espelho plano n° 05) e luz natural.

¹³ Índice CPO-D: retrata a história de cárie pelo número de dentes cariados, perdidos e obturados. Avaliado segundo critérios da OMS, 1999.

¹⁴ Avaliado segundo critérios da OMS, 1999.

Todos os dados foram categorizados e processados pelo programa estatístico SPSS versão 12.0 (original), posteriormente descritos por contagem e porcentagem (análise descritiva).

3. Resultados

O estudo contou com 46 sujeitos de pesquisa, todos com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, sendo 33 (71,7%) homens e 13 (28,3%) mulheres, distribuídos geograficamente pelo estado do RS entre Porto Alegre (8), Grande Porto Alegre (21) e Interior do Estado (17). A média de idade da amostra foi de 54,2 anos (desvio padrão \pm 11,2), variando de 15 a 77 anos. A faixa etária predominante estabeleceu-se entre 50 a 59 anos, representando 43% da população estudada.

Os resultados das variáveis renda e escolaridade foram descritos na Tabela 01. A maioria dos entrevistados recebe de 01 a 05 salários mínimos (65,2%) e 32,6% apresentam renda inferior à 01 salário mínimo. Quanto à ocupação, a maioria é aposentada (43,5%) e muitos estão desempregados (23,9%). Aproximadamente 63% dos sujeitos apresentam menos de 05 anos de estudo e 4,4% são analfabetos. Nenhum dos entrevistados possui Nível Superior.

Tabela 01. Descrição das características renda e escolaridade de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.

RENDA		ESCOLARIDADE	
Menos de um salário mínimo	15 (32,6)	Analfabetos	2 (4,4)
1 a 5 salários mínimos	30 (65,2)	Menos de 05 anos de estudo	29 (63)
5 a 10 salários mínimos	1 (2,2)	De 05 a 08 anos de estudo	9 (19,6)
Mais de 10 salários mínimos	0 (0)	De 9 a 11 anos de estudo	6 (13)
TOTAL	46 (100)	TOTAL	46 (100)

Os dados são apresentados como contagem (%).

A história da doença cárie foi avaliada pelo índice CPO-D, apresentando uma média de 24,4 dentes atingidos pela doença. Apenas 2,2% dos pacientes apresentaram índice CPO-D zero e 30,4% da amostra são desdentados totais. Foram também avaliadas as condições protéticas destes pacientes sendo que 60,9% usam prótese total

(PT) superior e 10,9% outro tipo de reabilitação, enquanto 23,9% usam PT inferior e 4,4% outro tipo de reabilitação. Quanto às necessidades de reabilitação (inclui-se substituição), 34,8% necessitam de PT superior e 23,9% necessitam de outro tipo de reabilitação na arcada superior, enquanto 19,6% necessitam de PT inferior e 60,9% de outro tipo de reabilitação na arcada inferior. Quando perguntados sobre a percepção de problemas dentários, 50% relataram apresentar problemas e 32,6% tiveram consulta com dentista nos últimos 06 meses.

Os principais fatores de risco ao desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço também foram analisados. A exposição ao fumo foi relatada por 89,1% dos entrevistados, enquanto que o consumo de álcool foi verificado em 34,8% da amostra.

Quanto à histopatologia das neoplasias, 82,6% foram diagnosticadas como Carcinoma Epidermóide. E, conforme podemos visualizar na Tabela 02, a localização específica destes tumores foi bem variada, com prevalência das lesões de língua e orofaringe.

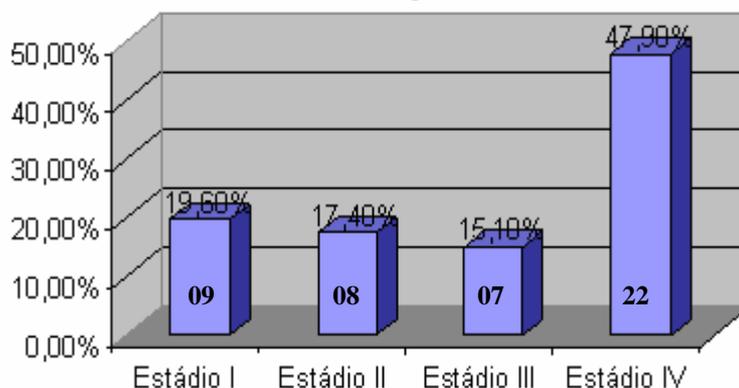
Tabela 02. Distribuição dos tumores de cabeça e pescoço segundo a localização específica de pacientes assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC, Porto Alegre – RS, 2007.

Localização	Contagem (%)
Língua	8 (17,4%)
Orofaringe	8 (17,4%)
Palato Duro	5 (10,9%)
Laringe	5 (10,9%)
Lábio	4 (8,7%)
Assoalho Bucal	3 (6,5%)
Rebordo Gengival	3 (6,5%)
Glândula Salivar	3 (6,5%)
Mandíbula	3 (6,5%)
Fossa Nasal	3 (6,5%)
Tireóide	1 (2,2%)
Total	46 (100,0%)

Os dados são apresentados na forma de contagem (%).

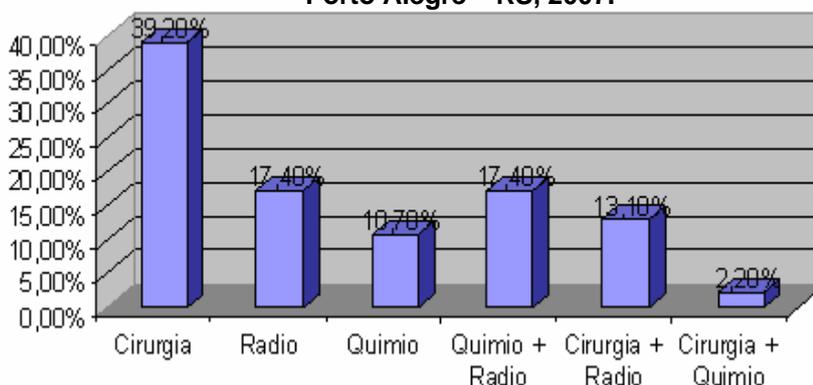
As neoplasias malignas foram classificadas de acordo com a classificação TMN proposta por American Joint Committee on Cancer (AJCC). O gráfico 01 mostra que mais de 60% diagnósticos foram realizados nos estádios III e IV, os mais avançados da doença.

Gráfico 01: Distribuição dos tumores segundo o estadiamento TMN proposto por American Joint Committee on Câncer (AJCC) de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC, Porto Alegre – RS, 2007.



Já o gráfico 02 traz uma representação dos tratamentos realizados, sozinhos ou combinados. A cirurgia foi a principal terapia instituída, presente em 54,5% dos casos. A radioterapia esteve presente em 47,9% dos tratamentos, enquanto a quimioterapia em 30,3% dos casos.

Gráfico 02: Distribuição dos tratamentos propostos aos tumores de localização de cabeça e pescoço de pacientes assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC, Porto Alegre – RS, 2007.



4. Discussão e considerações finais

A maior parte dos pacientes assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC é de Porto Alegre e Grande Porto Alegre, mas com importante representação do interior do estado do RS (37%). Observa-se maior prevalência de homens, com média de idade de 54,2 anos e de baixo nível sócio-educacional. Apresentam em geral pobre condição de saúde bucal, com média de índice CPO-D de 24,4 dentes atacados pela doença cárie,

além do alto índice de reabilitações e/ou necessidades de reabilitação protética. Com relação aos principais fatores de risco relacionados, 89,1% da amostra foi exposta ao fumo e 34,8% ao álcool. Mais de 60% dos diagnósticos foram realizados nas fases avançadas (III e IV - TMN), com maior prevalência de epidermóides (82,6%), de localizações preferenciais de língua e orofaringe, sendo a cirurgia e a radioterapia os principais tratamentos instituídos.

Como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I), de assistência plena pelo SUS e referência no estado do RS no tratamento de câncer, o HNSC recebe importante parcela de pacientes do interior do estado. A maior prevalência dos tumores de cabeça e pescoço em homens com faixa etária superior à 50 anos é relatada por diversos estudos ^{8,18,19,20,21}. O perfil caracteriza-se por baixo nível educacional, baixa renda e alto índice de desemprego, sustentados por outras investigações que verificam a doença presente em grupos menos favorecidos economicamente, expostos a fatores relacionados às disparidades sociais ^{19,22,23,24}. A pobre condição de saúde oral desta população também é verificada em diversos estudos ^{6,18,20,25,26,27} e assemelham-se aos achados do último Levantamento Nacional de Saúde Bucal para a região Sul ²⁸. A exposição aos principais fatores de risco relacionados, isto é, fumo e álcool ^{29,30}, assemelha-se à achados da literatura ¹⁸.

Apesar da importância do cirurgião dentista na vigilância do câncer de cabeça e pescoço, e frente à percepção de necessidades odontológicas por 50% da amostra, somente cerca de 30% destas pessoas passaram por este profissional nos últimos 06 meses. Isso pode ser explicado pela hegemonia do modelo médico-centrado, e reforçado pela cultura popular, além da pouca valorização e/ou dificuldade de acesso a saúde oral e a própria falta de preparo do cirurgião dentista no cuidado ao paciente oncológico

O alto índice de diagnósticos tardios é sustentado por diversos estudos, com taxas que variam de 50,2% à 79%^{19,20,33,34,35,36}. O carcinoma epidermóide aparece como o principal tipo histológico das neoplasias de cabeça e pescoço^{37,38}, sendo que a língua e a orofaringe foram os principais sítios acometidos, reportados como as localizações preferenciais em outros estudos^{30,38,39}. A cirurgia e a radioterapia foram os principais tratamentos realizados, em conformidade com os dados presentes na literatura que os classificam como os principais e mais eficazes métodos de tratamento dos tumores de cabeça e pescoço^{7,8,9,10}.

A alta incidência de diagnósticos tardios reflete a ineficácia das políticas públicas na educação e prevenção da enfermidade, apesar do aumento da prevalência e do grande ônus institucional e social. Assim, fundamenta-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias na área da formação e de atenção à saúde que propiciem a prevenção, detecção e diagnóstico precoce do câncer de cabeça e pescoço no Brasil.

5. Referências

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCa, 2005. <http://www.inca.gov.br/situacao/> (acessado em 20/abr/2007).
- ² Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):580-88.
- ³ Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005. http://www.Scielo.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S00429686200050000900011Ing=enrm=isso (acessado em 20/mai/2007).
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa. Genebra, 2004.
- ⁵ Sherman CD. Câncer de cabeça e pescoço. In: Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, Bosch F, editores. *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Fundação Oncocentro; 1996. p.193-97.
- ⁶ Duke R, Campbell BH, Indresano AT, Eaton DJ, Marbella AM, Myers KB, et al. Dental status and quality of life long-term head and neck cancer survivors. *Laryngoscope*, 2005; 115(4):678-83.
- ⁷ Labbate R, Lehn CN, Denardin OVP. Efeito da clorexidina na mucosite induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Otorrinol* 2003; 69(3):349-54.

⁸ Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevention and control of sequels in the mouth of patients treated with radiation therapy for head and neck tumors. *Radiol Bras* 2005; 38(2):107-15.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010039842005000200006&lng=en&nrm=iso (acessado em 01/dez/2005).

⁹ Neville BW. Complicações orais não-infecciosas do tratamento antineoplásico. In: *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 251-55.

¹⁰ Spolidorio DM, Spolidorio RC, Barbeiro RH, Höfling JF, Bernardo WLC, Pavan S. Avaliação quantitativa de *Streptococcus* do grupo mutans e *Candida sp* e fatores salivares na cavidade bucal de pacientes submetidos à radioterapia. *Pesq Odontol Bras* 2001; 15(4):354-58.

¹¹ Padilha DMP. Previna-se do câncer de boca. In: Terra NL, organizador. *Previna-se das doenças geriátricas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2005.

¹² Barasch A, Safford M, Eisenberg E. Oral cancer and oral effects of anticancer therapy. *Mt Sinai J Med* 1998; 65(516):370-77.

¹³ Lopes MA, Coletta RD, Alves FA, Abbade N, Rossi Junior, A. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. *APCD* 1998; 52:241-44.

¹⁴ Bruins HH, Koole R, Jolly DE. Pretherapy dental decisions in patients with head and neck cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86:256-67.

¹⁵ Shaw MJ, Kumar ND. Oral management of patients following oncology treatment: literature review. *Brit J Or Maxillof Surg* 2000; 38:519-24.

¹⁶ Almeida FCS, Vaccarezza GF, Casal C, Benedethe APF, Pinto Jr DS, Tavares MR, et al. Avaliação Odontológica de Pacientes com Câncer de Boca Pré e Pós Tratamento Oncológico - Uma Proposta de Protocolo. *Pesq Bras Odontop Clin Int* 2004; 4(1):25-31.

¹⁷ Costa EG, Migliorati CA. Câncer Bucal: Avaliação do Tempo Decorrente entre a Detecção da Lesão e o Início do Tratamento. *Rev Bras Cancerol* 2001; 47(3):283-89.

¹⁸ Bonan PRF, Lopes MA, Pires FR, Almeida OP. Dental Management of Low Socioeconomic Level Patients Before Radiotherapy of the Head and Neck with Special Emphasis on the Prevention of Osteoradionecrosis. *Braz Dent J* 2006; 17(4):336-42.

¹⁹ Dedivitis A, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinol* 2004; 70(1):35-40.

²⁰ Andrade SSCA. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2004. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/versaofinal.pdf> (acessado em 01/dez/2005).

²² Kowalski LP, Magrin J, Riera C, Coelho FRG, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde em Debate* 1991; 32:66-71.

²³ Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(3):227-34.

²⁴ Kowalki LP. Treatment planning, total rehabilitation and quality of life of the head and neck cancer patients. *Cien Cult* 1994; 46:101-07.

²⁵ Regezi JA, Courtney RM, Kerr DA. Dental management of patients irradiated for oral cancer. *Cancer* 1976; 38(2):994-1000.

²⁶ Lockhart PB, Kutcher MJ. Oral considerations for the cancer patient. *N C Med J*, 1991; 52:549-56.

- ²⁷ Maier H, Zoller J, Herrmann A, Kreiss M, Heller WD. Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1993; 108:655-61.
- ²⁸ 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, 2004. http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf (acessado em 10/jan/2006).
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre o câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- ³⁰ Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, Bosch F, editores. Manual de Oncologia Clínica. 5. ed. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989.
- ³¹ Pinto DS, Dib LL. Papel do cirurgião-dentista no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço. In: Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de Cabeça e pescoço. São Paulo: Editora Livraria Roca Ltda; 1989. p. 99-105.
- ³² Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer bucal, São Paulo, 2006 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2006.
- ³³ Pitiphal W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res* 2002; 81(3):192-97.
- ³⁴ Araújo Filho VJF, Carlucci Jr D, Sasaki SU, Montag E, Azato FN, Cordeiro NC, et al.. Perfil de incidência do câncer oral em um Hospital Geral em São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo* 1998; 53(3):110-13.
- ³⁵ Faria PR, Cardoso SV, Nishioka AS, Silva SJ, Loyola AM. Clinical presentation of patients with squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Invest* 2003; 7:46-51.
- ³⁶ Souza EF, Souza EBL. Câncer inicial de boca. 2005. http://www.cmc.org.br/revista/art_atualizacao.htm (acessado em 22/dez/2005).
- ³⁷ Carpenter WM, Silverman Jr S. Oral cancer: the role of dentist in prevention and early detection. *Dent Today* 2001; 20(5):92-97.
- ³⁸ Freitas WB. Estudo de Tumores de Cabeça e Pescoço por Tomografia Computadorizada [Trabalho de Conclusão]. Belo Horizonte: UNIFENAS; 2005.
- ³⁹ Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide de boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(4).
- ⁴⁰ Lockhart PB, Clark J. Pretherapy dental status of patients with malignant conditions of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1994; 77:236-

ARTIGO 02¹⁵Camila Samara Funk¹; Julio Baldisserotto²**Dental care guideline for head and neck cancer patients: interdisciplinarity with emphasis on the quality of life**

¹ Cirurgiã-dentista, Mestranda em Saúde Bucal Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

² Cirurgião-dentista, Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Doutor em Gerontologia Biomédica, Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

* Endereço para correspondência: Rua João Mincato, 176, Caxias do Sul, RS. CEP: 95090-150. Fone: +54 32841657 / +54 91152778. E-mail: camilafunk@hotmail.com
bjulio@ghc.com.br

Resumo

¹⁵ Artigo formatado segundo as normas da Revista Supportive Care in Cancer.

Objetivo: verificar o impacto na QV de um protocolo de cuidados odontológicos aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre – Brasil. **Metodologia:** O Serviço de Oncologia do HNSC foi o local escolhido para o estudo por se tratar de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I) e pela ausência de atenção odontológica aos pacientes. Foram selecionadas de forma aleatória 46 sujeitos com diagnóstico de neoplasia primária de cabeça e pescoço e estes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. O grupo controle foi encaminhado aos serviços de atenção básica de referência para atendimento odontológico, enquanto que o grupo intervenção recebeu um protocolo de cuidados odontológicos na instituição, com acompanhamento profissional sistemático antes, durante e depois da terapia oncológica. Foram avaliadas as condições sócio-demográficas, de saúde bucal e a qualidade de vida (QV) geral (WHOQOL-Bref) e específica (EORTC QLQ H&N 35) antes e quinze dias depois da terapia oncológica concluída. **Resultados:** O grupo intervenção apresentou melhora na QV geral e manutenção da QV específica após o tratamento oncológico, enquanto que o grupo controle mostrou piora nestes mesmos índices, porém sem diferenças significativas entre os grupos. Entretanto, a variação das medidas inicial e final (delta) no grupo intervenção, mostra uma tendência de melhoria significativa ao longo do tempo. Verifica-se também uma redução de candidíase ($p < 0,05$) e mucosite no grupo intervenção. **Conclusões:** O protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido foi capaz de reduzir danos decorrentes da terapia oncológica nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e, além disso, pode contribuir para uma melhoria significativa da QV ao longo do tempo.

Palavras-chave: câncer de cabeça e pescoço, câncer oral, qualidade de vida, protocolo odontológico.

Abstract

Objective: to verify the impact of a dental care protocol on the QL of head and neck cancer patients under oncological treatment at Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre - Brazil. **Methods:** the Oncology Service of HNSC was the chosen site for the study for being a High Complexity Oncology Center (CACON I) and for the lack of dental care to the patients. Forty-six subjects with a diagnosis of head and neck primary neoplasia were randomly selected, having been randomly assigned to two groups. The control group was referred to primary care services for dental care, while the test group received a dental care protocol in the institution, with a systematic professional follow-up before, during, and after the oncological therapy. Social-demographic and oral health conditions, as well as general (WHOQOL-Bref) and specific (EORTC QLQ H&N 35) quality of life (QL) were assessed before and 15 days after the conclusion of the oncological therapy. **Results:** the test group showed an improvement both in the maintenance of general and specific QL after the oncological therapy, while the control group showed a worsening in these indexes, even though there was no significant difference between the groups. However, the variation between the initial and final measures (delta) in the test group shows a tendency of significant improvement along the time. A reduction in candidiasis ($p < 0,05$) and mucositis was also observed in the test group. **Conclusions:** The dental care protocol developed was able to reduce damage resulting from the oncological therapy in patients with head and neck cancer, and, besides that, it can contribute for a significant improvement of QL along the time.

Key words: head and neck cancer, oral cancer, quality of life, dental protocol.

1. Introdução

O aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, com especial ênfase nos diversos tipos de câncer, retrata uma importante mudança no perfil de morbimortalidade da população mundial [54]. Ao mesmo tempo, verificam-se avanços nos tratamentos e possibilidades efetivas de controle desta enfermidade, acarretando um aumento na sobrevida ou na longevidade, porém trouxeram como consequência negativa uma progressiva desumanização na atenção a saúde[23,54,60].

Assim, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, e em consonância com os novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas de saúde nas últimas décadas, surge a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” [52,60], incluída como importante indicador de saúde.

As peculiaridades do paciente com câncer de cabeça e pescoço na evolução da doença e do tratamento, com impacto físico, social e emocional importantes [19], não podem ser desconsideradas na integralidade do cuidado, proposta pelo sistema nacional de saúde como um de seis eixos norteadores. Dessa forma, justifica-se a necessidade de uma avaliação da QV individualizada e sistematizada, embasando o planejamento interdisciplinar na assistência, de forma a minimizar os danos [30,48,61].

Vários estudos comprovam que as seqüelas orais dos tumores de cabeça e pescoço e do seu tratamento podem ser minimizadas com o acompanhamento odontológico sistemático [11,33,40,55], porém, o impacto deste cuidado na QV ainda não foi mensurado. Portanto, o objetivo deste trabalho foi investigar em que medida um protocolo de cuidados odontológicos pode influenciar positivamente a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

3. Metodologia

O estudo foi estruturado na forma de um Ensaio Clínico Randomizado. Foi desenvolvido no Serviço de Oncologia Adulto do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição pública, referência no estado do RS no tratamento de pacientes com Câncer (CACON I¹⁶).

A amostra, captada consecutivamente por conveniência, foi estimada em 46 pacientes (23 por grupo) que, para um nível de significância de $\alpha=0,05$ e com um poder estatístico de 90% ($\beta=0,10$), avalie uma diferença de magnitude (tamanho de efeito, $E/S=1$) de um desvio padrão.

Assim, foram captados, de julho/2006 a janeiro/2007, 46 sujeitos, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: presença de neoplasia maligna primária de localização de Cabeça e Pescoço, de qualquer tipo histológico, ainda sem nenhum tratamento oncológico previamente realizado, com condições clínicas de receber assistência odontológica e interesse em participar da pesquisa.

Por sorteio, os mesmos foram distribuídos em 02 grupos, submetidos a diferentes abordagens:

a) Grupo Controle: 23 pacientes, os quais foram examinados e orientados, incluindo seus cuidadores, quanto aos possíveis efeitos do tratamento oncológico. As necessidades urgentes foram atendidas e as não urgentes encaminhadas aos serviços de atenção básica de referência.

¹⁶ Centro de Alta Complexidade em Oncologia I: Hospitais Gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias mais frequentes no Brasil.

b) Grupo Intervenção: 23 pacientes, os quais foram examinados e orientados, incluindo seus cuidadores, quanto aos possíveis efeitos do tratamento oncológico. Os sujeitos alocados neste grupo receberam cuidados odontológicos sistemáticos com acompanhamento profissional de acordo com um protocolo estabelecido, antes, durante e após o tratamento oncológico.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: anteriormente à terapia oncológica e 15 dias depois da mesma concluída, estabelecidos de acordo com a literatura em avaliações de QV e adaptados a dinâmica de funcionamento do serviço de oncologia do HNSC.

Os instrumentos de coletas de dados foram divididos em quatro blocos:

a) Dados Sócio-Demográficos: sexo, idade;

b) Dados Clínicos: autopercepção de problemas dentários, xerostomia, alteração de paladar, disfagia e trismo, relato de uso de fumo e álcool, Índice CPO-D¹⁷, Mucosite¹⁸, Candidíase¹⁹ e Osteorradiocrose²⁰.

c) Dados dos Prontuários Médicos: tipo de câncer, estadiamento, localização específica e tratamento realizado.

d) Dados de QV: medidos pela associação de dois questionários, ambos já validados para a língua portuguesa:

¹⁷ Índice CPO-D: retrata a história da doença cárie pelo exame de dentes cariados, perdidos e obturados. Avaliado segundo critérios da OMS, 1999.

¹⁸ Avaliado segundo critérios clínicos definidos ao exame.

¹⁹ Avaliado segundo critérios clínicos definidos ao exame.

²⁰ Avaliado segundo critérios clínicos definidos, associado ao exame radiográfico panorâmico odontológico nos casos suspeitos.

- EORTC QLQ – H&N35 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Head and Neck): questionário de avaliação da QV específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, abordando sintomas relacionados à localização específica do tumor, efeitos colaterais associados ao tratamento administrado, e domínios adicionais da QV afetados pela doença ou seu tratamento. Quanto maior a pontuação obtida com este instrumento, pior a QV.
- WHOQOL – Bref (OMS): questionário de avaliação da QV geral, consta de 26 questões abordando quatro diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Quanto maior a pontuação obtida com este instrumento, melhor é a QV geral apresentada pelo sujeito.

Os dados foram coletados por pessoal devidamente calibrado, nos dias de consulta clínica médica ambulatorial. Para os exames bucais foram utilizados tríade odontológica (pinça para algodão, sonda exploradora e espelho plano nº 05) e luz natural.

Os dados dos questionários de QV foram pontuados de acordo com critérios próprios pré-definidos, por soma e transformação linear (EORTC QLQ – H&N35²¹) e soma de acordo com sintaxe própria (WHOQOL-Bref²²). Todos os dados foram categorizados e processados pelo programa SPSS versão 12.0, descritos por média e desvio padrão ou por %. A comparação dos grupos foi feita por média e desvio padrão, com os intervenções qui-quadrado e t de Student para verificação de significância estatística. O nível de significância foi de $\alpha=0,05$.

²¹ BJORDAL, K. et al. Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. **Journal of Clinical Oncology**, v.17, n.3, p.1008-19, Mar. 1999.

²² Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>.

3.1. Protocolo de cuidados odontológicos

Muitos cirurgiões-dentistas negligenciam o tratamento ao paciente oncológico [56], pela falta de preparo clínico no atendimento [44], mesmo que os cuidados odontológicos sejam de fundamental importância. A abordagem é direcionada as orientações preventivas e a remoção de qualquer condição patológica preexistente, seja aguda ou crônica, minimizando complicações previsíveis [1,15,20,34].

O protocolo desenvolvido neste estudo baseia-se na proposta do Centro de Câncer Bucal do Distrito Federal²³, vinculado ao Hospital Universitário de Brasília, reestruturado de acordo com as possibilidades oferecidas pelo HNSC e com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa, aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do GHC e da FO-UFRGS, foi considerada adequada ética e metodologicamente. Os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados

O estudo contou com 46 sujeitos, distribuídos em 02 grupos (controle e intervenção), todos com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, sendo 33 (71,7%) homens e 13 (28,3%) mulheres. A média de idade da amostra foi de 54,2 anos, variando de 15 a 77 anos, sendo que a faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos.

A média do índice CPO-D foi de 24,4 dentes atacados pela doença cárie, sendo que 30,4% dos pacientes são edêntulos. E apenas 32,6% dos pacientes estudados tiveram consulta com o dentista nos últimos 06 meses.

²³ O protocolo está disponível no endereço eletrônico: <http://www.unb.br/fs/ccb/proto.htm>

Já a exposição ao fumo foi relatada por 89,1% dos entrevistados, destes, 26,1% são ex-fumantes. Quanto ao consumo de álcool 34,8% da amostra relatou exposição ao fator.

A histopatologia das neoplasias teve como principal diagnóstico o Carcinoma Epidermóide (82,6%), com localização preferencial na língua (17,4%) e orofaringe (17,4%). Mais de 60% dos diagnósticos foram realizados nas fases avançadas (III e IV) da classificação TMN proposta pela AJCC ²⁴. Os principais tratamentos realizados, sozinhos ou combinados, foram a cirurgia (54,5%) e a radioterapia (47,9%).

A tabela 02 mostra as características basais dos dois grupos estudados. Os grupos apresentam diferenças significativas nas variáveis sexo e tabagismo, com maior prevalência, no grupo intervenção, de homens e tabagistas. O grupo intervenção também apresentou no momento basal, um maior número de alcoolistas, em estádios mais avançados de diagnóstico e com pior QV específica medida pelo questionário EORTC QLQ H&N 35.

Dos 46 sujeitos presentes inicialmente na pesquisa, 06 foram a óbitos, sendo 03 de cada grupo, perdendo-se o seguimento destes na segunda fase da coleta de dados.

Algumas características bucais, relacionadas à doença e/ou ao tratamento oncológico, também foram avaliadas. Os dados, descritos na Tabela 03, mostram um controle importante da candidíase no grupo intervenção e uma redução não significativa da mucosite. Houve um leve aumento da queixa de xerostomia no grupo controle e a alteração de paladar foi maior no grupo intervenção. Disfagia e trismo tiveram leve redução em ambos os grupos. Nenhum caso de osteorradionecrose foi diagnosticado.

Já a Tabela 04 traz as avaliações de QV e CPO-D. Quando avaliada pelo questionário específico EORTC QLQ H&N 35, medindo sinais e sintomas da doença e

²⁴ Classificação TMN (AJCC): Os tumores são classificados de acordo com o grau de evolução em que se encontram, embasados em três características básicas: tamanho (T), metástase em linfonodos regionais (N) e metástase à distância (M).

da terapia oncológica, o grupo intervenção manteve-se estável, enquanto o grupo controle teve um aumento médio de oito pontos no índice, indicando uma piora na QV. Na avaliação geral, medida pelo questionário WHOQOL-Bref, percebe-se uma melhoria da QV no grupo intervenção e uma piora no grupo controle. Com relação à média do índice CPO-D observa-se pequeno aumento em ambos os grupos, contudo, sem diferenças importantes. Os resultados apresentados não alcançaram significância estatística.

O Gráfico 01 faz uma descrição da QV medida pelo questionário EORTC QLQ H&N 35, segundo os diferentes estadiamentos da doença. Nele podemos verificar melhoria significativa da QV no grupo intervenção nos estadios I e IV. E numa avaliação global de todos os estadiamentos observamos, na variação das medidas basal e final (angulação delta), uma tendência de melhoria significativa da QV no grupo intervenção ao longo do tempo.

5. Discussão e Considerações finais

O estudo contou com 46 sujeitos de pesquisa, com maior prevalência de homens, tabagistas, com média de idade de 54,2 anos e pobre condição de saúde oral. A exposição ao álcool se fez presente em aproximadamente 35% da amostra. O carcinoma epidermóide foi o tipo histológico mais freqüente, sendo a língua e a orofaringe as localizações preferenciais. Mais de 60% dos diagnósticos foram realizados nas fases avançadas (III e IV – TMN), sendo a cirurgia e a radioterapia os principais tratamentos instituídos.

O perfil típico dos tumores de cabeça e pescoço no Brasil mostra maior prevalência de homens, na faixa etária acima de 50 anos [6,9,10,12,18] e com pobre

condição de saúde oral [6,19,32,35,46]. A exposição ao fumo e ao álcool, principais fatores de risco associados ao câncer [8,29], foi semelhante à outros estudos [6]¹¹. O carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais freqüente destas neoplasias [14], sendo que a língua e a orofaringe também foram as localizações preferências encontradas em outras investigações [19,29,42]. O alto índice de diagnósticos tardios é sustentado por diversos estudos, com taxas que variam de 50,2% à 79%, demonstrando a falta de políticas públicas efetivas no setor, o que coloca o país entre aqueles com as maiores taxas de mortalidade pela neoplasia [3,8,18,21,45]. A cirurgia e a radioterapia continuam sendo os principais e mais eficazes tratamentos dos tumores de cabeça e pescoço [12,19,31,38,58].

Devido ao alto índice de diagnósticos tardios, verificamos uma perda de seguimento da amostra, na segunda fase de coleta de dados, devido a óbito, de 06 pacientes, sendo 03 em cada grupo. Todas as perdas foram em pacientes com lesões em estágios avançados (Estádio IV), caracterizados como o grupo com menor sobrevida [18]. Esta perda é prevista na literatura, onde o câncer representa a segunda causa de morte no país [5,7].

Sabendo-se que a doença e o tratamento oncológico trazem complicações variadas na cavidade oral, agudas e/ou tardias [4,33], buscou-se avaliar as principais condições associadas – xerostomia, disfagia, trismo, alteração de paladar, osteorradionecrose, mucosite, candidíase, visto que tais condições concorrem para uma debilitação do paciente e capazes de diminuir sua QV [12,59]. A xerostomia não apresentou diferenças significativas entre os grupos estudados.

Disfagia e trismo apresentaram leve redução após o tratamento oncológico em ambos os grupos. Nenhum caso de osteorradionecrose foi diagnosticado. Observa-se um menor número de casos de mucosite no grupo intervenção, mas sem significância

estatística. Em relação a candidíase, esta apresentou redução significativa no grupo intervenção em diferentes momentos de avaliação. Trismo e osteorradionecrose são complicações tardias relacionadas ao tratamento oncológico [36,53], portanto sem condições de avaliação pertinente neste estudo, mas que justificam sua observação visto a suscetibilidade destes pacientes a tais condições [43] e a agressividade de efeitos e impacto que podem trazer a QV. A mucosite é uma importante condição relacionada ao tratamento oncológico, especialmente à radioterapia [22,24,38], mostrando um possível efeito positivo, porém sem significância estatística, relacionado ao protocolo proposto. A literatura comprova um maior desenvolvimento de infecções por cãndida após o tratamento oncológico [25,45,49,58], o que nos coloca um efeito positivo do protocolo com importante controle desta condição no grupo intervenção.

A alteração de paladar foi maior após o tratamento oncológico e semelhante entre os grupos. Estes são resultados esperados uma vez que a alteração de paladar é uma condição relacionada aos tratamentos antineoplásicos instituídos [16,50], justificando um incremento da condição, em ambos os grupos.

Com relação ao índice CPO-D, também não se verificaram diferenças significativas, dado este esperado e sustentado por outros estudos [2]¹¹, tendo em vista o curto tempo de investigação, que não permite a verificação de alguns efeitos tardios associados à terapia oncológica, como a cárie de radiação.

A QV geral, medida pelo questionário WHOQOL-Bref, mostrou uma melhoria no grupo de intervenção e uma piora no grupo controle enquanto a QV específica, medida pelo questionário EORTC QLQ H&N 35, manteve-se estável no grupo de intervenção, enquanto que o controle apresentou uma piora de 7,9 pontos, porém ambos os resultados não alcançaram índice de significância estatística. Conseguimos perceber tais diferenças quando os pacientes são separados pelo estadiamento do tumor, onde os

estádios I e IV apresentaram melhoria significativa da QV específica. Além disso, quando apresentamos graficamente o resultado global do questionário EORTC QLQ H&N 35, verifica-se que a angulação delta, formada pela variação dos momentos basal e final, indica uma melhoria da QV específica ao longo do tempo. Isso se justifica pela importante deterioração e impacto na QV do tratamento oncológico no período inicial e devido à agressividade dos efeitos agudos da terapia, apresentando uma melhora após 06 e/ou 12 meses do mesmo concluído [26,47,51]. Outra explicação é que os grupos, apesar da alocação aleatória, apresentaram diferenças importantes no momento inicial. Os dados nos permitem inferir que o grupo intervenção partiu de piores condições basais quanto ao tabagismo, alcoolismo e estadiamento do tumor, refletidas no questionário EORTC QLQ H&N 35, com uma pior QV específica.

Frente a isso, vemos um resultado positivo do protocolo de cuidados odontológico, mesmo sem ter alcançado significância estatística, com uma melhoria da QV geral e manutenção da QV específica num período onde encontramos a maior deterioração destes índices. Talvez, devido ao reduzido tempo de acompanhamento, ao tamanho da amostra e as diferenças basais entre os grupos, os resultados não tenham alcançado significância estatística. Assim, sugerimos novos estudos na área, com ampliação do tempo de acompanhamento por no mínimo 06 meses e uma amostragem maior nos diferentes estádios da doença.

7. Referências

1. Allard WF, El-Akkad S, Chatmas JC (1993) Obtaining pre-radiation therapy dental clearance. *JADA* 36:88-91
2. Allison PJ, Locker D, Feine JS (1999) The Relationship between Dental Status and Health-Related Quality of Life in Upper Aerodigestive Tract Cancer Patients. *Oral Oncol* 35:138-43
3. Araújo Filho VJF, De Carlucci Jr D, Sasaki SU, Montag E, Azato FN, Cordeiro NC, et al (1998) Perfil de incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo* 53(3):110-13

4. Barasch A, Safford M, Eisenberg E (1998) Oral cancer and oral effects of anticancer therapy. *Mt Sinai J Med* 65(516):370-77
5. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR (2004) Perfil epidemiológico do cancer na rede pública de Porto Alegre – RS. *Rev Bras Cancerol* 50(2):95-101
6. Bonan PRF, Pires FR, Lopes MA, Di Hipólito Jr O (2003) Evaluation of salivary flow in patients during head and neck radiotherapy. *Pesq Odontol Bras* 17(2):156-60
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2001) Carcinoma Epidermóide de Cabeça e Pescoço. *Rev Bras Cancerol* 47(4):361-76
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (2002) Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. *Rev Bras Cancerol* 48(2):191-211
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2004) Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2004) Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília
11. Bruins HH, Koole R, Jolly DE (1998) Pretherapy dental decisions in patients with head and neck cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 86:256-67
12. Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O (2005) Prevention and control of sequels in the mouth of patients treated with radiation therapy for head and neck tumors. *Radiol Bras* 38(2):107-15
13. Carlson ER (2002) Discussion follow up in patients with oral cancer. *J Oral Maxillofac Surg* 60:387-8
14. Carpenter WM, Silverman Jr S (2001) Oral cancer: the role of dentist in prevention and early detection. *Dent Today* 20(5):92-97
15. Chambers MS, Toth BB, Martin JW, Fleming TJ, Lemon JC (1995) Oral and dental management of the cancer patient: prevention and treatment of complications. *Support Care Cancer* 3:168-75
16. Comeau TB, Epstein JB, Migas C (2001) Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. *Support Care Cancer* 9:575-80
17. Da Silva LCF, Paulinelli MN, Meira RA (2004) Avaliação dos fatores de risco dentais e de malignidade em radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev Cir Traum Buc Maxil Fac* 4(3):187-95
18. Dedivitis A, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV (2004) Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinol* 70(1):35-40
19. Duke R, Campbell BH, Indresano AT, Eaton DJ, Marbella AM, Myers KB, et al (2005) Dental status and quality of life long-term head and neck cancer survivors. *Laryngoscope* 115(4):678-83
20. Epstein JB, Emerton S, Lunn R, Le N, Wong FLW (1999) Pretreatment assessment and dental management of patients with nasopharyngeal carcinoma. *Oral Oncol* 35:33-39
21. Faria PR, Cardoso SV, Nishioka AS, Silva SJ, Loyola AM (2003) Clinical presentation of patients with squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Invest* 7:46-51
22. Fisher J, Scott C, Scarantino CW, Leveque FG, White RL, Rotman M, et al (2003) 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*, 56(3):632-36

23. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiq* 21:21-28
24. Garden A (2003) Mucositis: current management and investigations. *Semin Rad Oncol* 13(3):267-73
25. Goodman JL, Winston DJ, Greenfield RA, Chandrasekar PH, Fox B, Kaizer H, et al (1992) A controlled trial of fluconazole to prevent fungal infections in patients undergoing bone marrow transplantation. *N Engl J Med* 326(13):845-51
26. Graeff A, Leeuw RJ, Ros WJG, Hordijk G-J, Batterman JJ, Blijham GH, Winnubst JAM (1999) A prospective study on quality of life of laryngeal cancer patients treated with radiotherapy. *Head Neck* 21:291-96
27. Guchelaar HJ, Vermesa A, Meerwaldt JH (1997) Radiation-induced xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatment. *Support Care Cancer* 5:281-88
28. Hammerlid E, Silander E, Hörnrestam L, Sullivan M (2001) Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer: a longitudinal study. *Head Neck* 23:113-25
29. Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, Bosch F (eds) (1989) *Manual de Oncologia Clínica*. Fundação Oncocentro de São Paulo: 5º ed.
30. Kowalki LP (1994) Treatment planning, total rehabilitation and quality of life of the head and neck cancer patients. *Cien Cult* 46:101-07
31. Labbate R, Lehn CN, Denardin OVP (2003) Efeito da clorexidina na mucosite induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Otorrinol* 69(3):349-54
32. Lockhart PB, Kutcher MJ (1991) Oral considerations for the cancer patient. *N C Med J* 52:549-56
33. Lopes MA (1998) Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. *APCD* 52:241-44
34. Magliorati CA, Magliorati EKJ (2000) Preparo odontológico. In: Parise Jr O *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. São Paulo: Sarvier
35. Maier H, Zoller J, Herrmann A, Kreiss M, Heller WD (1993) Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 108:655-61
36. Miguel VER, Curi MM (2000) Osteorradionecrose e oxigenação hiperbárica. In: Parise Jr O (ed) *Câncer de boca. Aspectos básicos e terapêuticos*. São Paulo: Sarvier, pp.212-19
37. Nagy K (2005) Role of the dentist in the reduction of oral complications caused by radiotherapy in head and neck cancer. *Fogorv Sz* 98(2):59-63
38. Neville BW (2004) Complicações orais não-infecciosas do tratamento antineoplásico. In: *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp.251-55
39. Neidermeier W, Matthaes C, Meyer C, Staar S, Müller R-P, Schulze H-J (1998) Radiation-induced hyposalivation and its treatment with oral pilocarpine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 86:541-49
40. Padilha DMP (2005) Previna-se do câncer de boca. In: Terra NL (Org) *Previna-se das doenças geriátricas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2º ed.
41. Paula CR, Sampaio MCC, Birman EG, Siqueira AM (1990) Oral yeasts in patients with cancer of the mouth, before and during radiotherapy. *Mycopathologia* 112(2):119-24
42. Perussi MR. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 48(4)

43. Peterson DE, D'Ambrosio JA (1994) Nonsurgical management of head and neck cancer patients. *Dent Clin North Am* 38:425-45
44. Pinto DS, Dib LL (1989) Papel do cirurgião-dentista no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço. In: *Cirurgia de Cabeça e pescoço*. São Paulo: Editora Livraria Roca Ltda, pp. 99-105
45. Pitiphal W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavras AI (2002) Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res* 81(3):192-97
46. Regezi JA, Courtney RM, Kerr DA (1976) Dental management of patients irradiated for oral cancer. *Cancer* 38(2):994-1000
47. Rogers SN, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED (2002) Health-Related Quality of Life and Clinical Function After Primary Surgery for Oral Cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 40:11-18
48. Rogers SN, Laher SH, Overend L, Lowe D (2002) Importance-Rating Using The University Of Washington Quality of Life Questionnaire in Patients Treated by Primary Surgery for Oral and Oropharyngeal Cancer. *J Craniomaxillofac Surg* 30:125-32
49. Rossie KM, Taylor J, Beck FM, Hodgson SE, Blozis GG (1987) Influence of radiation therapy on oral *Candida albicans* colonization: a quantitative assessment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 64(6):698-01
50. Schiodt M, Hermund NU (2002) Management of oral disease prior to radiation therapy. *Support Care Cancer* 10:40-43
51. Schliephake H, Schmelzeisen R, Schönweiler R, Schneller T, Altenbernd C (1998) Speech, deglutition and life quality after intraoral tumor resection: prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 27:99-05
52. Schuttinga JA (1995) Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A (eds) *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawr Erlbaum Assoc pp.31-42
53. Segreto HRC, Segreto RA (2000) Revisão e atualização em radiobiologia. Aspectos celulares, moleculares e clínicos. *Folha Med* 119:09-27
54. Seidl EMF, Zannon CMLC (2004) Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publ* 20(2):580-88
55. Shaw MJ, Kumar ND (2000) Oral management of patients following oncology treatment: literature review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 38:519-24
56. Shrout MK (1991) Managing patients undergoing radiation. *JADA* 36:69-72
57. Soothill K, Morris S, Harman J, Francis B, Thomas C, McIlmurray M (2001) The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer* 9:597-05
58. Spolidorio DM, Spolidorio RC, Barbeiro RH, Höfling JF, Bernardo WLC, Pavan S (2001) Avaliação quantitativa de *Streptococcus* do grupo mutans e *Candida* sp e fatores salivares na cavidade bucal de pacientes submetidos à radioterapia. *Pesq Odontol Bras* 15(4):354-58
59. Talmi YP (2002) Quality of life in cancer of the oral cavity. *J Laryngol Otol* 116(10):785-90
60. The Whoqol Group (1998) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 46:1569-85
61. Wharton RH (2002) Sleeping with the Enemy: treatment of fatigue in individuals with cancer. *Oncol* 7:96-99

8. Tabela e Gráficos

Tabela 01. Descrição das características renda e escolaridade de pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.

RENDA		ESCOLARIDADE	
Menos de um salário mínimo	15 (32,6)	Analfabetos	2 (4,4)
1 a 5 salários mínimos	30 (65,2)	Menos de 05 anos de estudo	29 (63)
5 a 10 salários mínimos	1 (2,2)	De 05 a 08 anos de estudo	9 (19,6)
Mais de 10 salários mínimos	0 (0)	De 9 a 11 anos de estudo	6 (13)
TOTAL	46 (100)	TOTAL	46 (100)

Os dados são apresentados como contagem (%).

Tabela 02 – Comparação de características basais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo alocação nos grupos controle e intervenção. HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.

Característica	Controle n=23	Intervenção n=23	P
Idade, anos	54,0± 13,3	54,4±9,1	0,91*
Sexo masculino, n° (%)	13 (56,5)	20 (87,0)	0,05*
Tabagismo, n° (%)	18 (78,3)	23 (100,0)	0,05*
Alcoolismo, n° (%)	6 (26,1)	10 (43,5)	0,35*
Estadiamento			0,49*
I	5 (21,7)	4 (17,4)	
II	6 (26,1)	3 (13,0)	
III	2 (8,7)	5 (21,7)	
IV	10 (43,5)	11 (47,8)	
EORTC	24,6±10,8	27,3±12,8	0,46†
WHOQOL Bref	62,0±13,1	62,6±8,1	0,84†
CPO-D	23,8±9,1	24,9±7,1	0,65†

Os dados são apresentados como contagem (%) ou média±desvio padrão. EORTC: European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life; CPO-D: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; P: significância estatística, *qui-quadrado, † t de Student.

Tabela 03. Comparação de características basal e final de mucosite, candidíase, xerostomia, alteração de paladar, disfagia, trismo, osteorradiocrose em pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo alocação nos grupos controle e intervenção. HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.

Característica	Controle	Intervenção	P
Basal	n = 23	n = 23	
Mucosite	0 (0,0)	0 (0,0)	0,99*
Candidíase	2 (8,7)	3 (13,0)	0,99*
Xerostomia	10 (43,5)	13 (56,5)	0,56*
Alteração de Paladar	7 (30,4)	7 (30,4)	0,99*
Disfagia	10 (43,5)	13 (56,5)	0,56*
Trismo	6 (26,1)	8 (34,8)	0,75*
Osteorradiocrose	0 (0,0)	0 (0,0)	0,99*
Final	n = 20	n = 20	
Mucosite	4 (20,0)	2 (10,0)	0,66*
Candidíase	11 (55,0)	3 (15,0)	0,02*
Xerostomia	13 (65,0)	11 (55,0)	0,75*
Alteração de Paladar	8 (40,0)	11 (55,0)	0,53*
Disfagia	8 (40,0)	10 (50,0)	0,75*
Trismo	4 (20,0)	6 (30,0)	0,72*
Osteorradiocrose	0 (0,0)	0 (0,0)	0,99*

Os dados são apresentados como contagem (%); P: significância estatística, *qui-quadrado.

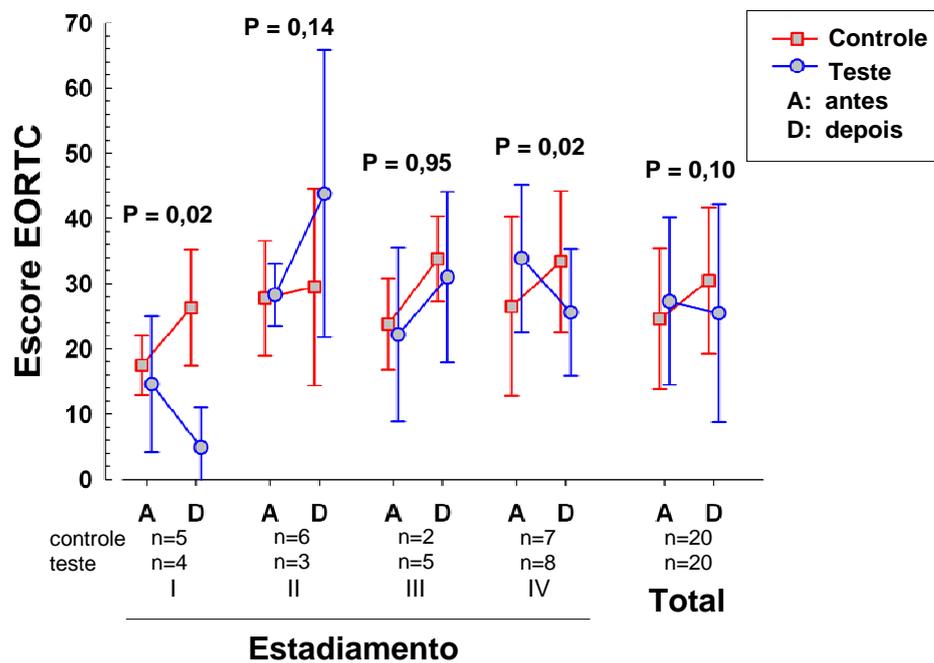
Tabela 04. Comparação de características final e delta do EORTC, WHOQOL e CPO-D, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo alocação nos grupos controle e intervenção. HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.²⁵

Característica	Controle n = 20	Intervenção n = 20	P
EORTC			
Final	30,5±11,2	25,5±16,7	0,28†
Delta	7,9±10,6	0,0±18,2	0,10†
WHOQOL Bref			
Final	61,5±13,5	66,3±10,9	0,22†
Delta	-1,8±10,9	3,3±9,8	0,13†
CPO-D			
Final	23,6±9,2	25,1±7,4	0,59†
Delta	0,2±0,7	0,7±2,2	0,33†

Os dados são apresentados como média±desvio padrão. EORTC: European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life; CPO-D: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; P: significância estatística, † t de Student.

²⁵ Os resultados dos valores absolutos obtidos nos questionários são interpretados de formas diferentes. No questionário EORTC, quanto maior o valor absoluto, pior a QV. O contrário é verificado no questionário WHOQOL, onde o maior valor absoluto indica melhor QV.

Gráfico 1. Comparação das características basal e final do questionário EORTC, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço de acordo com o estadiamento da neoplasia, segundo alocação nos grupos controle e intervenção. HNSC, Porto Alegre, RS, 2007.



6. DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação serão aqui discutidos em conjunto, pois se refere a uma mesma amostra captada, analisada segundo os mesmos instrumentos de coleta de dados, porém com enfoques um pouco diferenciados mas complementares.

A maior parte da população com câncer de cabeça e pescoço assistida no Setor de Oncologia Adulto do HNSC é de Porto Alegre e arredores (Grande Porto Alegre), mas com uma importante representação de pacientes vindos do interior do estado, aproximadamente 37% da amostra. Isso se explica devido à instituição ser referência no estado do RS no tratamento do câncer, considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I). Além disso, o alto custo da terapia oncológica para o sistema de saúde faz com que muitas cidades menores encaminhem os pacientes para centros de referência, como a capital Porto Alegre.

A doença mostrou-se mais prevalente no sexo masculino com idade superior a 50 anos, sustentados pelos dados nacionais mais recentemente publicados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2004a). A média de idade da amostra estudada foi de 54,2 anos, idêntica a encontrada por Cardoso (2005), em investigação realizada na cidade de São Paulo, porém a doença é considerada precoce se comparado com outros estudos, onde a média de idade foi superior à 58 anos (BONAN et al., 2006; DEDIVITIS et al., 2004; ANDRADE, 2005).

Os sujeitos estudados apresentam um baixo nível educacional, baixa renda e uma alta taxa de desemprego e são semelhantes aos achados de Kowalski et al. (1991) e Dedivitis et al. (2004). Segundo Guerra, Moura Gallo e Mendonça (2005), os tumores de cavidade oral são geralmente associados à pobreza, e apresentam taxas

persistentemente elevadas, devido não somente a exposição aos fatores de risco ambientais, mas especialmente aqueles fatores relacionados às disparidades sociais.

A severidade da história progressiva de doenças bucais é retratada pela alta média do índice CPO-D (24,4 dentes cariados, perdidos ou obturados), edentulismo presente em 30,4% da amostra, uso de PT em pelo menos uma das arcadas por 60,9% dos pacientes e grande necessidade de reabilitações protéticas. Estes resultados estão em consonância com diversos estudos, que indicam uma pobre condição de saúde oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (REGEZI, COURTNEY e KERR, 1976; LOCKHART e KUTCHER, 1991; MAIER et al., 1993; PUKE et al., 2005; ANDRADE, 2005; BONAN et al., 2006). Se compararmos com os dados do Levantamento Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) para a região Sul, verificam-se semelhanças importantes, onde, para as faixas etárias de 33 a 44 anos e 65 a 74 anos, a média do índice CPO-D segundo o levantamento foi de, respectivamente, 20,6 e 27,3 dentes atacados pela doença cárie. O mesmo pode ser verificado quanto ao uso de PT, onde os dados da região sul relatam, nas mesmas faixas etárias, 31,4% e 68,2% usuários de próteses totais em pelo menos uma das arcadas.

Mesmo frente à pobre condição oral apresentada e a percepção de necessidades curativas odontológicas por 50% da amostra, sabendo-se que esta percepção é influenciada pelos níveis de tolerância e sensibilidade aceitos pelo indivíduo e pela sociedade (CHEN, HARMON e ANDERSEN, 1997), pouco mais de 30% dos pacientes haviam consultado com um cirurgião-dentista nos últimos 06 meses. Dados semelhantes foram encontrados por Andrade (2005) onde apenas 26,7% dos pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço consultaram no mesmo período. Segundo Pinto e Dibb (1989) e Vasconcelos (2006), a pouca valorização da saúde oral e a própria falta de preparo do dentista no cuidado ao paciente oncológico

reforça e mantém esse panorama. E, apesar de o cirurgião dentista ter a possibilidade de ser o principal ator na vigilância do câncer de cabeça e pescoço, ainda verifica-se sua pequena atuação no diagnóstico e encaminhamento destas neoplasias (DEDIVITIS et al., 2004).

Além dos dados de saúde oral, o fumo e o álcool, principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de boca e faringe (HOSSFELD et al., 1989; BRASIL, 2002), foram avaliados. A exposição ao fumo foi relatada por 89,1% dos pacientes (63% fumantes e 26,1% não fumantes) e o uso de álcool por 34,8%. Dados semelhantes foram encontrados por Bonan et al. (2003) e Andrade (2005). Acredita-se que os dados levantados sobre o uso de álcool estejam subestimados por se tratar de relato feito pelo próprio paciente.

O tipo de câncer, a localização e o estadiamento das neoplasias são dados de extrema importância ao cirurgião-dentista, pois, em geral, definem o tipo e a extensão da terapia oncológica, o prognóstico do paciente e as seqüelas esperadas, embasando, assim, o plano de tratamento odontológico individualizado (NAGY, 2005).

O carcinoma epidermóide, considerado o tipo histológico mais freqüente dos tumores de cabeça e pescoço (CARPENTER e SILVERMAN JR, 2001; FREITAS, 2005), também se mostrou o mais prevalente no estudo, com 82,6% dos diagnósticos. As localizações preferenciais encontradas foram a língua e a orofaringe, assemelhando-se a achados de outras investigações (HOSSFELD et al., 1989; PERUSSI, 2002; FREITAS, 2005; PUKE et al., 2005). E mais de 60% dos diagnósticos foram realizados nas fases III e IV da classificação TMN, onde se aumentam as seqüelas terapêuticas e diminuem consideravelmente as taxas de sobrevida, com resultados sustentados por diversos estudos com taxas que variam de 50,2% à 79%. (ARAÚJO FILHO et al.,

1998; PITIPHAL et al., 2002; FARIA et al., 2003; SOUZA e SOUZA, 2003, DEVIDITIS et al., 2004; SÃO PAULO, 2005).

Devido ao alto índice de diagnósticos tardios, verificamos uma perda de seguimento da amostra, na segunda fase de coleta de dados, devido a óbito, de 06 pacientes, sendo 03 em cada grupo. Todas as perdas foram em pacientes com lesões em estágios avançados (Estádio IV), verificada por Dedivitis et al. (2004) como o grupo com menor sobrevida. Esta perda é prevista na literatura, onde o câncer representa a segunda causa de morte no país (BRASIL, 2001; BITTENCOURT, SCALETZKY e BOEHL, 2004). Segundo Brasil (2003), quando diagnosticado precocemente o câncer de boca tem uma das mais altas taxas de sobrevida em cinco anos (82%), caindo para 46% quando há envolvimento de gânglios linfáticos e para 21% quando há ocorrência de metástases. E, embora os tumores de cabeça e pescoço sejam preveníveis e, muitas vezes, de fácil acesso a visualização, ainda assistimos a inefetividade das políticas públicas no setor. E, tendo em vista a relevância do diagnóstico precoce, os serviços e profissionais de saúde deveriam atuar na integralidade dos seus usuários, aproximando-se da sua realidade, com o objetivo de conhecer as populações de risco, facilitando o acesso aos exames diagnósticos, e consolidando a necessidade e importância do cuidado interdisciplinar na atenção básica no SUS, minimizando o grande impacto dos diagnósticos tardios (BERCHT, 1994; LEÃO et al., 2005).

Os principais tratamentos instituídos no Serviço de Oncologia do HNSC para as neoplasias descritas foram a cirurgia e a radioterapia (RT), sendo estes considerados como os mais importantes e eficazes nos tumores de cabeça e pescoço (SPOLIDORIO et al., 2001; LABBATE, LEHN e DENARDIN, 2003; NEVILLE, 2004; CARDOSO et al., 2005; PUKE et al., 2005). No entanto, as seqüelas destas terapias afetam consideravelmente a cavidade oral, podendo ser muito debilitantes, afetando aparência,

comunicação e alimentação, com impacto físico e emocional importantes (PUKE et al., 2005), justificando a necessidade de um cuidado integral institucionalizado.

Portanto, sabendo-se dos efeitos deletérios da terapia oncológica de tumores de cabeça e pescoço na cavidade oral e, percebendo-se a necessidade de avaliar o impacto na QV quando da inserção sistemática do cuidado odontológico, desenhou-se esta investigação. Assim, os grupos foram randomizados em dois diferentes grupos (controle e intervenção), de forma a avaliar o impacto na QV de um protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido no HNSC, em dois momentos distintos, antes e 15 dias depois da terapia oncológica concluída.

Os grupos controle e intervenção, apesar da alocação aleatória, apresentaram diferenças importantes no momento inicial. Os dados retratam o grupo intervenção com piores condições basais quanto ao tabagismo, alcoolismo e estadiamento do tumor. Estas características são importantes quando nos referimos a avaliações de condições de vida e estão refletidas no questionário EORTC, com uma pior QV específica. Para Baker (1992), a continuidade de hábitos nocivos como fumo e álcool representam barreiras para a reabilitação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, podendo afetar significativamente a QV. Esta condição deve ser lembrada durante a discussão dos dados comparativos, pois nos permite inferir que o grupo intervenção partiu de condições basais desfavoráveis em relação ao grupo controle, embora as diferenças não tenham alcançado significância estatística, com exceção das variáveis sexo e tabagismo.

Sabendo-se que a doença e o tratamento oncológico trazem complicações variadas na cavidade oral, agudas e/ou tardias (BARASCH, SAFFORD e EISENBERG, 1998; LOPES, 1998), buscou-se avaliar as principais condições associadas – xerostomia, candidíase, mucosite, disfagia, alteração de paladar, trismo e

osteorradiocrose, visto que tais condições concorrem para uma debilitação do paciente capaz de diminuir sua QV (TALMI, 2002; CARDOSO et al., 2005).

Mais da metade dos pacientes estudados relataram apresentar xerostomia, sem diferenças significativas entre os momentos de avaliação (antes e depois do tratamento oncológico) e entre os grupos. Segundo Guchelaar, Vermesa e Meerwaldt (1997), a condição é prevalente em pacientes com câncer antes mesmo de iniciar a terapia oncológica, dificultando a mastigação e a deglutição, aumentando a suscetibilidade de lesões na mucosa oral, afetando negativamente a QV.

Outro aspecto de especial atenção é relativo à candidíase. A colonização por *Cândida Albicans* é complexa, envolvendo fungo e hospedeiro, associada a estados de baixa resistência do hospedeiro, doenças debilitantes e exposição a radiações ionizantes (SHAFER, 1985; SILVERMAN JR, 1998). Segundo Ramirez-Amador (1997), a hipossalivação é o maior fator predisponente para o desenvolvimento de candidíase oral. Foi observado nesta investigação um aumento significativo de infecções por *Cândida Albicans*, no grupo controle, após o tratamento oncológico, quando comparado com o grupo intervenção. O maior desenvolvimento de infecções fúngicas após o tratamento oncológico, é verificado por diversos estudos (ROSSIE et al., 1987; PAULA et al., 1990; GOODMAN et al., 1992; SPOLIDORIO et al., 2001). O protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido, com manutenção de adequada higiene oral e instituição de medidas para controle da sensação de boca seca, foi capaz de diminuir o desenvolvimento da candidíase.

A mucosite é outra complicação importante do tratamento oncológico, especificamente da radioterapia, e causa dor intensa, distúrbio no paladar, entre outros, comprometendo a mastigação, a deglutição e a fonação, causando um prejuízo à QV (FISHER et al., 2003; GARDEN, 2003; NEVILLE, 2004). Embora a condição não

tenha sido completamente controlada no grupo intervenção, houve uma redução de 50% dos casos quando comparado ao grupo controle e, apesar de não apresentar significância estatística, provavelmente pelo pequeno número de casos, mostra um efeito positivo decorrente do protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido.

A disfagia, outra complicação importante, é relacionada tanto à doença como ao tratamento. Os dados deste estudo verificaram a condição altamente prevalente antes do tratamento oncológico, atingindo aproximadamente 50% da amostra. Quinze dias após o mesmo concluído, verifica-se uma leve redução em ambos os grupos, porém sem significância estatística. Acredita-se que estes resultados estejam relacionados à terapia antineoplásica realizada e não ao protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido.

Já a alteração de paladar foi verificada em ambos os grupos, antes mesmo do tratamento oncológico. Observamos leve aumento na segunda fase da coleta de dados (15 dias após a terapia oncológica concluída), em ambos os grupos, com maior prevalência no grupo intervenção. A alteração de paladar pode ser causada tanto pela radio e quimioterapia, como por algum dano neural decorrente da cirurgia (COMEAU, EPSTEIN e MIGAS, 2001; SCHIODT e HERMUND, 2002) e gera efeitos psicológicos profundos, principalmente em relação ao prazer da alimentação, trazendo um impacto negativo na QV destes pacientes (COMEAU, EPSTEIN e MIGAS, 2001). Como o grupo intervenção partiu de condições basais de estadiamento desfavoráveis, acredita-se receberam o tratamento mais agressivo, com maior impacto e seqüelas, como a alteração de paladar.

O trismo é uma importante complicação relacionada aos tumores de cabeça e pescoço, podendo estar relacionado à doença ou ao tratamento, especialmente da radioterapia. O trismo foi observado em ambos os grupos, de forma semelhante nas diferentes fases (antes e depois do tratamento oncológico), com pequena redução após o

tratamento do câncer. Acredita-se que os resultados estejam relacionados à terapia instituída e não ao protocolo estabelecido, pois, segundo Segreto e Segreto (2000), o tecido muscular apresenta resposta lenta à radiação, necessitando, assim, de um período de acompanhamento maior do que o desenvolvido neste estudo para avaliação pertinente.

Outra complicação da radioterapia é a osteorradionecrose. Neste trabalho não foi detectado nenhum caso, dado este esperado, visto que esta complicação é um dos efeitos tardios associados ao tratamento. Segundo Miguel e Curi (2000), existem dois momentos onde há maior incidência da complicação: durante o primeiro ano, onde aproximadamente 50% dos casos são desencadeados pelas cirurgias oncológicas e, do segundo ao quinto ano, onde mais de 60% dos casos estão relacionados a procedimentos odontológicos. Porém, a alta incidência de comprometimento periodontal e a pobre condição oral dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço os tornam mais suscetíveis ao desenvolvimento de osteorradionecrose, justificando a necessidade de um acompanhamento odontológico preventivo (PETERSON e D'AMBRÓSIO, 1994).

A variação do índice CPO-D, avaliada como um resultado tanto do protocolo de cuidados odontológicos como da própria terapia oncológica instituída, também foi uma das condições examinadas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, antes e depois da terapia oncológica concluída, dados estes esperados, visto que o tempo de acompanhamento do estudo foi pequeno frente ao aparecimento de alguns efeitos tardios da terapia oncológica na cavidade oral, como a cárie de radiação. Os resultados assemelham-se aos encontrados por Allison, Locker e Feine (1999) e Andrade (2005), onde, respectivamente, 81,4% e 66,7% dos pacientes estudados não apresentaram alteração do estado dentário após o diagnóstico e tratamento do tumor. Já

Roger et al. (2002a), avaliando as condições bucais em pacientes com câncer bucal e orofaríngeo em 06 meses pós-tratamento percebeu uma importante deterioração.

A literatura é unânime em afirmar a importância de uma equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente oncológico e familiares (SOOTHILL et al., 2001; WHARTON, 2002; GELLRICH et al., 2002). Os protocolos odontológicos aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, inseridos numa linha de cuidado multidisciplinar, visam minimizar as seqüelas relacionadas ao tratamento e à doença (NIEDERMEIER et al., 1998; DA SILVA, PAULINELLI e MEIRA, 2004; CARDOSO et al., 2005; NAGY, 2005). Embora a literatura comprove a redução dos efeitos adversos da terapia na cavidade oral com o acompanhamento odontológico sistemático, tais estudos não avaliam o impacto deste cuidado na QV destes pacientes.

Assim, nesta pesquisa foram estudados pacientes com câncer de cabeça e pescoço em dois momentos distintos (antes e 15 dias depois da terapia oncológica concluída) comparando diferentes grupos com o objetivo de avaliar o impacto na QV destes pacientes, de um protocolo de cuidados odontológicos sistemático. A QV geral, medida pelo questionário WHOQOL-Bref, mostrou, em comparação com o momento inicial, uma melhora na QV no grupo intervenção e uma piora no grupo controle, que, apesar de não apresentar significância estatística, nos leva a crer num impacto positivo do protocolo de cuidados odontológicos nas condições gerais de vida destes pacientes. Já a QV específica, medida pelo questionário EORTC, manteve-se estável no grupo intervenção depois do tratamento oncológico, enquanto que o grupo controle apresentou uma piora de 7,9 pontos. Embora a média geral de QV medida por este índice não tenha apresentado significância estatística, podemos perceber esta diferença quando os pacientes são separados pelo estadiamento da doença, com melhora significativa no grupo intervenção nos estadios I e IV. Além disso, a angulação formada pelas

diferenças nos momentos inicial e final (delta) indica uma tendência importante de melhoria da QV associada ao protocolo de cuidados odontológicos ao longo do tempo. É possível que uma ampliação da amostra e do tempo de acompanhamento poderia trazer um impacto positivo significativo na QV dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Os estudos na área de QV relatam em geral, uma maior deterioração e impacto do tratamento oncológico no período inicial, devido à agressividade dos para efeitos agudos da terapia, com melhora após 06 e/ou 12 meses do mesmo concluído (SCHLIEPHAKE et al., 1998; GRAEFF et al., 1999; ROGERS et al., 2002a), sendo o impacto negativo devido a muitos índices da cavidade oral, incluindo xerostomia, condição dental e trismo (HAMMERLID et al., 2001). Frente a isso, vemos um resultado positivo do protocolo de cuidados odontológico, mesmo sem ter alcançado significância estatística, com uma melhoria da QV geral e manutenção da QV específica num período onde encontramos a maior deterioração destes índices.

A implementação institucional de uma linha de cuidado ao paciente oncológico, com acompanhamento sistemático, de forma multidisciplinar e integral, deve prever além da avaliação de reincidências ou desenvolvimento de novos tumores primários, todo o suporte psicológico e social, e o monitoramento dos efeitos da terapia a estes pacientes (CARLSON, 2002). Também se faz necessário o desenvolvimento de redes de apoio e suporte a familiares e cuidadores. Dessa forma torna-se possível oferecer uma atenção à saúde acordada com aos princípios do SUS, regidos pela lei 8080/90, garantindo a integralidade e a resolutividade do sistema de saúde, em seu município de origem ou referenciado (BRASIL, 1990).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição sendo um hospital de ensino com assistência plena pelo SUS, referência no tratamento de câncer e com um amplo serviço

de odontologia criado há mais de 40 anos, apresenta as condições fundamentais para a institucionalização de uma linha de cuidado compartilhada e integrada, somando os diversos saberes, numa perspectiva de reflexos ainda mais positivos na QV da população assistida.

7. PERCEPÇÕES

A proposição de um estudo dentro da realidade de um serviço de saúde, em qualquer nível de atenção, é uma das formas mais importantes de aplicação direta da pesquisa científica, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). O dia-a-dia das instituições propicia importantes aprendizados, trazendo as dificuldades e possibilidades de aplicação dos métodos científicos como forma de planejamento e avaliação de ações em saúde.

Dessa forma coloco como fundamental inserir minhas percepções adquiridas ao longo de dois anos de trabalho, perpassando pelo planejamento, aplicação e resultados desta pesquisa, como forma de fomentar e melhorar sua aplicação no cuidado ao paciente com câncer de cabeça e pescoço vinculado ao HNSC.

7.1. Questionários e Ficha Clínica

Os questionários de avaliação da QV foram um importante subsídio na criação de vínculo entre pacientes, familiares e a pesquisadora/trabalhador de saúde. A possibilidade de aprofundamento na realidade e sentimentos dos sujeitos, inseridos pelo questionário WHOQOL-Bref, foi fundamental na estruturação da relação de cuidado integral.

Os questionários, aplicados seguindo uma mesma metodologia, partiram sempre daquele específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço (EORTC QLQ-H&N 35), abordando inicialmente os sintomas relacionados à doença e/ou

tratamento. Dessa forma foi-se estreitando o vínculo, para que o segundo questionário (WHOQOL-Bref), mais subjetivo e pessoal, pudesse ser aplicado.

De forma geral, percebo que os questionários associados fornecem informações fundamentais na abordagem dos pacientes, trazendo suas relações, medos, dificuldades e redes de apoio.

As entrevistas tornaram-se extensas pelo grande número de questões levantadas, mas que fundamentam um cuidado humanizado e integral. Também, algumas questões se repetem em ambos os questionários, e algumas, ainda, na ficha clínica, ajudando a estender as entrevistas sem enriquecimento de informações. Talvez, a estruturação de um questionário e ficha clínica específicos para o serviço conseguiriam agrupar as informações pertinentes de forma mais sucinta.

A ficha clínica foi fundamental por agrupar informações base do planejamento da assistência individual, acordada com o protocolo estabelecido. Algumas falhas no instrumento foram sendo percebidas ao longo do trabalho e serão aqui expostas como forma de melhorar a obtenção destes dados, a partir de uma adequação do mesmo. Nos quesitos ocupação e renda, muitos pacientes estão sem trabalhar, desempregados ou por afastamento pelo INSS, ficando sem opções claras para o preenchimento. Também creio que o exame clínico poderia ser ampliado, associando um maior número de informações num odontograma mais completo.

7.2. Radioterapia

Os pacientes que vão à radioterapia são encaminhados a outros locais para a sua realização, pelo mesmo não ser ofertado pelo HNSC. Assim, ficam desvinculados da instituição durante grande parte do tratamento, sendo o retorno agendado somente

quando as sessões são concluídas. Essa desvinculação dificulta a manutenção do vínculo e o acompanhamento das seqüelas terapêuticas e psicossociais do tratamento e da doença.

7.3. A assistência

O grande número de pacientes atendidos e a carência de profissionais de todas as áreas acabam gerando uma sobrecarga na assistência e privando ambos, pacientes e profissionais, de um cuidado mais humanizado e integral. Assim, muitas informações e cuidados importantes com relação à doença, ao tratamento, às seqüelas, aos direitos, entre outros, acabam não sendo sistematicamente abordados. Isso também dificulta o vínculo com a equipe de saúde e faz com que a autonomia dos sujeitos não seja estimulada.

O modelo médico centrado permanece fortemente marcado dentro da instituição, mas com uma consideração importante, que em geral não é estimulado ou praticado pelos médicos contratados ou residentes há mais tempo vinculados ao serviço, mas sim pelos doutorandos e residentes recém-formandos, trazendo a questão de que tipo de formação as faculdades de medicina continuam pregando nas Universidades? Ainda instiga-se uma visão fragmentada, representando apenas interesses de classe e focada na doença? Pode-se ainda fugir da construção coletiva do cuidado à saúde?

8. CONCLUSÕES

Os perfil dos pacientes assistidos no Setor de Oncologia Adulto do HNSC mostra maior prevalência de homens, tabagistas, com média de idade de 54,2 anos, de baixo nível socioeconômico e educacional, e com pobre condição de saúde bucal, que segundo Lockhart e Clark (1994) é o perfil típico do câncer de cabeça e pescoço no Brasil. A neoplasia mais freqüente foi o carcinoma epidermóide de língua e orofaringe, com mais de 60% dos diagnósticos em estádios avançados, sendo a cirurgia e a radioterapia os principais tratamentos instituídos.

A alta incidência de diagnósticos tardios reflete a ineficácia das políticas públicas na educação e prevenção da enfermidade e o despreparo dos profissionais para a detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço, apesar do aumento da prevalência e do grande ônus institucional e social. Assim, fundamenta-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias na área da formação e de atenção à saúde que propiciem a prevenção e detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço no Brasil.

O protocolo de cuidados odontológicos desenvolvido foi capaz de diminuir significativamente as infecções por cândida. Também apresentou efeitos positivos nas avaliações de QV, medidas pelos questionários EORTC (específico para tumores de cabeça e pescoço) e WHOQOL (geral), mesmo que não significativos. Houve uma manutenção da QV medida pelo EORTC no grupo intervenção enquanto o grupo controle apresentou piora de aproximadamente oito pontos. Além disso, na avaliação da QV geral medida pelo WHOQOL percebeu-se uma pequena melhora grupo intervenção, enquanto o grupo controle mostrou redução da QV neste índice.

As variações das medidas basal e final (delta) dos questionários de QV demonstram a formação de um ângulo que projeta uma tendência de melhoria significativa ao longo do tempo no grupo que recebeu o protocolo de cuidados

odontológicos. Talvez, devido ao reduzido tempo de acompanhamento pós-terapia oncológica e ao tamanho da amostra, os resultados não tenham alcançado significância estatística. Assim, sugerimos novos estudos na área, com ampliação do tempo de acompanhamento por no mínimo 06 meses e uma amostragem maior nos diferentes estádios da doença.

Diante dos resultados encontrados neste trabalho é possível concluir que o cuidado odontológico sistemático para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, além de reduzir os danos decorrentes da terapia oncológica, pode contribuir para uma melhoria na QV destas pessoas. Assim propomos que os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) institucionalizem o direito ao cuidado integral, através das ações de equipes multiprofissionais, incluindo a saúde bucal.

Somente um planejamento integrado no cuidado ao paciente oncológico pode garantir um tratamento efetivo, que elimine a doença e preserve a QV dos pacientes. O estabelecimento de protocolos nas rotinas de atendimento pode garantir o direito ao paciente de acesso ao cuidado integral, além de habituar os profissionais e instituições num processo de trabalho interdisciplinar.

9. REFERÊNCIAS

- AARONSON, NK. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v.85, p.365-76, 1993.
- ABREU, C. SILVA, J. Teleterapia. In: PARISE JR, O. **O Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, cap. 21, p. 153-59, 2000.
- ALLARD, WF. et al. Obtaining pre-radiation therapy dental clearance. **JADA**, v.36, p.88-91, 1993.
- ALLISON, PJ. LOCKER, D. FEINE, JS. The Relationship between Dental Status and Health-Related Quality of Life in Upper Aerodigestive Tract Cancer Patients. **Oral Oncology**, v.35, p.138-43. 1999.
- ALMEIDA, FCS. et al. Avaliação Odontológica de Pacientes com Câncer de Boca Pré e Pós Tratamento Oncológico - Uma Proposta de Protocolo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.4, n.1, p.25-31, jan./abr. 2004.
- ANDRADE, SSCA. **Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. Porto Alegre, 2005. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, 2005.
- ANTÔNIO, A. et al. Reações adversas da radioterapia: cuidados pré, trans e pós-operatório. **Odonto**, v.9, n.9, p.12-19, 2001.
- ARAÚJO FILHO, VJF. et al. Perfil de incidência do câncer oral em um Hospital Geral em São Paulo. **Revista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, v.53, n.3, p.110-13, 1998.
- BAKER, C. Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer. **Cancer Nursing**, New York, v.15, n.6, p.395-400, 1992.
- BARASCH, A. SAFFORD, M. EISENBERG, E. Oral cancer and oral effects of anticancer therapy. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v.65, n.516, p.370-77, Oct./Nov. 1998.
- BERCHT, SMB. **O câncer de boca sobre o modelo odontológico hegemônico**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.
- BITTENCOURT, R. SCALETZKY, A. BOEHL, JAR. Perfil epidemiológico do cancer na rede pública de Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.50, n.2, p.95-101, 2004.

BONAN, PRF. et al. Evaluation of salivary flow in patients during head and neck radiotherapy. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.17, n.2, p.156-60, Jun. 2006.

BOTTOMLEY, A. The Cancer Patient and Quality of Life. **The Oncologist**, v.7, p.120-25, 2002.

BRASIL, Anvisa. **Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080_90.htm> Acesso em jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Carcinoma Epidermóide de Cabeça e Pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.361-76, 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, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCa. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCa; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCa, 2004. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/versaofinal.pdf>> Acesso em 01 dez. 2005.

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, 2004a. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf> Acesso em 10 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCa. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCa, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em 20 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a. Legislação. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3961>> Acesso em jul. 2007.

BONAN, PRF. et al. Dental Management of Low Socioeconomic Level Patients Before Radiotherapy of the Head and Neck with Special Emphasis on the Prevention of Osteoradionecrosis. **Brazilian Dental Journal**, v.17, n.4, p.336-42, 2006.

BRUINS, HH. KOOLE, R. JOLLY, DE. Pretherapy dental decisions in patients with head and neck cancer. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v.86, p.256-67, 1998.

CAIELLI, C. MARTHA, PM. DIB, LL. Sequelas orais da radioterapia: atuação da odontologia na prevenção e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 41, p. 231-41, 1995.

CARDOSO, MFA. et al. Prevention and control of sequels in the mouth of patients treated with radiation therapy for head and neck tumors. **Radiologia Brasileira**, v.38, n.2, p.107-15, mar./apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842005000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em 01 dez. 2005.

CARLSON, ER. Discussion: follow up in patients with oral cancer. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v.60, p.387-88, 2002.

CARPENTER, WM. SILVERMAN JR, S. Oral cancer: the role of dentist in prevention and early detection. **Dentistry Today**, v.20, n.5, p.92-97. 2001.

CHAMBERS, MS. Et al. Oral and dental management of the cancer patient: prevention and treatment of complications. **Support Care Cancer**, v.3, p.168-75, 1995.

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, Cap.10, p.187-96, 1997.

COMEAU, TB. EPSTEIN, JB. MIGAS, C. Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.9, p.575-80, 2001.

COSTA, EG. MIGLIORATI, CA. Câncer Bucal: Avaliação do Tempo Decorrente entre a Detecção da Lesão e o Início do Tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p.283-89, 2001.

DA SILVA, LCF. PAULINELLI, MN. MEIRA, RA. Avaliação dos fatores de risco dentais e de malignidade em radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n.3, p.187-95, jul/set – 2004.

DECLERCK, D. et al. Soins. Dentaires chez les patients soumis à une radiothérapie de la tête et du cou. **Revue Belge de Medecine Dentaire**, v.50, p.47-67, 1995.

DEDIVITIS, A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.**, v.70, n.1, p. 35-40, jan./fev. 2004.

DUKE, R. et al. Dental status and quality of life long-term head and neck cancer survivors. **Laryngoscope**, v.115, n.4, p. 678-83, 2005.

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

FARIA, PR. et al. Clinical presentation of patients with squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. **Clinical Oral Invest**, v.7, p.46-51, 2003.

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. **International Journal Radiation Oncology, Biology and Physics**, New York, v.56, n.3, p. 632-36, 2003.

FLECK, MP. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.21, p.21-28, 1999.

FLECK, MP. et al. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.198-205, apr. 1999a.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2005.

FLECK, MPA. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83. Apr. 2000.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 01 dez. 2005.

FRANCESCHI, S. et al. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. **Oral Oncology**, v.36, n.1, jan. 2000.

FREITAS, WB. **Estudo de Tumores de Cabeça e Pescoço por Tomografia Computadorizada**. Belo Horizonte, 2005. 47 f. Trabalho de conclusão de curso (Tecnólogo em Radiologia). UNIFENAS, Belo Horizonte, MG, 2005.

GARDEN, A. Mucositis: current management and investigations. **Seminars in Radiation Oncology**, Philadelphia, v.13, n.3, p.267-73, 2003.

GELLRICH, NC. et al. Pain, Function, and Psychologic Outcome Before, During, and After Intraoral Tumor Resection. **Journal Oral and Maxillofacial Surgery**, v.60, n.7, p. 772-77, jul. 2002.

GIANINI, MMS. **Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença**. Publicações Científicas, 2004.

GILL, TM. FEINSTEIN, AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. **JAMA**, v.272, p.619-26, 1994.

GOODMAN, JL. et al. A controlled trial of fluconazole to prevent fungal infections in patients undergoing bone marrow transplantation. **The New England Journal of Medicine**, v.326, n.13, p. 845-51, mar. 1992.

GOUGH, IR. Quality of life as an outcome variable in oncology and surgery. **Australian and New Zealand Journal of Surgery**, v.64, p.207-10, 1994.

GRAEFF, A. et al. A prospective study on quality of life of laryngeal cancer patients treated with radiotherapy. **Head and neck**, v.21, p.291-96, 1999.

GREENE, FL. et al. (Eds). **AJCC Cancer Staging Manual**, 6 ed., New York: Springer, 2002.

GUCHELAAR, HJ. VERMESA, A. MEERWALDT, JH. Radiation-induced xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatment. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.5, p.281-88, 1997.

GUERRA, MR. MOURA GALLO, CV. MENDONÇA, GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.3, p.227-34, 2005.

GUYATT, G. FEENY, D. PATRICK, L. Measuring health related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v.118, p.622-29, 1993.

HAMMERLID, E. et al. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer: a longitudinal study. **Head and Neck**, v.23, p.113-25, 2001.

HENSON, BS. 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, 2001.

HOSSFELD, DK. et al. (Eds) **Manual de Oncologia Clínica**. 5. ed. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989.

HULLEY, SB. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JHONSON, JT. et al. **Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer**. The New England Journal of Medicine, 1993.

KAPLAN, RM. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale, J.E.; Baum, A. (editors). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, p.03-30, 1995.

KEENE, HJ. et al. Dental caries and Streptococcus mutans prevalence in cancer patients with irradiation-induced xerostomia 1-13 years after radiotherapy. **Caries Research**, v. 15, p. 416-27, 1981.

KLIGERMAN, J. Estimativas Sobre a Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 2000. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.46, n.2, p.135-36, abr./mai./jun. 2000.

KOWALSKI, LP. Treatment planning, total rehabilitation and quality of life of the head and neck cancer patients. **Ciência e Cultura**, v.46, p.101-07,1994.

LABBATE, R. LEHN, CN. DENARDIN, OVP. Efeito da clorexidina na mucosite induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.69, n.3, p. 349-54, mai./jun. 2003.

- LEÃO, JC. et al. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.34, p.436-39, 2005.
- LEITE, ICG. KOIFMAN, S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.44, n.4, Out./Nov./Dez. 1998.
- LIMA, A. et al. Radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço o que o cirurgião-dentista precisa saber. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.16, n.33, p. 156-65, mai./ago. 2001.
- LIZI, EC. A case for a dental surgeon at regional radiotherapy centres. **British Dental Journal**, v.173, n.1, p.24-26, 1992.
- LOCKHART, PB. CLARK, J. Pretherapy dental status of patients with malignant conditions of the head and neck. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v.77, p.236-41, 1994.
- LOCKHART, PB. KUTCHER, MJ. Oral considerations for the cancer patient. **North Carolina Medical Journal**, v.52, p.549-56, 1991.
- LOCKHART, PB. NORRIS JR, CM. PULLIAM, C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. **Oral Oncology**, v.34, p.133-39, 1998.
- LOGOTHETIS, D. MARTINS WELLES, JM. Reducing bacterial aerosol contamination with a chlorhexidine gluconate pre-rinse. **JADA**, v.126, 1995.
- LOPES, MA. et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. **APCD**, v.52, p.241-44, 1998.
- LORANZI, RL. **Incidência e risco acumulado de câncer de boca no município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Universidade de São Paulo, 2003.
- MAGLIORATI, CA. MAGLIORATI, EKJ. Preparo odontológico. In: PARISE JUNIOR O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000.
- MAIER, H. et al. Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v.108, p. 655-61, 1993.
- MAKKONEN, TA. et al. Dental extractions in relation to radiation therapy of 224 patients. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.16, p.56-64, 1987.
- MIGUEL, VER. CURI, MM. Osteorradionecrose e oxigenação hiperbárica. In: PARISI JR, O. ed. **Câncer de boca. Aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo, SP: Sarvier, p.212-19, 2000.
- MORRIS, J. PEREZ, D. McNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Quality of Life Reserch**, v.7, p.85-91, 1998.

MORTON, RP. Evolution of quality of life assessment in head and neck cancer. **The Journal of Laryngology and Otology**, v.109, p. 1029-35, 1995.

MOURA, MDG. CASTRO, WH. FREIRE, ARS. Osteorradionecrose na cavidade bucal. *Acta Oncológica Brasileira*, São Paulo, v.23, n.01, jan./mar. 2003. Disponível em: http://www.hcanc.org.br/acta/2003/acta03_23.html. Acesso em 13 fev. 2006.

NAGY, K. Role of the dentist in the reduction of oral complications caused by radiotherapy in head and neck cancer. **Fogorvosi Szemle**, v.98, n.2, p. 59-63, Apr. 2005.

NEVILLE, BW. Complicações orais não-infecciosas do tratamento antineoplásico. In: **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.251-55, 2004.

NEVOLA, AC. CARVALHO, MB. Gastos com diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer avançado de cabeça e pescoço. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.12, 2000.

NICOLATOU-GALITIS, O. et al. Oral candidiasis in head and neck cancer patients receiving radiotherapy with amifostine cytoprotection. **Oral Oncology**, Oxford, v.39, n.04, p.397-401, jun. 2003.

NIEDERMEIER, W. et al. Radiation-induced hyposalivation and its treatment with oral pilocarpine. **Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics**, v.86, p.541-49, 1998.

OCHS, MW. DOLWICK, MF. As lesões condilares e suas seqüelas. In: ZARB, GA. et al. (eds.). **Disfunção da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2. ed. São Paulo, SP: Santos Livraria Editora, p. 315-43, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa**. Genebra, 2004.

PADILHA, DMP. Previna-se do câncer de boca. In: TERRA, N. L. (Org) **Previna-se das doenças geriátricas**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2005.

PAULA, CR. et al. Oral yeasts in patients with cancer of the mouth, before and during radiotherapy. **Mycopathology**, v.112, n.2, p.119-24, Nov. 1990.

PERUSSI, MR. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n.4, Oct./Dec. 2002.

PETERSEN, PE. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. Sept. 2005. Disponível em: http://www.Scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00429686200050000900011&lng=en&nm=isso. Acesso em 20 mai. 2007.

PETERSON, J. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PETERSON, DE. D'AMBROSIO, JA. Nonsurgical management of head and neck cancer patients. **Dental Clinics of North America**, v.38, p.425-45, 1994.

PINTO, DS. DIB, LL. Papel do cirurgião-dentista no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço. IN. **Cirurgia de Cabeça e pescoço**, 1. edição, São Paulo: Editora Livraria Roca Ltda, p. 99-105, 1989.

PITIPHAT, W. et al. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. **Journal of Dental Research**, v.81, n.3, p. 192-97, 2002.

RAMIREZ-AMADOR, V. et al. Candidal colonization and oral candidiasis in patients undergoing oral and pharyngeal radiation therapy. **Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics**, v.84, p.149-53, 1997.

REGEZI, JA. COURTNEY, RM. KERR, DA. Dental management of patients irradiated for oral cancer. **Cancer**, Philadelphia, v.38, n.2, p.994-1000, Aug. 1976.

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**, v. 36, p. 529-38, 2000.

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**, v.30, p.125-32, Jul. 2002.

ROGERS, SN. et al. Health-Related Quality of Life and Clinical Function After Primary Surgery for Oral Cancer. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.40, p.11-18, 2002a.

ROSE-PED, AM. et al. Complications of radiation therapy for head and neck cancers: the patient's prospective. **Cancer Nursing**, New York, v.25, n.06, p.461-67, 2002.

ROSSIE, KM. et al. Influence of radiation therapy on oral *Candida albicans* colonization: a quantitative assessment. **Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics**, v.64, n.6, p.698-701, Dec. 1987.

SANGTHAWAN, D. et al. Randomized double blind, placebo-controlled study of pilocarpine administered during head and neck irradiation to reduce xerostomia. **JAMA**, Thailand, 2001.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO, 2005. Disponível em <http://www.Fosp.saude.sp.gov.br>. Acesso em 12 jun. 2006.

SCHIODT, M. HERMUND, NU. 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 Maxillofacial Surgery**, Kidlington, v.23, n.4, p.243-49, 1995.

SCHLIEPHAKE, H. et al. Speech, deglutition and life quality after intraoral tumor resection: prospective study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v.27, p.99-05, 1998.

SCHUTTINGA, JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE, JE. BAUM, A. (editors). **Quality of life in behavioral medicine research**. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, p.31-42, 1995.

SCULLY, C. EPSTEIN JB. Oral health care for the cancer patient. **European Journal of Cancer Part B :Oral Oncology**, v.32, p.281-92, 1996.

SEGRETO, HRC. SEGRETO, RA. Revisão e atualização em radiobiologia. Aspectos celulares, moleculares e clínicos. **Folha Médica**, v.119, p.09-27, 2000.

SEIDL, EMF. ZANNON, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-88, mar./abr. 2004.

SHAFER, WG. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. In: SHAFER, WG. HINE, MK. LEVY, BM. eds. **Patologia bucal**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Interamericana, p. 486-548, 1985.

SHAW, MJ. KUMAR, ND. Oral management of patients following oncology treatment: literature review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.38, p.519-24, 2000.

SHERMAN, CD. Câncer de cabeça e pescoço. In: HOSSFELD, DK. et al. (eds.). **Manual de oncologia clínica**. 5. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro, São Paulo, p. 193-97, 1996.

SHROUT, MK. Managing patients undergoing radiation. **JADA**, v.36, p. 69-72, 1991.

SILVERMAN JR, S. Diagnosis and management of leukoplakia and premalignant lesions. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics North America**, v.10, p.13-23,1998.

SOBRINHO, EAG. CARVALHO, MB. FRANZI, SA. Aspectos e tendências da avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, n. 15, 2001.

SOOTHILL, K. et al. The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.9, p.597-05, 2001.

SOUZA, EF. SOUZA EBL. **Câncer inicial de boca**. 2003. Disponível em: <http://www.cmc.org.br/revista/art_atualizacao.htm> Acesso em 22 dez. 2005.

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.

SPOLIDORIO, D. et al. Quantitative evaluation of *Streptococcus mutans* and *Candida* species and salivary factors in the oral cavity of patient undergoing radiotherapy. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v.15, n.4, p.354-58, out./dez. 2001.

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

TALMI, YP. Quality of life in cancer of the oral cavity. **Journal of Laryngology & Otology**, v.116, n.10, p.785-90, Oct. 2002.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, p.1403-10, 1995.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46, p.1569-85, 1998.

THYLSTRUP, A. FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. São Paulo: Santos, 1995.

TOLJANIC, JA. HESHMATI, RH. BEDARD, JF. 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, 2002.

VASCONCELOS, EM. **Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer bucal**, São Paulo, 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Diagnóstico Bucal) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2006.

VÍCTORA, CG. KNAUTH, DR. HASSEN, MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WEYMULLER JR, EA. et al. Quality of life in patients with head and neck cancer. **Arch Otolaryngol Head and Neck Surgery**, v.126, p. 329-35, 2000.

WHARTON, RH. Sleeping with the Enemy: treatment of fatigue in individuals with cancer. **The Oncologist**, v.7, p.96-99, 2002.

WIDMARK, G. SAGNE, S. HEIKEL, P. Osteoradionecrosis of the jaws. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.18, p.302-06, 1989.

ZARB, GA. CARLSSON, GE. RUGH, JD. Controle clínico. In: ZARB, GA. et al. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. São Paulo, Editora Santos, 2ª edição, p.540-41, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 10.1

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar se os cuidados odontológicos em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em tratamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS, proporcionam uma melhora na qualidade de vida. A qualidade de vida será analisada por meio de dois questionários que serão preenchidos pela pesquisadora através das respostas dadas pelo senhor (a). O exame da boca será realizado pela própria pesquisadora, juntamente com informações sobre medidas preventivas em saúde bucal. O senhor (a) será agendado para atendimento odontológico neste mesmo Hospital em algum momento da pesquisa, desde o princípio da mesma, ou após 3 meses de conclusão desta, devido a indisponibilidade de atendimento de todos os sujeitos participantes no mesmo momento. Para essa divisão realizar-se-á sorteio. O (A) senhor (a) receberá abordagem educativa em saúde bucal, juntamente com seu cuidador em todos os momentos da pesquisa. Após 15 dias e 3 meses do término do tratamento oncológico serão refeitos os questionários juntamente com a reconsulta ao setor de oncologia. Em caso de necessidade de atendimento odontológico de urgência contate a pesquisadora pelos telefones disponibilizados e o mesmo será prestado ao (à) senhor (a). Caso o (a) senhor (a) autorize, serão realizadas fotografias em diferentes etapas do estudo. A realização desta pesquisa não terá nenhum custo para o (a) senhor (a) e será realizada nos dias de consulta com a equipe médica ou no período de internação, caso o senhor (a) esteja hospitalizado. É garantido que não será revelado o seu nome ou dados que possam identificá-lo. O (A) senhor (a) participará voluntariamente desta pesquisa e poderá comunicar à pesquisadora que quer sair do estudo em qualquer momento que desejar. O 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) da garantia da manutenção do anonimato e de receber respostas a outras dúvidas sobre essa pesquisa. É importante a participação dos pacientes para que conheçamos se o tratamento odontológico pode melhorar a qualidade de vida do paciente com câncer de cabeça e pescoço, diminuindo o desconforto. Assim, serão sugeridas medidas sistemáticas para melhora da saúde bucal e da qualidade de vida destes pacientes, minimizando os efeitos negativos do tratamento do câncer. A pesquisadora responsável é Camila Samara Funk (Fone: 54. 91152778 e 51. 33315775). O professor responsável é Dr. Júlio Baldisseroto (Fone: 51. 33572097).

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 10.2

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 se a inserção de cuidados odontológicos, em pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, interfere na qualidade de vida.

A pesquisadora responsável é Camila Samara Funk, aluna do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Mestrado em Saúde Bucal Coletiva (Fone: 54 91152778 e 51 33315775) O professor responsável é Dr. Júlio Baldisseroto (33572097).

Será feita a aplicação de um questionário, exame clínico e cuidados odontológicos serão prestados aos 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 dois anos. 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 após ser assinada esta permissão, em duas vias, permanecendo uma cópia para a pesquisadora e outra para a Instituição. O início da pesquisa também fica condicionado à aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Uma cópia da aprovação dos Comitês 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 desenvolvidos cuidados em saúde bucal aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, minimizando as complicações decorrentes do tratamento oncológico e influenciando sua qualidade de vida.

Porto Alegre, ____ de _____ de 200_.

Responsável pelo Serviço de Oncologia
R.G.:

Pesquisadora
R.G.:

APÊNDICE 10.3**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 59 60 a 69 70 a 79
 80 ou maisEscolaridade: Analfabeto Semi-analfabeto 1º grau 2º grau
 3º grau incompleto 3º completo.Renda: Menos de 1(um) salário mínimo de 1 a 5 salários mínimos
 Mais de 5 a 10 salários mínimos mais de 10 salários mínimos.Estado civil: Possui companheiro Não possui companheiroOcupação: Aposentado (a) Desempregado (a) Autônomo (a)
 Trabalhador (a) formal Estudante.Consulta ao Dentista nos últimos seis meses: Sim NãoProblemas dentários (dor, desconforto, infecção): 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 Inferior

Necessidades Protéticas Superior Inferior

Mucosite Sim Não

Xerostomia

1. Você sente sua boca seca?
2. O que você faz para deixar sua boca molhada?
3. Você levanta à noite para beber alguma coisa?
4. Você sente sua boca seca quando fala?

Candidíase sim não

Alteração do paladar

1. Você tem percebido modificações no sabor dos alimentos?
2. Você pode distinguir salgado e doce?

Disfagia

1. Você tem tido algum tipo de dificuldade para ingerir os alimentos?

Trismo

1. Você tem apresentado dificuldade para abrir a boca?

Osteorradionecrose sim não

Fumo Sim Não

Ingere Bebidas Alcoólicas Sim Não

Tipo de câncer: _____

Estadiamento da lesão: _____.

Localização específica: _____.

Tipo de tratamento Cirúrgico Quimioterapia Radioterapia

Mutilação Pós-cirúrgica Sim Não

APÊNDICE 10.4

Dicas

- Não utilizar nenhum medicamento sem orientação médica;
- As bebidas alcoólicas e o tabaco devem ser evitados;
- Mantenha a boca limpa (dentes, gengivas, língua, bochechas, cédua boca);
- As próteses dentárias devem ser limpas e bem ajustadas na boca, evitando irritações ou machucados;
- Procure um dentista, ele pode auxiliar no controle dos sintomas relacionados ao tratamento.



FAÇA EXAMES PERIÓDICOS COM SEU DENTISTA. A PREVENÇÃO É O MELHOR REMÉDIO



Sinais Importantes



Faça o auto-exame da boca, cabeça e pescoço. Os dois lados do seu rosto devem estar iguais; não deve haver sangramentos; a boca deve abrir e fechar sem dificuldades; a gengiva deve estar num tom róseo, levemente crespo e pontilhado; a língua também é crespa, rósea e com sulcos

Procure os seguintes sinais:

- Dor, carço, inchaço ou feridas que durem mais de 2 semanas;
- Mudança na voz ou rouquidão ou dor de garganta frequente;
- Dificuldade para engolir;
- Dor de ouvido constante;
- Mudança na cor ou sangramento de uma verruga;
- Sangramento nasal frequente ou obstrução nasal contínua;
- Catarro sanguinolento.



CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

ENTENDA O QUE ACONTECE NA SUA BOCA COM O TRATAMENTO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Acompanhantes / Familiares / Cuidadores



Os cuidadores do paciente vão além das ações físicas (alimentação, medicação e conforto corporal).

E IMPORTANTE PARA ELE SENTIR-SE EMOCIONALMENTE APOIADO E SER OUVIDO, COM CARINHO E COMPREENSÃO

- *Tenha paciência com as dificuldades;
- *Ouça o que o paciente tem a dizer (sentimentos, medos, dores, ...);
- *Auxilie nos cuidados com a higiene da boca e com a alimentação;
- *Antes de cada consulta anote junto com o paciente as dúvidas para esclarecer com a equipe de saúde.
- *O apoio e o carinho são fundamentais no controle da doença.

DESCOBRIU ALGUMA COISA DIFERENTE? ESTÁ COM DÚVIDAS? PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DE SUA CASA.

Realização

ELABORAÇÃO:
Camila Samara Funk
Bianca Vaccari Boffeselle
Marta da R. Marques e Silva

COLABORAÇÃO:
Anemarie Bender
Roberta Garcia

ORIENTAÇÃO:
Prof. Dr. Julio Baldisserotto

APOIO:
UFRGS
GHC

FINANCIAMENTO:
CNPq

Ao Paciente

- Não se isole, compartilhe com amigos e familiares suas dores, temores, preocupações e também as tarefas e reserve um tempo para fazer o que gosta.
- Nunca deixe de lutar pela vida, acredite na sua cura e invista.
- Você também é responsável pelos bons resultados do tratamento. Siga com disciplina e determinação as orientações e cuidados necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Berros, LHC. Portal Oncologia. [online] Disponível em: <http://www.oncologia.com.br/>. Acesso em: 23/08/06.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. [online] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 19/09/06.

MANTENHA A CIDADE LIMPA! NÃO JOGUE LIXO NO CHÃO

O que é câncer de cabeça e pescoço?

É uma doença que ocorre em função do crescimento desordenada de células anormais desta região do corpo: boca, lábios, garganta, laringe – órgão da voz, tireóide, fossas nasais e pele

O que causa?

São muitos os fatores responsáveis pelo aparecimento destes tumores

- ✓ Uso de tabaco (cigarros, cachimbos, fumo de mascar,...)
- ✓ Consumo de álcool;
- ✓ Muita exposição ao sol;
- ✓ Má higiene bucal;
- ✓ Alimentação inadequada, rica em gorduras, frituras, alimentos artificiais e com conservantes, e pobre em verduras, frutas e cereais integrais;
- ✓ Agentes químicos específicos, por exemplo agrotóxicos e inseticidas, como DDT e BHC.



Como é o tratamento?

Os tratamentos mais utilizados são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, e depende do tipo de tumor, estágio de desenvolvimento e localização.

Embora o tratamento oncológico seja fundamental no processo de cura, ele pode causar problemas na boca!!



O tratamento oncológico pode afetar a minha boca?

TRATAMENTOS

PRINCIPAIS EFEITOS NA BOCA

- Dor
- Infecção
- Alteração de funções importantes como fala e alimentação
- Boca seca
- Dificuldade no uso de próteses dentárias (dentaduras, pontes).

CIRURGIA

- Boca seca / xerostomia
- Cárie da radioterapia
- Destruição óssea (osteorradionecrose)
- Feridas na boca (mucosite)
- Infecção por fungos (Candidíase / sapinho)
- Dificuldade no uso de dentaduras e pontes, na fala e na alimentação
- Aumento de sangramentos
- Outros

RADIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA

O ACOMPANHAMENTO DO DENTISTA PODE AJUDAR A DIMINUIR ESTES DESCONFORTOS.

COMO LIDAR COM ESTES PROBLEMAS?



• Manter toda a boca sempre limpa (dentes, gengivas, bochechas, língua, céu da boca):

- Faça a higiene da boca após as refeições e antes de dormir com uma escova de dentes macia e de cabeça pequena, com creme dental suave e com flúor.
- O uso do fio dental ou da escova interdental, diariamente, fazem a limpeza entre os dentes.

- Dentaduras e pontes devem ser removidas e limpas com escova em água corrente.
- O médico ou o dentista poderão orientar o uso de soluções para auxiliar na limpeza da boca e das próteses dentárias.

• Como a boca pode ficar seca com o tratamento, procure ingerir bastante líquido (água, chás e sucos).

- O uso de medicações, substitutos de saliva ou complementos de flúor pode ser indicado pelo dentista para amenizar alguns efeitos da radioterapia.
- Bolas e chiclete **sem açúcar** podem trazer alívio momentâneo da sensação de boca seca.

- A boca seca pode trazer ainda outros problemas como a dificuldade de manter as dentaduras e pontes na boca e a infecção por fungos (candidíase oral).

Uma boa alimentação ajuda a prevenir alguns problemas na boca.



- Evite o consumo de gorduras e açúcares, alimentos duros, quentes, ácidos ou condimentados
- Prefira as frutas, verduras, carnes e cereais.
- O nutricionista poderá orientá-lo melhor a respeito.
- A alimentação pela sonda não dispensa a limpeza diária da boca.

11. ANEXOS

ANEXO 11.1

Página 04 de 11

Folha 01



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 89356	
Projeto de Pesquisa					
Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço de um protocolo de cuidados odontológicos					
Área de Conhecimento				Grupo	Nível
4.00 - Ciências da Saúde - 4.02 - Odontologia - Freme				Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase	
				Não se Aplica	
Unitermos					
câncer de cabeça e pescoço, odontologia, protocolo de cuidados odontológicos					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais		
52	52	52			
Placebo	RIV / AIDS	Wash-out	Sem Tratamento Específico	Banco de Materiais Biológicos	
NAO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável			CPF	Identificação	
Julio Baldisserotto			412.575.100-53	6011552111	
Área de Especialização			Maior Titulação	Nacionalidade	
GERIATRIA			DOUTOR	BRASIL EIRO	
Endereço			Bairro	Cidade	
FRANCISCO TREIN, 596			JARDIM FLORESTA	PORTO ALEGRE - RS	
Código Postal	Telefone		Fax	E-mail	
91690-030	5133572097 / 5133156885			julio@ghc.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <input checked="" type="checkbox"/>					
Data: ____/____/____ Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome		CNPJ	Nacional/Internacional		
Hospital Nossa Senhora da Conceição/Grupo Hospitalar Conceição		92.787.118/0001-20	Nacional		
Unidade/Órgão		Participação Estrangeira	Projeto Multicêntrico		
Setor de Oncologia		NÃO	NÃO		
Endereço		Bairro	Cidade		
Av. Francisco Train		Jardim Ipiranga	Porto Alegre - RS		
Código Postal	Telefone		Fax	E-mail	
91350200	51.33572407		51.33572461	pesquisa@ghc.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <input checked="" type="checkbox"/>					
Data: ____/____/____ Assinatura Paulo Roberto Pereira de Moraes Vice-Diretor no Exercício da Direção					
Vinculada					
Nome			CNPJ		
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL					
Endereço		Bairro	Cidade		
RUA RAMIRO BARCELOS, 2492		BONFIM	PORTO ALEGRE -		
Código Postal	Telefone		Fax	E-mail	
91035-003	(51)33165027		(51)33165002	FERNOMEDES@HOTMAIL.COM	
Responsável			Cargo / Função		

Página da Web

100%

Patrocinadora			
Nome CNPq		CNPQ /	
Endereço		Bairro	Cidade
Código Postal	Telefone	Fax	Email
Responsável Julio Baldisserotto		Cargo / Função Odontólogo	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 10 dias a partir de 05/07/2006. Caso ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será **INVALIDADA**.

[Voltar](#)
[IMPRIMIR](#)

ANEXO 11.2

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço de um protocolo de cuidados odontológicos

Pesquisador Responsável Júlio Baldisseroto

Data da Versão 11/04/06

Cadastro PPG20606

Data do Parecer 23/05/06

Grupo e Área Temática Classificação utilizada pela CONEP

Objetivos do Projeto

verificar se a inserção de um protocolo de cuidados odontológicos durante a terapia oncológica é capaz de interferir favoravelmente na qualidade de vida do paciente com câncer de cabeça e pescoço

Sumário do Projeto

avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer, por meio de questionário, de pacientes que recebem protocolo de atendimento odontológico comparado a outros que não tem, em diferentes tempos da terapia anti oncológica

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos após as modificações solicitadas pelo Comitê, principalmente quanto ao Consentimento, não há impedimento ético.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	

Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

ANEXO 11.3



Universidade Federal do Rio Grande do



Faculdade de Odontologia

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 17/06

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

Investigador(es) principal(ais): Professores Júlio Baldisseroto, Dalva M. P. Padilha e C.D. Camila S. Funk

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 13/06/2006, Ata nº 06/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 14 de junho de 2006.

Prof.ª. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Prof.ª. Heloísa Emília Dias da Silveira

Coordenadora da Comissão de Pesquisas

ANEXO 11.4

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 05

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.

semana passada:	Não	Pouco	Moderado	Muito
			damente	
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

Durante a semana passada:	Não	Pouco	Moderado	Muito
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

Durante a semana passada:	Não	Sim
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

ANEXO 06

WHOQOL - ABREVIADO
Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** .

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes), (conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as	1	2	3	4	5

	condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mal humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?..
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?..

Você tem algum comentário sobre o questionário?
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

