

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

FABIANA TIBOLLA TENTARDINI

**Estudo Longitudinal da Qualidade de Vida e das Condições de Saúde
Bucal Após o Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço**

Porto Alegre

2010

FABIANA TIBOLLA TENTARDINI

**Estudo Longitudinal da Qualidade de Vida e das Condições de Saúde
Bucal após o Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Odontologia, na Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Tibolla Tentardini

Estudo Longitudinal da Qualidade de Vida e das Condições de Saúde Bucal
após o Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Odontologia, na Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva.

Aprovada em:

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo . Orientador

Prof. Dr. Nome da Instituição a que pertence

Prof. Dr. Nome da Instituição a que pertence

Prof. Dr. Nome da Instituição a que pertence

Dedico este trabalho à memória de duas pessoas que foram fundamentais na minha vida e que, não medindo esforços, sempre incentivaram-me a estudar e a aprender:

À minha mãe, Regina Tibolla Tentardini, exemplo de coragem, persistência e vontade de viver, pelo amor, confiança, valorização e incentivo que dedicou a mim desde o princípio.

À minha tia, Irmã Maria Celina de Santa Teresinha do Menino Jesus Basile Tentardini, por sua vida de amor, fé e perseverança, e pelo carinho, ternura e alegria com que sempre cuidou a mim e a todos que dela se aproximaram.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, presente de graça infinita.

Aos meus pais, Paulo e Regina, pelo empenho amoroso que me dedicaram.

Aos amigos, pelas palavras oportunas de sabedoria, presença e apoio carinhoso.

Ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), pelo incentivo à qualificação dos seus profissionais.

Aos colegas do Serviço de Saúde Comunitária (SSC . GHC), em especial aos da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST) e aos colegas de saúde bucal, pelo apoio e compreensão.

Às pessoas que tornaram este processo rico não só em conhecimentos científicos, mas em trocas de afeto e encorajamento, pela alegria em partilhar o caminho dos dias com vocês: Davi Pereira, Felipe Anselmi Corrêa, Maria Cristina Gonçalves Giacomazzi, Sílvia Villa Verde Ribeiro, Tatiane Moreira Vargas, Thiago Neutzling Ferreira.

Aos residentes do SSC - GHC, em especial aos da USST, motivação essencial desta formação, sou grata pelos desafios e aprendizagens que carinhosamente despertam.

Ao Serviço de Oncologia e Hematologia do HNSC, especialmente aos médicos Marcelo Eduardo Zanella Capra e Raul Pruinelli, e à Eunice Feijó, pela pronta acolhida, disponibilidade e auxílio em todos os momentos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pela oportunidade de formação ímpar a que tive acesso.

À CAPES, pelo suporte ao desenvolvimento do estudo da linha de base.

Ao meu orientador, professor Fernando Neves Hugo, pelo exemplar profissionalismo, seriedade, empenho, confiança e motivação, além do generoso apoio, amizade e sabedoria que transformaram este trabalho em oportunidade de reflexão, encontro, alegria e estímulo.

À professora Sonia Maria Blauth de Slavutzky pela terna acolhida, confiança e incentivo, e ao professor Júlio Baldisserotto, pelo apoio e incentivo.

À professora Merion Campos Bordas, por sua alegria de viver e ensinar a aprender.

À professora Daniela Riva Knauth, pelo encantamento que partilha em suas aulas de Pesquisa Qualitativa e Antropologia.

Aos colegas da Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva, pela amizade e construção conjunta de saberes.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia da UFRGS, em especial aos da portaria e da biblioteca, pela disponibilidade atenciosa e alegre.

À Camila Samara Funk, além de colega, uma amiga generosa, parceira comprometida, forte e competente, pelo apoio e sabedoria.

Aos pacientes, que contribuíram para além desta pesquisa, dividindo suas experiências comigo, minha gratidão pela acolhida, afeto, partilha e incentivo.

%Alegrai-vos sempre no Senhor.

Repito: alegrai-vos!

... a paz de Deus, que excede toda a inteligência,

haverá de guardar vossos corações

e vossos pensamentos...+

(Epístola aos Filipenses, capítulo 4, versículos 4 a 7)

RESUMO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) abrange cerca de 10% dos tumores malignos, sendo uma doença cujo tratamento é agressivo em suas diferentes abordagens. Tanto a doença quanto os tratamentos podem gerar impactos na qualidade de vida (QV) dos pacientes de forma temporária ou definitiva. O objetivo deste estudo foi verificar mudanças na percepção de QV e nas condições de saúde bucal de um grupo de pacientes de CCP tratados em um hospital de Porto Alegre, em relação ao período pré-tratamento após 30 meses decorridos de seu tratamento oncológico. Outro objetivo foi identificar diferenças entre os participantes sobreviventes e falecidos quanto às medidas registradas na linha de base. Na linha de base, foram entrevistados e examinados 46 pacientes com tumores primários em regiões de cabeça e pescoço e que ainda não haviam iniciado o tratamento oncológico. No acompanhamento, foram constatados 23 óbitos e 04 perdas entre os integrantes do grupo inicial, conseguindo-se entrevistar e examinar 19 sobreviventes. Foram utilizados os questionários de QV geral abreviado da Organização Mundial de Saúde (WHO Quality of Life Bref . WHOQOL Bref) e o de QV relacionado à saúde específico para pacientes de CCP da European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC Quality of Life Questionnaire Head & Neck 35 . EORTC H&N 35), e os índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), e de Uso e Necessidade de Prótese. Ainda, foram registradas informações de autopercepção de saúde bucal, acesso e satisfação dos sobreviventes em relação ao atendimento odontológico. Para a análise estatística, as medidas iniciais e finais foram comparadas utilizando-se os testes qui-quadrado, Exato de Fisher, T de Student e Mann-Whitney. Na linha de base, foram encontradas diferenças significativas entre os pacientes sobreviventes e falecidos em relação ao estadiamento tumoral, tipo de tratamento, disfagia, domínio físico do questionário de QV WHOQOL Bref, escore geral do questionário de qualidade de vida relacionado à saúde EORTC H&N35 e seus itens dor, deglutição e comer em público. De forma geral, após uma média de 32 meses de acompanhamento, os sobreviventes apontaram impactos físicos relacionados ao câncer e seu tratamento, contudo, sua percepção de QV não sofreu alteração significativa no acompanhamento de longo prazo. Em relação às condições de saúde bucal, houve elevação do escore médio do CPO-D e do uso de próteses dentárias. Os pacientes sentiram necessidades de atendimento odontológico em razão de dor e reabilitação protética no período pós-tratamento oncológico e, com exceção de quatro casos, não receberam acompanhamento odontológico sistematicamente organizado com relação ao CCP. Os achados deste estudo acompanham as recomendações da literatura para incluir, rotineiramente, a avaliação de QV pelos serviços oncológicos, como uma ferramenta que potencializa a qualificação deste cuidado posto que permite aprofundar a compreensão dos pacientes e de suas necessidades.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida. Câncer de Cabeça e Pescoço. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Head and neck cancers, which represent approximately 10% of all malignancies, usually have an aggressive treatment, irrespective of the therapeutic approach. Both the disease and its treatment may impact temporarily or definitively on quality of life. The objective of this study was to verify changes in the perception of quality of life and in the oral health of patients with head and neck cancer in a hospital of the city of Porto Alegre, immediately before and at least 30 months after the cancer treatment. Additional objective was to evaluate the differences between survivors and deaths in respect to baseline measures. Baseline evaluation comprised interviews carried out with 46 patients diagnosed with primary head and neck tumors before the start of the oncologic treatment. The follow up study was carried out with 19 survivors, while 23 participants died during the follow up and the 4 remaining were not located. Quality of life was assessed using WHOQOL Bref and EORTC H&N 35 questionnaires, while oral health examinations included DMFT and dental prostheses assessments following the WHO criteria. Information in respect to self-perceived oral health, access to and satisfaction with oral health services were also collected. Baseline and follow up measures were compared using Chi-square, Fisher's exact, Student's t and Mann-Whitney tests. Baseline results revealed significant differences between survivors and deaths in respect to tumor stage, type of treatment, dysphagia, physical domain WHOQOL Bref scores, EORTC H&N 35 full scores and pain, swallowing and eating in public items. Overall, survivors reported physical impacts related to the disease and its treatment. However, the perception of quality of life was not significantly changed during follow up. In respect to oral health, there was an increase in the mean DMFT and in the use of dental prostheses between the baseline and the follow up after 30 months. Participants of the follow up reported the need of dental treatment due to pain and dental prosthetic rehabilitation after the completion of the cancer treatment. With the exception of four participants, cancer patients who took part of the study did not receive systematic oral care. The findings of this study are in accordance with the previous recommendations of the inclusion of quality of life evaluations routinely by oncologic services in order to provide a tool to potentiate the quality of care and to improve the understanding of the cancer patients and their needs.

KEY-WORDS: Quality of Life. Head and Neck Cancer. Oral Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 QUALIDADE DE VIDA	16
2.2 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	18
2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 DELINEAMENTO	25
3.2 AMOSTRA	25
3.3 AVALIAÇÃO INICIAL	25
3.4 MEDIDAS DO ESTUDO INICIAL	25
3.5 AVALIAÇÃO APÓS 30 MESES	27
3.6 MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO	27
3.7 LOGÍSTICA	28
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
4 RESULTADOS	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NA LINHA DE BASE	31
4.2 QUALIDADE DE VIDA NA LINHA DE BASE	34
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NO ACOMPANHAMENTO	36
4.4 QUALIDADE DE VIDA NO ACOMPANHAMENTO	39
5 DISCUSSÃO	41
5.1 A AMOSTRA NA LINHA DE BASE	41
5.2 A AMOSTRA NO ACOMPANHAMENTO	43
6 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	54
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

Os tumores malignos estão entre as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a segunda causa de morte nos países desenvolvidos e com indicativos desta tendência epidemiológica seguir aumentando para os países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Estima-se que cerca de 13% dos óbitos no ano de 2007 tenham sido em decorrência de algum tipo de câncer, sendo que quase 80% destas mortes ocorreram em países com baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b). No ano de 2007, as neoplasias malignas foram responsáveis por 14,8% de todos os óbitos ocorridos no Brasil, gerando a taxa de mortalidade nacional de 90,06 óbitos para cada 100.000 homens e, no Rio Grande do Sul, esse número chega a 147 óbitos por câncer para cada 100.000 homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008c).

A ocorrência do câncer na região de cabeça e pescoço corresponde a cerca de 10% dos tumores malignos globalmente, apresentando frequências variadas entre diferentes países e regiões (BRASIL, 2002). A cavidade oral e a orofaringe são os locais mais acometidos, sendo o tipo histológico mais comum (em 90% ou mais dos casos) o carcinoma espinocelular (DÖBROSSY, 2005). Entre os principais fatores de risco estão o tabagismo e o alcoolismo, cuja associação tem efeito sinérgico (BRASIL, 2003a), a exposição a certos agentes físicos e químicos, a higiene bucal deficiente e aspectos nutricionais (RAPOPORT et al., 2001). Mais recentemente, pesquisas têm demonstrado a associação entre cepas do vírus HPV e carcinoma espinocelular em regiões da boca e orofaringe (ANAYA-SAAVEDRA et al., 2008).

Ocorre mais frequentemente em homens acima dos 50 anos, porém esta tendência vem diminuindo na proporção de casos diagnosticados entre homens e mulheres, e na idade do surgimento da doença (RAPOPORT et al., 2001, SILVERMAN JR., 2001). Ainda, as desigualdades na incidência em relação a aspectos econômicos, étnicos e culturais são evidenciadas pela literatura (BOING, 2007, OH; KUMAR; CRUZ, 2008).

Considerando o panorama mundial, o Brasil tem uma das mais altas incidências de câncer oral (PETERSEN et al., 2005a). A estimativa do INCA para o Brasil no ano de 2010 prevê 10,64 novos casos de câncer de cavidade oral a cada

100.000 homens, sendo o quinto câncer mais frequente no sexo masculino. O estado do Rio Grande do Sul (RS) está na faixa mais alta da distribuição nacional da estimativa de incidência deste câncer para homens, prevendo-se o surgimento de 800 novos casos por ano (BRASIL, 2009). Em relação à capital, os dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Porto Alegre, do período de 1993 a 1997, mostram que os cânceres de cavidade oral são o 4º tumor mais frequente em homens e o 8º em mulheres (BRASIL, 2003b). Analisando a mortalidade por câncer oral e por câncer de orofaringe no Brasil entre 1979 e 2002, Boing, Peres e Antunes encontraram que estes tumores foram responsáveis por 3,69% de todos os óbitos por câncer no período, sendo as maiores taxas de mortalidade verificadas nas regiões sudeste e sul do país. A tendência da mortalidade para o câncer oral manteve-se estável - aproximadamente 1,83 óbitos em cada 100.000 habitantes conforme a estimativa do INCA para o ano de 2003 - e, para o câncer de orofaringe, houve elevação, com aumento médio anual de 2,02% para o sexo masculino e de 1,95% para o sexo feminino (BOING; PERES; ANTUNES, 2006).

Dos casos diagnosticados no Brasil, mais da metade inicia o tratamento em estágios considerados avançados pela Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (TNM) (BRASIL, 2003a), situação semelhante à observada em diversos outros países (BRASIL, 2006). A classificação TNM avalia o tamanho da lesão, o acometimento de linfonodos e a presença de metástases para definir o estadiamento clínico do câncer, variando entre estágios iniciais (TNM I e II) e estágios avançados (TNM III e IV) (RAPOPORT et al., 2001). Se detectado nos estágios iniciais, o câncer bucal tem possibilidade de cura em torno de 80% dos casos. Embora a sobrevivência em até cinco anos após o tratamento do câncer bucal no Brasil seja de 50% dos casos, ela diminui para aproximadamente 25% nos casos em estadiamento avançado (OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006, RIBEIRO; KOWALSKI; LATORRE, 2003). O início do tratamento em estágios avançados pode estar relacionado à evolução oligosintomática, à demora na busca do atendimento, e aos atrasos no encaminhamento e tratamento pelos serviços de saúde. Apesar dos estudos realizados, a grande proporção de casos que iniciam o tratamento oncológico em estadiamentos avançados permanece sendo um fenômeno cuja compreensão é parcial e inconclusiva (SCOTT; GRUNFELD; MCGURK, 2005, SCOTT; MCGURK; GRUNFELD, 2008, GARCIA-ROCO PEREZ; ARREDONDO

LOPEZ; CASTILLO BETANCOURT, 2006, SCOTT; GRUNFELD; MAIN; MCGURK, 2006, RICHARDS, 2007).

Os tumores de cabeça e pescoço são tratados por cirurgia, radioterapia e quimioterapia, isoladamente ou de forma combinada, almejando a cura ou o tratamento paliativo da doença (BRASIL, 2003a). Independentemente da terapia empregada para cada caso, existem consequências adversas do tratamento, tais como deformidades, dor, co-morbidades (cáries, candidíase, mucosite), limitações funcionais e de inserção social, danos estéticos e psicológicos. No âmbito da saúde bucal, as consequências da doença e de seu tratamento podem resultar em cáries de radiação, perdas de elementos dentários e outras alterações, as quais podem resultar em impactos na percepção de qualidade de vida (QV) dos pacientes oncológicos (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1999).

Mesmo que os avanços tecnológicos no tratamento oncológico propiciem a possibilidade de cura, a ainda elevada mortalidade e morbidade das neoplasias malignas levam ao questionamento sobre a humanização deste cuidado e sua repercussão na qualidade de vida dos pacientes, indagando sobre seu papel em não apenas prolongar em anos a vida, mas acrescentar vida aos anos. Valorizando a importância do cuidado continuado, integral e humanizado dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço, percebe-se a necessidade de aprofundar os estudos sobre sua percepção de qualidade de vida após o tratamento antineoplásico, no intuito de contribuir para a qualificação geral dos sistemas de saúde, em especial dos serviços oncológicos. É de grande importância conhecer a percepção que estes pacientes têm a respeito das múltiplas dimensões de sua qualidade de vida, em longo prazo após o tratamento oncológico, para melhor informá-los a respeito das opções terapêuticas e suas consequências, favorecendo a autonomia e a tomada de decisão, além de oferecer tratamento e acompanhamento adequados às necessidades específicas identificadas nesta população (PETERSEN, 2005b, ROGERS et al., 2008).

A literatura apresenta vários estudos sobre a qualidade de vida, em diferentes momentos do tratamento oncológico de cabeça e pescoço . anterior ao seu início, durante sua realização, logo após seu término, alguns meses ou anos após sua conclusão. De maneira geral, os estudos utilizam o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, através de diferentes instrumentos e, em sua maioria, relacionando QV com as modalidades terapêuticas (protocolos cirúrgicos,

quimioterápicos, radioterápicos e associações destes) (ROGERS; FISHER; WOOLGAR, 1999, ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007). Estes trabalhos abordam as sequelas das neoplasias malignas de cabeça e pescoço e dos tratamentos antineoplásicos, que marcadamente afetam, muitas vezes de forma permanente, as condições de saúde oral e de funcionamento dos sujeitos, podendo ter impacto na sua qualidade de vida. Acredita-se que, do diagnóstico da neoplasia ao período de acompanhamento pós-tratamento, ocorre uma diminuição na percepção da QV dos pacientes, cujos níveis variam ao longo do tempo, sem retornar aos patamares iniciais. No Brasil, poucos estudos foram realizados através de acompanhamento longitudinal das variações na QV dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço (AMAR et al., 2002, ANDRADE; ANTUNES; DURAZZO, 2006).

As alterações das condições orais, para além das questões relativas a patologias, também repercutem no desempenho e inserção social, familiar e laboral dos pacientes. Ainda assim, não foram encontrados estudos realizados no Brasil que tenham investigado longitudinalmente a QV e as condições de saúde bucal dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço em um prazo superior a um ano após o término do seu tratamento. Esta avaliação em mais longo prazo é de suma relevância, dado que a fase aguda do problema foi superada, restando agora ao paciente e seus familiares conviver permanentemente com as limitações e consequências advindas do tratamento, como por exemplo as deformidades, e a escassez de cuidados continuados e tratamentos reabilitadores disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Partindo deste contexto, este estudo propôs-se a avaliar a qualidade de vida e as condições de saúde bucal em prazo superior a trinta meses após o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço em um grupo de pacientes atendidos no Serviço de Oncologia de Cabeça e Pescoço do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, dando seguimento ao estudo anteriormente desenvolvido *Avaliação do Impacto de um Protocolo de Cuidados Odontológicos na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço* (FUNK, 2007). Ainda, este estudo teve também como objetivo verificar a existência de diferenças entre os pacientes sobreviventes e falecidos em relação às medidas registradas na linha de base desta pesquisa. As hipóteses deste estudo eram que, na linha de base, os pacientes falecidos teriam condições piores de saúde bucal e de autopercepção de QV; e que em trinta meses ou mais após a conclusão

do tratamento do câncer de cabeça e pescoço, os pacientes sobreviventes teriam suas condições de saúde bucal agravadas e piora na percepção de certos aspectos de sua qualidade de vida, em decorrência das sequelas da doença e/ou de seu tratamento.

A realização deste estudo justificou-se pela necessidade de aprofundar a compreensão das demandas específicas desta população e, através disso, poder contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados oncológicos considerando a atenção integral e humanizada aos pacientes. Através dos resultados deste estudo, pretende-se contribuir para a qualificação da atenção oncológica prestada no SUS, estimulando a integração de profissionais de saúde bucal nas equipes multiprofissionais que atendem os pacientes oncológicos, em especial os acometidos por neoplasias nas regiões de cabeça e pescoço. Ainda, este estudo almeja contribuir na consolidação da produção de conhecimentos relevantes no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

A preocupação com as necessidades do paciente e sua qualidade de vida remonta aos tempos de Hipócrates e Paracelso, desenvolvendo-se ao longo dos séculos. Nas ciências humanas e biológicas, os estudos nessa temática surgem na literatura a partir do final da década de 1940, em trabalhos como os de Green, em 1947 . impacto psicológico e físico em pacientes submetidos a laringectomia . e de Karnofsky, em 1948 . avaliação funcional dos pacientes de câncer de pulmão, ainda hoje uma referência muito utilizada. A qualidade de vida vai-se constituindo num movimento que visa a valorizar parâmetros outros que não apenas o controle dos sintomas, a diminuição de mortalidade ou o aumento de expectativa de vida; evoluindo com diferentes concepções a respeito do conceito e de seu enfoque (SOBRINHO; CARVALHO; FRANZI, 2001).

O termo *qualidade de vida* (QV) é abordado em número crescente de artigos científicos, muito embora a definição do conceito de QV não seja apresentada na maioria dos trabalhos, nem seja única ou consensual entre os autores (GILL, T.M.; FEINSTEIN, 1994). Para Bullinger et al. (1993), *qualidade de vida* é um termo mais geral e amplo, que abrange uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu cotidiano, e que inclui a sua condição de saúde e as intervenções médicas, sem restringir-se a apenas estes dois aspectos (BULLINGER, 1993).

Em 1994, a Organização Mundial da Saúde, através de um grupo internacional de estudos em QV (*The WHOQOL Group*), elabora uma definição para qualidade de vida, como sendo *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*. O *WHOQOL Group* apresenta, como pressupostos deste conceito de qualidade de vida: o construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), a multidimensionalidade, e a composição por dimensões positivas e negativas. Para avaliar QV a partir desses pressupostos, e pretendendo seu uso internacionalmente, o *WHOQOL Group* trabalhou em um projeto colaborativo multicêntrico, que resultou no desenvolvimento do questionário WHO-QOL, instrumento que aborda seis domínios relativos à QV: físico, psicológico,

nível de independência, relações sociais, meio ambiente, e espiritualidade/religião/crenças pessoais, através de 24 facetas ou subdomínios. Sendo considerado um instrumento muito extenso, foi elaborada a versão WHO-QOL Bref, que é mais facilmente aplicável em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, conservando as características psicométricas válidas e confiáveis da versão completa do WHO-QOL (FLECK et al., 1999). O WHO-QOL Bref tem uma versão validada em português brasileiro constituída de 26 questões compreendendo quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. As respostas são em escala Likert com cinco intervalos de pontuação (variando de 1 a 5) e avaliam *o quão freqüentemente, o quão bom ou o quão satisfeitos* os respondentes se sentiram nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário (Anexo A). A pontuação de cada domínio varia entre 4 e 20, sendo que escores menores indicam pior qualidade de vida (SKEVINGTON; LOTFY; O'CONNELL, 2004).

As principais características a serem consideradas em relação ao instrumento de avaliação de QV são: validação, aceitabilidade, confiabilidade, sensibilidade, viabilidade, facilidade de entendimento pelo paciente, mínimo de oportunidade para vieses atribuíveis ao pesquisador e menor custo possível para a instituição (SOBRINHO; CARVALHO; FRANZI, 2001, HASSAN; WEYMULLER JR., 1993).

Com a evolução dos estudos, a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança (BECH, 1995). Atualmente, a avaliação dos resultados de QV é um importante recurso a ser considerado no processo de tomada de decisão das terapêuticas a serem implementadas, e também como potencializador do envolvimento dos pacientes com seus tratamentos (ANDRADE; ANTUNES; DURAZZO, 2006, ZACHARIAE; BECH, 2008, CAMPOLINA; CICONELLI, 2006, KLIGERMAN, 1999).

Na maior parte dos estudos, predomina a utilização da avaliação de QV relacionada à saúde que, de modo geral, refere-se à percepção, auto-relatada e baseada na experiência do paciente, dos efeitos da doença e os impactos havidos no seu funcionamento diário. Ainda que os instrumentos de QV relacionada à saúde tenham o caráter multidimensional e subjetivo, a ênfase habitualmente recai sobre sintomas, incapacidades ou limitações associados às enfermidades (SEIDL; ZANNON, 2004).

2.2 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Sobrinho, Carvalho e Franzi destacam que os pacientes de câncer de cabeça e pescoço apresentam uma série de

[...] peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no seu tratamento: o 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. (SOBRINHO; CARVALHO; FRANZI, 2001)

Tais particularidades podem afetar também a percepção e avaliação da QV nestes pacientes, diferenciando-os em relação a outros grupos de doentes e de sítios oncológicos. Muitos estudos com pacientes de câncer de cabeça e pescoço vêm sendo desenvolvidos utilizando uma série de instrumentos com propósitos diversos: uns para avaliar a QV geral, outros mais direcionados para questões especificamente relacionadas ao impacto que o câncer de cabeça e pescoço implica, outros ainda visando a correlacionar desfechos em QV com diferentes modalidades oncológicas (SCHWARTZ; PATRICK; YUEH, 2001).

A *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) constituiu um grupo internacional de estudos em QV e câncer, que elaborou diversos instrumentos para avaliação de QV nos pacientes de neoplasias malignas. Um destes é o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire - Cancer 30* (EORTC QLQ-C 30 versão 3.0), para avaliação de QV de pacientes com câncer, geral para todas as localizações anatômicas, com os seguintes domínios: físico, cognitivo, emocional, social, funcional, sintomas, saúde e qualidade de vida geral (AARONSON et al., 1993). Além deste, foram desenvolvidos outros questionários específicos para diversas localizações anatômicas, 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. O *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Head and Neck* (EORTC QLQ-H&N 35) é o módulo específico para avaliar os domínios afetados nos pacientes de câncer nas regiões de cabeça e pescoço, cuja utilização deve ser feita em conjunto com um instrumento de avaliação da QV geral. Já traduzido para o

português e utilizado no Brasil (FUNK, 2007, ANDRADE, 2005), o EORTC H&N35 é um questionário composto por 35 questões distribuídas em sete escalas de múltiplos itens (dor, deglutição, fala, sentidos, comer em público, convívio social, e sexualidade) e outros onze itens que abordam aspectos particularmente relevantes aos pacientes de câncer de cabeça e pescoço, como dificuldade para abrir a boca, saliva espessa, alterações de peso, entre outros (BJORDAL et al., 1999). Estudos utilizando o EORTC H&N35 o consideram adequado para avaliação da QV levando em conta particularidades desta população específica como, por exemplo, a localização anatômica da doença, as variações ao longo do tempo, e sequelas do tratamento (SHERMAN et al., 2000, BJORDAL et al., 2000). Em análise comparativa com outros instrumentos, desde o pré-operatório até 12 meses após a cirurgia em pacientes com câncer de boca e orofaringe, Rogers et al. constataram que o EORTC H&N 35 é o mais sensível em identificar mudanças ao longo do tempo nos domínios fala e deglutição (ROGERS et al., 1998a). Outras características importantes deste instrumento são: confiabilidade, validade de construto, validade discriminante (SHERMAN et al., 2000).

Diversos trabalhos avaliaram os desfechos em QV especificamente nos pacientes de câncer de cabeça e pescoço, mostrando diferentes aspectos em que esta é afetada, seja pela patologia, seja pelos tratamentos e sequelas destes, e apresentando resultados divergentes entre si em alguns casos. Em geral, os pacientes percebem sua QV piorar no primeiro semestre após o tratamento oncológico. Com o passar do tempo, notadamente após o primeiro ano pós-tratamento, os escores de QV tendem a melhorar, porém sem alcançar os valores obtidos na aferição inicial, e com marcada presença de sintomas e condições relacionadas especificamente à doença.

Rogers e colaboradores avaliaram 50 pacientes com câncer oral submetidos à cirurgia, com os questionários da Universidade de Washington e o SF-36 aplicados no dia anterior à cirurgia e 3, 6 e 12 meses após a mesma. Observaram forte associação entre maior tamanho do tumor e maior intensidade da dor no momento pré-operatório, além de escores de QV menores que o de pessoas sem a doença, e limitação nas funções físicas, sociais e mentais. Aos três meses, associaram pior QV nos pacientes com tumores de maior tamanho, nos que requeriam maior ressecção para o tratamento, nos casos submetidos à radioterapia e naqueles localizados na porção posterior da cavidade oral, havendo considerável deterioração do

funcionamento físico, com limitações de função, energia e percepção do estado geral de saúde. Entre o 3º e o 6º mês, as avaliações mantiveram-se estáveis, e após 12 meses houve tendência à melhora da QV (ROGERS et al., 1998b). Em outro estudo de Rogers e colaboradores em um hospital do Reino Unido, comparando os dados obtidos pela avaliação de QV após cerca de 2 anos do tratamento cirúrgico do câncer de cabeça e pescoço em 561 pacientes, os autores apontam a existência de grandes diferenças nos resultados segundo o tamanho do tumor, técnica cirúrgica com retalho livre e uso de radioterapia adjuvante; e indicam que estas informações podem ser extremamente úteis no esclarecimento de pacientes e familiares quanto aos resultados esperados em cada modalidade de tratamento (ROGERS et al., 2008).

Bjordal, Kaasa e Mastekaasa (1999) avaliaram a QV de 204 pacientes entre 7 e 10 anos após terem recebido tratamento para câncer de cabeça e pescoço com radioterapia. Encontraram um alto nível de sintomas relativos à doença e seu tratamento nestes pacientes, entre eles a boca seca e a produção de muco. O funcionamento emocional foi significativamente afetado pelo tipo de cirurgia realizada, indicando a necessidade de mais estudos utilizando abordagens cirúrgicas conservadoras. Os autores sugerem que os desfechos funcionais e emocionais são parâmetros importantes a serem considerados prospectivamente em ensaios clínicos com pacientes de câncer de cabeça e pescoço.

Para investigar a QV e os efeitos da associação de radioterapia e o fármaco cetuximab, Curran e colaboradores realizaram um ensaio clínico randomizado com 419 pacientes com carcinoma espinocelular avançado locorregionalmente em orofaringe, hipofaringe e laringe, acompanhando-os desde o período anterior ao início do tratamento até um ano após este. Em seus resultados, mostram que a QV piora durante a radioterapia, principalmente quanto à função, perda de apetite, fadiga, deglutição, sensibilidade, e dificuldades para comer. A QV melhora após ser concluída a radioterapia, retornando aos níveis iniciais por volta do 12º mês pós-tratamento. Ainda, observam que a QV e o estado geral de saúde pré-tratamento são variáveis prognósticas significativas para estes pacientes (CURRAN et al., 2007). Esta afirmação converge com o resultado encontrado por Amar e colaboradores, em estudo feito no Brasil, no qual a avaliação de QV anterior ao tratamento oncológico teve pontuação muito distinta entre pacientes assintomáticos e pacientes com recidiva no primeiro ano pós-tratamento, principalmente nas

escalas de fadiga, dificuldade de comer em público e qualidade de vida global dos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC H&N 35, reforçando a noção de que a avaliação da QV prévia ao tratamento possa ser um indicador prognóstico nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (AMAR et al., 2002). A mesma constatação fizeram recentemente Nordgren et al. (2008), ao avaliarem longitudinalmente a QV de 122 pacientes, relacionando-a com a localização tumoral e o tipo de tratamento empregado um e cinco anos após a conclusão do mesmo. Nos sobreviventes, a QV (medida pelos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC H&N 35) anterior ao tratamento e um ano pós-tratamento foi melhor que a dos pacientes que vieram a falecer antes do quinto ano de acompanhamento. Para estes autores, a QV referida no momento do diagnóstico parece ser um importante fator prognóstico de sobrevida e da QV em longo prazo.

Em estudo com 133 pacientes com carcinoma espinocelular orofaríngeo na França, Pourel e colaboradores usaram os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC H&N 35 para avaliar a QV dos sobreviventes livres da doença em longo prazo, este considerado como 2 anos ou mais após o tratamento (radioterapia e radioterapia associada à cirurgia). O funcionamento social, emocional e a fadiga foram os aspectos em que a QV esteve mais afetada. Os autores sugerem mais estudos no tema visando a subsidiar novas estratégias para o manejo da reabilitação nesta população específica (POUREL et al., 2002). O questionário específico EORTC H&N 35 também mostrou-se sensível para identificar diferenças na QV em longo prazo entre as diferentes modalidades de tratamento. No estudo realizado por Tschudi, Stoeckli e Schmid (2003), com 99 pacientes de carcinomas de orofaringe, ocorreram menos problemas de deglutição, saliva espessa, boca seca, dificuldade para comer em público e nos contatos sociais para os que não receberam radioterapia; e menor dor, dificuldade para comer em público e restrição de abertura bucal nos pacientes tratados por cirurgia, diferenças estas que não apareceram no questionário para qualidade de vida global.

Alguns estudos brasileiros buscaram avaliar longitudinalmente a QV dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço. Funk (2007) verificou a possibilidade de que a inserção de um protocolo de cuidados odontológicos interferisse favoravelmente na percepção de QV destes pacientes, comparando o momento anterior e quinze dias após a conclusão do tratamento oncológico. A QV geral, medida através do questionário WHO-QOL Bref melhorou no grupo teste e piorou no

grupo controle, embora sem diferença significativa estatisticamente. A QV específica, medida através do instrumento EORTC H&N35, foi mantida no grupo teste e apresentou piora de 7,9 pontos no grupo controle. No estudo de Andrade, Antunes e Durazzo (2006), foi utilizado o questionário da Universidade de Washington (UW-QOL) para descrever padrões diferenciais de QV em pacientes de câncer de cabeça e pescoço atendidos num hospital de atenção terciária brasileiro, sendo novamente entrevistados um ano após a primeira coleta dos dados. A mastigação foi o item com pior avaliação e com maior proporção de queixas nos dois momentos. A qualidade de vida alcançou piores indicadores nos pacientes com tumores maiores e com neoplasias em regiões posteriores da cavidade oral. No sul do Brasil, Andrade (2005) estudou a QV e as condições de saúde bucal em 30 pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos num serviço oncológico, utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC H&N35. Encontrou QV moderada, nível funcional moderado, e baixa sintomatologia no momento inicial do estudo, com resultados piores nos pacientes com xerostomia e nos pacientes que necessitavam de próteses. Após seis meses, a QV manteve-se estável, porém com diminuição do nível funcional e aumento dos sintomas.

2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Os instrumentos para mensuração da QV específica dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço incluem escalas funcionais e de sintomas concernentes a certas condições orais, e indicam algumas situações para as quais é muito importante o acompanhamento odontológico prévio ao tratamento, durante e após este. O cuidado com a saúde oral e suas complicações impactam não apenas a saúde e a qualidade de vida dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço, mas também a própria terapia oncológica e seus custos. Apesar destas relações já serem bem conhecidas, a participação de profissionais de saúde bucal não tem sido homogênea nem consistentemente organizada nos serviços oncológicos. Segundo Epstein et al. (2007) colaboradores, há pouca pesquisa nos serviços de saúde enfocando a questão do estado e da necessidade do suporte odontológico no tratamento do câncer. Ressaltam ainda que o cuidado oral deve fazer parte do tratamento do câncer, especialmente para os pacientes com alto risco para

complicações orais, sendo recomendada a participação de profissionais de saúde bucal na equipe multiprofissional responsável pelo tratamento oncológico.

Estudos mostram grande variação quanto à abordagem preventiva nos serviços oncológicos devido à falta de protocolos bem definidos, à dispersão dos pacientes por vários centros, à ausência de equipes de saúde bucal em alguns serviços, à falta de técnicos de higiene dental em algumas equipes de saúde bucal, e à falta de encaminhamento dos pacientes, em tempo, para as equipes odontológicas. Ainda, recomendam o desenvolvimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências para apoiar as intervenções e manejo oral nos pacientes de câncer de cabeça e pescoço, promovendo e efetivando a integração entre serviços médicos e odontológicos na atenção a estes pacientes, considerando a escassez de pesquisas sobre os componentes dos cuidados orais básicos, protocolos e educação para os pacientes oncológicos que estejam recebendo quimioterapia ou radioterapia (JANSMA et al., 1992, BARKER et al., 2005, MCGUIRE et al., 2006).

A participação ativa e precoce dos profissionais de saúde bucal no desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas, na educação e reabilitação destes pacientes é imprescindível para se levar em consideração suas questões de qualidade de vida durante e após a radioterapia, segundo Kielbassa et al. (2006). Nesse trabalho, citam a mucosite, a hipossalivação, o trismo, a perda do paladar, a cárie dentária e a osteorradionecrose como as conseqüências clínicas orais mais freqüentes em decorrência das modificações que a irradiação provoca na mucosa oral, tecido glandular, musculatura mastigatória, ossos e dentes. Tais alterações podem ser transitórias, como a mucosite e a alteração do paladar, ou permanentes, como a hipossalivação, o risco aumentado para cáries e osteorradionecrose.

A frequente utilização da quimioterapia concomitantemente à radioterapia no câncer de cabeça e pescoço aumenta a predisposição dos pacientes a uma série de complicações orais: mucosite, xerostomia, alteração do paladar, comprometimento vascular, adelgaçamento da mucosa, risco elevado para cáries rampantes e doença periodontal, e osteorradionecrose (sendo esta considerada a complicação mais grave que possa ocorrer) (CHUNG; SUNG, 2006). Verifica-se ainda, nos pacientes tratados com quimioterapia, as estomatites e o risco aumentado para infecções de origem dental, potencialmente letais devido à imunossupressão. Nestes pacientes, é

de extrema importância a eliminação das patologias dentárias previamente ao tratamento oncológico, e a manutenção da higiene oral durante e após a terapia antineoplásica, no intuito de prevenir tais complicações (CARL, 1983).

No Brasil, Bonan et al. (2006) avaliaram as condições de saúde bucal e o tratamento odontológico instituído a 40 pacientes de câncer de cabeça e pescoço. Todos os sujeitos apresentavam baixas condições socioeconômicas, péssimas condições sistêmicas e de higiene oral. Nos pacientes dentados da amostra (28 sujeitos), em 93% foi encontrada doença periodontal severa ou moderada e, em 43% deste grupo (dentados), cáries dentárias, tendo sido indicada a exodontia como tratamento prévio à radioterapia. No seguimento de doze meses, houve incidência de cárie de radiação em um em cada nove pacientes; e de osteorradionecrose em cinco dentre vinte e três pacientes, apesar do protocolo de cuidados odontológicos estabelecido. O aumento do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), da necessidade de próteses dentárias e o seu menor uso foram verificados também na pesquisa de Andrade (2005). Neste estudo, a média do índice CPO-D chegou a 27,7, com predomínio do componente perdido. Esta elevada média do índice CPO-D também é verificada no trabalho de Funk (2007), onde assumiu o valor de 24,6. Tais dados indicam a importância da integração do cuidado odontológico aos pacientes oncológicos, no intuito de minimizar seu adoecimento e seqüelas, e de promover suas habilidades funcionais, potencialmente contribuindo na manutenção ou melhora de sua qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Estudo de coorte.

3.2 AMOSTRA

Sobreviventes que participaram da amostra do estudo *Avaliação do Impacto de um Protocolo de Cuidados Odontológicos na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço*, desenvolvido no segundo semestre de 2006, no Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre, RS. Naquele estudo, foram captados por conveniência 46 pacientes com tumor primário em diferentes localizações na região de cabeça e pescoço, diagnosticados como neoplasia maligna, considerados todos os tipos histológicos, cujo tratamento oncológico ainda não havia iniciado, com condições clínicas de receber cuidados odontológicos e que aceitaram participar da pesquisa.

3.3 AVALIAÇÃO INICIAL

Todos os participantes responderam a uma entrevista estruturada para caracterização sócio-demográfica e de saúde da amostra, e aos questionários de qualidade de vida geral e específica logo após o diagnóstico do câncer e antes do início do tratamento oncológico.

3.4 MEDIDAS DO ESTUDO INICIAL

No estudo inicial, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade, renda, estado civil, ocupação, tipo de câncer, estadiamento, localização, tipo de tratamento oncológico recebido, autopercepção de qualidade de vida geral e específica, problemas dentários (dor, desconforto, infecção), xerostomia, condições protéticas, necessidades protéticas, cárie, mucosite, candidíase, alteração de paladar, disfagia, trismo, osteorradição necrose, consulta ao dentista nos últimos seis meses, hábitos (tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e chimarrão), e

mutilação pós-cirúrgica. Para mensurar tais variáveis, foram adotados os seguintes instrumentos e procedimentos:

- aplicação do questionário de QV WHO-QOL Bref (Anexo A), instrumento para avaliação multidimensional de percepção de qualidade de vida geral, desenvolvido pela OMS, composto por 26 questões, abordando os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente, cujas respostas medem, em escala Likert de cinco intervalos, *o quão frequentemente, o quão bom ou o quão satisfeitos* os sujeitos se sentiram nas duas semanas anteriores à entrevista. A pontuação de cada domínio varia entre 4 e 20, considerando-se que escores menores indicam pior qualidade de vida (FLECK et al., 1999).

- aplicação do questionário de QV EORTC-H&N35 (Anexo B), instrumento desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* para avaliar aspectos da QV possíveis de serem afetados especificamente nos pacientes de câncer de cabeça e pescoço. É um questionário composto por 35 questões, distribuídas em sete escalas de múltiplos itens (dor, deglutição, sentidos, fala, comer em público, convívio social, e sexualidade) e outros onze itens que abordam aspectos particularmente relevantes a estes pacientes como dificuldade para abrir a boca, saliva espessa, alterações de peso, entre outros (BJORDAL et al., 1999). Seus escores são calculados por sintaxe própria, através de soma e transformação linear, sendo que valores maiores indicam pior qualidade de vida.

- entrevista estruturada contendo dados pessoais (nome, sexo, idade, endereço, telefone, renda, ocupação), e informações sobre tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e chimarrão, dados sobre o tumor (tipo, estadiamento, localização, tratamento e mutilação pós-cirúrgica . coletados do prontuário hospitalar), consulta ao dentista nos últimos seis meses, e autopercepção de problemas dentários, xerostomia, disfagia, alteração de paladar e trismo (Anexo C);

- exame clínico bucal, registrando os seguintes índices: o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) proposto pela OMS em 1997 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999); Condições e Necessidades Protéticas também de acordo com os códigos propostos pela OMS (Anexo D) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999). Para mucosite, foi considerado o aspecto da mucosa bucal conforme a descrição dada por Neville (NEVILLE, 2004): presença de lesões, inicialmente áreas esbranquiçadas, seguindo-se de mucosa atrófica (edemaciada, eritematosa e friável) e posteriormente com áreas ulceradas

que podem ou não estar recobertas por exsudato fibrinopurulento. Também para candidíase foi utilizada a observação clínica, em que a presença de alterações brancas, amareladas, cremosas, removíveis à raspagem constitui indício de *Cândida albicans*.

3.5 AVALIAÇÃO APÓS 30 MESES

No presente estudo, foi realizada a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde bucal dos pacientes sobreviventes do estudo anterior após pelo menos 30 meses após o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço, utilizando novamente os mesmos instrumentos do estudo inicial - questionários de QV WHO-QOL Bref, EORTC H&N35, e entrevista estruturada, à qual foram adicionadas questões relativas a autopercepção de saúde bucal, necessidade, acesso e satisfação com atendimento odontológico.

3.6 MEDIDAS DO ACOMPANHAMENTO

No presente estudo, foram adotados os seguintes instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados:

- questionário WHO-QOL Bref para avaliar a autopercepção de qualidade de vida geral;
- questionário EORTC H&N35 para verificar a autopercepção de QV específica;
- questionário estruturado para coleta de dados sócio-demográficos, abrangendo sexo, idade, cor, endereço, estado civil, renda familiar, ocupação, informações sobre tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, e autopercepção sobre saúde bucal, necessidade, acesso e satisfação com atendimento odontológico, nos últimos 30 meses (Apêndice A);
- exame clínico odontológico, registrado em ficha clínica individual (Apêndice A) para verificação do estado de saúde bucal. Para o registro dos dados do exame, foram utilizados: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) para coroa e para raiz dentária; e as Condições e Necessidades Protéticas, ambos propostos pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999). Também foi investigada a presença de *Candidíase*, para o que foi feita a observação clínica de

alterações brancas, amareladas, cremosas, removíveis à raspagem, sobre mucosa normal ou avermelhada, (indício de *Candidíase pseudomembranosa*), ou de máculas vermelhas com sensação de queimação (*Candidíase eritematosa*) (NEVILLE, 2004).

3.7 LOGÍSTICA

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguiram-se as seguintes etapas:

- 1) Estudo piloto para treinamento e calibração intraexaminador pré-estudo da examinadora: consistiu em uma sessão de discussão teórica sobre os instrumentos de coleta de dados, entre as pesquisadoras da etapa inicial e da etapa de acompanhamento; seguida pelo treinamento e padronização dos exames clínicos odontológicos em dez pacientes adultos. Nesta fase, foram alcançados os seguintes resultados de concordância Kappa inter-examinadoras: 0,88 no índice CPO-D para coroa dentária; 0,77 no índice CPO-D para raiz dentária; 1,0 no índice de Condições Protéticas, e 0,69 no índice de Necessidades Protéticas. Após, foi realizada a sessão de calibração intra-examinador da pesquisadora no exame clínico odontológico em outros dez pacientes adultos, atingindo a concordância Kappa de 0,94 no índice CPO-D para coroa dentária; 0,86 no índice CPO-D para raiz dentária; 1,0 no índice de Condições Protéticas, e 0,91 no índice de Necessidades Protéticas.
- 2) Contato com os 46 sujeitos participantes do estudo inicial, por telefone ou visita domiciliar, convidando-os a participar desta nova etapa do estudo.
- 3) Coleta dos dados através das entrevistas e exames.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, bem como sobre outros aspectos pertinentes à sua realização. Aos que aceitaram participar foi solicitado ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Os questionários foram lidos em voz alta para cada indivíduo e preenchidos pela realizadora do estudo. Os exames foram realizados pela pesquisadora no domicílio dos participantes, ou em um consultório médico do Serviço de Oncologia do HNSC, ou ainda em um consultório odontológico do Centro de Especialidades Odontológicas do HNSC.

Para a coleta de dados sobre a mortalidade, foram considerados os registros em prontuário hospitalar e também as informações prestadas pelos familiares quando do contato para convite para esta nova etapa da pesquisa, registrando-se data e causa do óbito.

Todos os participantes receberam orientações em saúde bucal, conforme a situação apresentada, e caso desejassem, poderiam ser encaminhados para atendimento de suas necessidades no ambulatório do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do HNSC, pelos profissionais contratados do serviço e/ou pela pesquisadora.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Neste estudo longitudinal foram analisadas as diferenças entre sobreviventes e falecidos em relação às medidas sociodemográficas, clínicas, de saúde bucal e escores de QV geral e específica registradas na etapa inicial do estudo; e as variações desses mesmos escores para os sobreviventes ao longo do período de acompanhamento.

As variáveis contínuas e discretas foram descritas através de médias e respectivos desvios-padrão, enquanto as variáveis categóricas foram descritas em porcentagens absoluta e relativa.

Buscando verificar a existência de diferenças significativas em relação ao desfecho estudado (sobrevivência ou não) e em relação à variação nos domínios dos instrumentos de QV entre o começo e o final do estudo, foram realizados testes t de Student (para as variáveis com distribuição paramétrica) ou Mann-Whitney (para as variáveis com distribuição não paramétrica) para as variáveis contínuas, e o teste do qui-quadrado e o Exato de Fisher para as variáveis categóricas. O valor para rejeição da hipótese nula foi estabelecido em $p \leq 0,05$. Ainda, para verificar a confiabilidade dos questionários qualidade de vida, foi realizado o teste alfa Cronbach. Para o questionário WHO-QOL Bref, os escores resultaram em 0,72 para a etapa inicial do estudo e 0,86 na etapa de acompanhamento. Para o questionário EORTC H&N 35, os escores alcançados foram, respectivamente, 0,84 e 0,87 nas fases inicial e de seguimento do estudo. Todas análises foram realizadas com o software SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA).

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tanto o projeto do estudo da linha de base quanto o atual foram aprovados pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Apêndice C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (apêndice D). As normas das resoluções da Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP) foram devidamente observadas, estando garantida a confidencialidade sobre as informações fornecidas. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi solicitada a todos os sujeitos que aceitaram participar em cada etapa desta pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NA LINHA DE BASE

Ao serem contatados os quarenta e seis pacientes integrantes da amostra do estudo *Avaliação do Impacto de um Protocolo de Cuidados Odontológicos na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço* para participação na atual pesquisa, verificou-se a ocorrência de vinte e três óbitos (50% da amostra) no período entre fevereiro de 2007 e julho de 2009. Quatro pacientes não foram localizados, mesmo após mais de três tentativas de contato em momentos distintos. O tempo médio de seguimento alcançado neste estudo foi de 32 meses (variando entre 29 e 35 meses), contados a partir da data da entrevista inicial.

Como características sócio-demográficas principais da amostra estudada na linha de base, encontrou-se média de idade de 54 anos, predomínio de pacientes do sexo masculino (72%), vivendo com companheiro/a (70%), com baixos níveis de instrução (67% com até o primeiro grau incompleto), de renda individual (33% com renda mensal inferior a um salário mínimo; 65% com renda mensal entre 1 e 5 salários mínimos) e de ocupação (24% desempregados, 44% aposentados). Estas características distribuíram-se de forma semelhante entre sobreviventes e falecidos, com alguns resultados numericamente superiores para os pacientes falecidos, porém sem diferenças significativas. Estes resultados são apresentados na Tabela 1, já incluindo a separação da amostra estudada na linha de base entre sobreviventes e falecidos.

Em relação às características clínicas da amostra na linha de base, apresentadas na Tabela 2, 64% do total de pacientes declararam-se tabagistas ativos, 27% tabagistas em abstinência e 35% relataram a ingestão de bebidas alcoólicas. Das características tumorais, 84% das neoplasias foram histologicamente diagnosticadas como carcinomas epidermóides; 60% dos pacientes apresentavam-se em estágios avançados da doença (46% estágio IV, 14% estágio III), em sua maioria localizados nas regiões da boca (47% do total da amostra, 56% dos falecidos) e orofaringe (26%). Destacamos a diferença significativa encontrada neste estudo entre sobreviventes e falecidos quanto ao estadiamento da lesão tumoral ($p=0,009$), sendo constatado que 83% dos pacientes falecidos

encontravam-se em estágios avançados, e que nenhum paciente foi a óbito no estágio mais inicial da doença.

TABELA 1 . Características Sócio-Demográficas da Amostra Estudada na Linha de Base.

Variável	Categoria	Sobreviventes (19)		Falecidos (23)		p	Total (46)	
		N (%)	Média (D. P.)	N (%)	Média (D. P.)		N (%)	Média (D. P.)
Idade		54,32 (10, 61)		54,96 (8,58)		0,83	54 (11,25)	
Sexo	Masculino	14 (74%)		17 (74%)		0,99	33 (72%)	
	Feminino	05 (26%)		06 (26%)			13 (28%)	
Escolaridade	Semi-analfabeto ou Analfabeto	02 (11%)		02 (09%)		0,54	05 (11%)	
	1o. Grau Incompleto	13 (68%)		11 (48%)			26 (56%)	
	1o. Grau Completo	03 (16%)		05 (22%)			09 (20%)	
	2o. Grau Incompleto	---		01 (04%)			01 (02%)	
	2o. Grau Completo	01 (05%)		04 (17%)			05 (11%)	
Renda (n=45)	Inferior a 1 SM	06 (33%)		07 (30%)		0,49	15 (33%)	
	Entre 1 e 5 SM	11 (61%)		16 (70%)			29 (65%)	
	Superior a 5 SM	01 (06%) (n=18)		---			01 (02%)	
Estado Marital	Com companheiro	14 (74%)		15 (65%)		0,56	32 (70%)	
	Sem companheiro	05 (26%)		08 (35%)			14 (30%)	
Ocupação	Desempregado	03 (16%)		07 (30%)		0,55	11 (24%)	
	Estudante	---		---			01 (02%)	
	Trabalhador Formal	04 (21%)		02 (09%)			06 (13%)	
	Autônomo	04 (21%)		04 (17%)			08 (17%)	
	Aposentado	08 (42%)		10 (44%)			20 (44%)	

Considerando-se o total da amostra, a cirurgia foi a modalidade terapêutica mais frequentemente empregada (38% dos casos), seguida pela radioterapia isoladamente (17%) ou em associação com a quimioterapia (17%). Entre os falecidos, o tratamento mais freqüente foi a combinação quimioterapia e radioterapia (31%), seguida pela radioterapia exclusivamente (26%). Esta diferença entre

sobreviventes e falecidos quanto ao tipo de tratamento oncológico recebido mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,002$).

TABELA 2 . Distribuição das Características Clínicas da Amostra Estudada na Linha de Base.

Variável	Categoria	Sobreviventes (19) N (%)	Falecidos (23) N (%)	p	Total (46) N (%)
Fumo (n=45)	Fumante	10 (53%)	16 (73%)	0,32	29 (64%)
	Ex-fumante	06 (32%)	05 (23%)		12 (27%)
	Não fumante	03 (15%)	01 (04%) (n=22)		04 (09%)
Álcool	Sim	05 (26%)	08 (35%)	0,55	16 (35%)
	Não	14 (74%)	15 (65%)		30 (65%)
Tipo de Câncer	Carcinoma Epidermóide	16 (85%)	21 (92%)	0,37	38 (84%)
	Outras Neoplasias	03 (15%)	02 (08%)		08 (16%)
Estadiamento	Estágio I	06 (32%)	---	0,009	09 (20%)
	Estágio II	04 (21%)	04 (17%)		09 (20%)
	Estágio III	04 (21%)	03 (13%)		07 (14%)
	Estágio IV	05 (26%)	16 (70%)		21 (46%)
Localização	Assoalho Bucal	02 (11%)	01 (04%)	0,57	03 (06%)
	Fossa Nasal	01 (05%)	---		03 (06%)
	Glândula Salivar	01 (05%)	01 (04%)		03 (06%)
	Lábio	03 (16%)	01 (04%)		04 (09%)
	Laringe	03 (16%)	02 (09%)		05 (11%)
	Língua	03 (16%)	05 (22%)		08 (17%)
	Orofaringe	05 (26%)	07 (31%)		12 (26%)
	Palato	---	01 (04%)		01 (02%)
	Rebordo Gengival	01 (05%)	05 (22%)		06 (13%)
	Tireóide	---	---		01 (02%)
Tipo de Tratamento	Cirurgia	09 (48%)	05 (22%)	0,002	18 (39%)
	Cirurgia + Quimioterapia	01 (05%)	---		01 (02%)
	Cirurgia + Radioterapia	05 (26%)	01 (04%)		06 (13%)
	QT + RT	01 (05%)	07 (31%)		08 (17%)
	Quimioterapia	01 (05%)	04 (17%)		05 (11%)
	Radioterapia	02 (11%)	06 (26%)	08 (17%)	

Sobre as características de saúde bucal na avaliação inicial, cujos resultados são apresentados na tabela 03, a maioria dos pacientes (67%) não havia consultado com dentista nos seis meses anteriores, nem apresentava candidíase (89%), trismo (70%) ou alteração de paladar (70%). Entretanto, a metade dos pacientes referiu disfagia, xerostomia e problemas dentários. A média do escore de CPO-D foi de 24,33, atingindo o seu maior valor entre os pacientes falecidos (26,09). Para o conjunto destas características, os resultados foram mais elevados no grupo dos

pacientes que faleceram, porém somente foi encontrada diferença significativa entre os grupos em relação à disfagia ($p=0,006$).

TABELA 3 . Características de Saúde Bucal da Amostra Estudada na Linha de Base.

Variável	Categoria	Sobreviventes (19)		p	Total (46)	
		N (%) . Média (Desvio Padrão)	N (%) . Média (Desvio Padrão)		N (%) . Média (Desvio Padrão)	N (%) . Média (Desvio Padrão)
Consulta ao Dentista	Sim	08 (42%)	07 (30%)	0,52	15 (33%)	
	Não	11 (58%)	16 (70%)		31 (67%)	
Xerostomia	Sim	08 (42%)	12 (52%)	0,52	23 (50%)	
	Não	11 (58%)	11 (48%)		23 (50%)	
Candidíase	Sim	02 (10%)	03 (13%)	1	05 (11%)	
	Não	17 (90%)	20 (87%)		41 (89%)	
Alteração de Paladar	Sim	04 (21%)	10 (43%)	0,19	14 (30%)	
	Não	15 (79%)	13 (57%)		32 (70%)	
Disfagia	Sim	06 (32%)	17 (74%)	0,006	23 (50%)	
	Não	13 (68%)	06 (26%)		23 (50%)	
Problemas Dentários	Sim	09 (47%)	12 (52%)	0,76	23 (50%)	
	Não	10 (53%)	11 (48%)		23 (50%)	
Trismo	Sim	04 (21%)	10 (43%)	0,19	14 (30%)	
	Não	15 (79%)	13 (57%)		32 (70%)	
CPO-D		23,79 (7,43)	26,09 (6,71)	0,3	24,33 (8,09)	

4.2 QUALIDADE DE VIDA NA LINHA DE BASE

Em relação à QV geral, a partir do questionário WHO-QOL Bref, a medidas dos pacientes falecidos foram menores do que os dos pacientes sobreviventes no escore global e na maioria dos domínios, com exceção de *Relações Sociais*. Entretanto, somente foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre sobreviventes e falecidos no domínio físico ($p=0,01$), conforme mostrado na Tabela 4.

TABELA 4 . Escores Global e por Domínios do WHO-QOL Bref da Amostra Estudada na Linha de Base.

Domínio	Sobreviventes (19)	Falecidos (23)	p	Total (46)
	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)		Média (Desvio Padrão)
Físico	14,83 (2,47)	12,62 (2,86)	0,01	13,68 (2,78)
Psicológico	14,39 (1,70)	13,88 (2,46)	0,44	14,09 (2,07)
Relações sociais	14,67 (2,78)	14,72 (2,68)	0,95	14,69 (2,58)
Ambiente	13,92 (1,54)	12,93 (1,98)	0,08	13,40 (1,81)
Global	14,45 (1,58)	13,54 (1,85)	0,09	13,96 (1,72)

Quanto à qualidade de vida específica, avaliada através do questionário EORTC H&N35, os escores geral e por domínios dos pacientes que foram a óbito, em geral, foram maiores que os dos pacientes sobreviventes. Apenas nas questões referentes à fala, sexualidade, tosse e ganho de peso a pontuação dos pacientes sobreviventes foi maior que a dos falecidos. Foram encontradas diferenças significativas entre sobreviventes e falecidos no escore global ($p=0,009$) e quanto aos itens dor ($p=0,001$), deglutição ($p=0,03$) e comer em público ($p=0,001$), listadas na Tabela 5.

TABELA 5 . Escores Geral e por Domínios do EORTC H&N35 da Amostra Estudada na Linha de Base.

	Sobreviventes (19)	Falecidos (23)	p	Total (46)
Ítems	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)		Média (Desvio Padrão)
Dor	18,42 (19,95)	42,75 (23,48)	0,001	29,53 (25,07)
Deglutição	16,23 (24,29)	31,16 (22,36)	0,03	22,83 (23,86)
Sentidos	14,04 (30,05)	15,94 (22,74)	0,38	14,49 (25,24)
Fala	15,20 (22,29)	12,56 (15,10)	0,89	14,49 (18,27)
Comer em Público	21,93 (26,68)	54,35 (25,23)	0,001	37,32 (30,67)
Contato Social	11,93 (14,50)	15,65 (22,26)	0,96	14,78 (19,11)
Sexualidade	18,42 (27,72)	16,67 (27,06)	0,67	19,20 (27,43)
Problemas com os Dentes	24,56 (33,04)	24,64 (37,90)	0,83	22,46 (34,46)
Problemas para Abrir a Boca	12,29 (25,36)	27,54 (34,31)	0,12	21,01 (32,48)
Boca Seca	28,07 (35,60)	28,99 (32,26)	0,84	26,09 (32,90)
Saliva Pegajosa	28,07 (27,81)	30,43 (34,69)	0,95	26,82 (31,13)
Tosse	21,05 (19,91)	20,29 (26,09)	0,65	21,74 (23,54)

Sentir-se doente	29,82 (26,98)	39,13 (38,47)	0,48	33,33 (33,70)
Analgésico	42,11 (50,73)	69,56 (47,05)	0,08	56,52 (50,12)
Suplemento Alimentar	5,26 (22,94)	8,70 (28,81)	0,67	6,52 (24,96)
Alimentação Enteral	5,26 (22,94)	21,74 (42,17)	0,13	15,22 (36,31)
Perda de peso	47,37 (51,30)	73,91 (44,90)	0,08	60,87 (49,34)
Ganho de peso	26,32 (45,24)	21,74 (42,17)	0,73	23,91 (43,13)
Global	21,46 (9,52)	30,87 (12,04)	0,009	25,95 (11,79)

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NO ACOMPANHAMENTO

Os dezenove sobreviventes contatados na etapa de acompanhamento apresentaram, como principais características sócio-demográficas, média de idade de 56 anos (mediana 58 anos), sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino (74%), de cor branca (90%), em estado marital com companheiro (79%), com instrução formal até o primeiro grau incompleto (89%), trabalhadores inativos (aposentados, sem ocupação . 80%) e com renda familiar baixa (68% até dois salários mínimos), conforme apresentado na Tabela 6.

TABELA 6 . Características Sócio-Demográficas da Amostra Estudada no Acompanhamento.

Variável	Categoria	Sobreviventes (19) N (%) . Média (Desvio Padrão)
Idade		56,3 (9,6)
Sexo	Masculino	14 (74%)
	Feminino	05 (26%)
Cor	Branca	17 (90%)
	Não Branca	02 (10%)
Escolaridade	Menos de 01 ano de estudo ou sem instrução	01 (05%)
	1º Grau Incompleto	16 (84%)
	1º Grau Completo	02 (11%)
Renda Familiar	Até 2 SM	13 (68%)
	Superior a 2 SM	06 (32%)
Estado Marital	Com companheiro	15 (79%)

Ocupação	Sem companheiro	04 (21%)
	Sem Ocupação	05 (27%)
	Trabalhador Formal	02 (10%)
	Autônomo	02 (10%)
	Aposentado	10 (53%)

Na etapa de acompanhamento, 84% dos pacientes afirmaram não fumar, tendo havido a cessação do tabagismo em sete dos dez pacientes que, no período inicial, declaravam-se tabagistas. O inverso ocorreu em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, observando-se um aumento nos indivíduos que referiram tomá-las, alcançando 37% da amostra. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma epidermóide e 53% dos casos encontravam-se em estágios considerados iniciais, sendo a localização dos tumores em regiões da cavidade oral e orofaringe as mais frequentemente encontradas nos sobreviventes (58%).

No acompanhamento dos sobreviventes, 53% dos pacientes classificaram sua saúde bucal como boa ou muito boa, e 63% relataram ter percebido necessidade de atendimento odontológico após a conclusão do tratamento oncológico, sendo as questões relacionadas à prótese dentária (50%) e a dor de dente (33%) os motivos mais citados. Dos doze pacientes que referiram ter percebido necessidades odontológicas, 83% receberam atendimento, em serviços públicos e privados. Apenas 04 pacientes (21%) declararam ter recebido orientações, acompanhamento ou tratamento especificamente relacionado à saúde bucal desde o término do tratamento para o câncer, conforme apresentado na Tabela 7; sendo que apenas um paciente recebia este acompanhamento periodicamente, enquanto os demais o tiveram uma única vez.

Em relação às condições de saúde bucal, considerando todos os sobreviventes, foi constatado o aumento de 2,89 pontos em média no índice CPO-D, atingindo 26,68 (DP 6,45), com uma diferença significativa que alcançou o valor de $p=0,001$. Ao se analisar somente os sobreviventes que apresentavam pelo menos um dente em boca desde a linha de base (15 pacientes), foi encontrado o CPO-D inicial de 21,6 (DP 6,82), o CPO-D final de 25,27 (DP 6,57), com uma diferença média de 3,67 pontos no índice (DP 2,77), sendo também esta diferença estatisticamente significativa com $p=0,001$. Também foi verificada diminuição no número de arcadas com necessidade de prótese (de 68% para 26% na arcada

superior, e de 79% para 52,5% na arcada inferior) e aumento no uso de próteses por arcada (de 68% para 74% na arcada superior, e de 26% para 42% na arcada inferior). Apenas um paciente (05%) apresentou candidíase no exame de seguimento.

TABELA 7 - Características de Saúde Bucal da Amostra Estudada no Acompanhamento.

Variável	Categoria	Sobreviventes (19) N (%) . Média (Desvio Padrão)
Classificação da Saúde Bucal	Muito Boa ou Boa	10 (53%)
	Nem ruim nem boa	07 (37%)
	Muito ruim	02 (10%)
Necessidade de Atendimento Odontológico	Sim	12 (63%)
	Não	07 (37%)
Motivos das Necessidades Odontológicas Percebidas (n=12)	Prótese	06 (50%)
	Dor de Dente	04 (34%)
	Cárie	01 (08%)
	Lesão na boca	01 (08%)
Acompanhamento em Saúde Bucal	Sim	04 (21%)
	Não	15 (79%)
Candidíase	Sim	01 (05%)
	Não	18 (95%)
CPO-D		26,68 (6,45)
Uso de Prótese	Arcada Superior	
	Sim	14 (74%)
	Não	05 (26%)
	Arcada Inferior	
	Sim	08 (42%)
	Não	11 (58%)
Necessidade de Prótese	Arcada Superior	
	Sim	05 (26%)
	Não	14 (74%)
	Arcada Inferior	
	Sim	10 (53%)
	Não	09 (47%)

4.4 QUALIDADE DE VIDA NO ACOMPANHAMENTO

Ao final de 30 meses de acompanhamento, não foram encontradas variações significativas nos escores global e por domínios do questionário WHO-QOL Bref, conforme mostrado na Tabela 8.

TABELA 8 . Escores Iniciais, Finais e Variação do WHO-QOL Bref nos Sobreviventes (média e desvio padrão).

Domínio	Inicial	Final	Variação	P
Físico	14,83 (2,47)	14,32 (3,01)	-0,51 (2,80)	0,43
Psicológico	14,39 (1,70)	14,88 (2,24)	0,50 (1,96)	0,29
Relações Sociais	14,67 (2,78)	15,51 (1,79)	0,84 (2,64)	0,18
Ambiente	13,92 (1,54)	14,40 (1,44)	0,47 (1,35)	0,14
Global	14,45 (1,58)	14,77 (1,65)	0,32 (1,37)	0,32

Ao final do acompanhamento, não foram identificadas variações significativas nos escores dos domínios e no escore global para qualidade de vida específica (EORTC H&N35) em relação às pontuações registradas na linha de base (Tabela 9). Os itens referentes a sentidos, sexualidade, boca seca, saliva pegajosa, tosse, uso de analgésico, ganho de peso e o escore global, tiveram seus escores mais elevados no acompanhamento, porém sem alcançar significância estatística.

TABELA 9 . Escores Iniciais, Finais e Variação do EORTC H&N35 nos Sobreviventes (média e desvio padrão).

Itens	Escore Inicial	Escore Final	Variação	p
Dor	18,42 (19,95)	13,16 (13,12)	-5,26 (18,68)	0,2
Deglutição	16,23 (24,29)	7,46 (18,40)	-8,77 (19,93)	0,06
Sentidos	14,04 (30,05)	23,68 (28,50)	9,65 (26,24)	0,12
Fala	15,20 (22,29)	14,04 (14,74)	-1,17 (18,48)	0,89
Comer em Público	21,93 (26,68)	8,77 (16,07)	-13,16 (29,18)	0,07
Contato Social	11,93 (14,50)	5,96 (8,86)	-5,97 (15,05)	0,12
Sexualidade	18,42 (27,72)	35,09 (41,16)	16,67 (46,15)	0,14
Problemas com os dentes	24,56 (33,04)	19,30 (32,04)	-5,26 (41,96)	0,68
Problemas para abrir a boca	12,29 (25,36)	10,52 (19,41)	-1,75 (30,38)	0,75
Boca seca	28,07 (35,60)	47,37 (42,04)	19,30 (44,88)	0,08
Saliva pegajosa	28,07 (27,81)	29,82 (39,90)	1,75 (45,10)	0,88

Tosse	21,05 (19,91)	29,82 (34,95)	8,77 (24,45)	0,13
Sentiu-se doente	29,82 (26,98)	14,04 (27,92)	-15,79 (37,46)	0,09
Analgésico	42,11 (50,73)	63,16 (49,56)	21,05 (53,53)	0,1
Suplemento alimentar	5,26 (22,94)	0 (0)	-5,26 (22,94)	-
Alimentação enteral	5,26 (22,94)	0 (0)	-5,26 (22,94)	-
Perda de peso	47,37 (51,30)	21,05 (41,89)	-26,32 (73,35)	0,13
Ganho de peso	26,32 (45,24)	47,37 (51,30)	21,05 (71,33)	0,21
Global	21,46 (9,52)	21,70 (12,02)	0,2372 (13,20)	0,90

5 DISCUSSÃO

Decorridos em média 32 meses de acompanhamento, verificou-se elevada mortalidade entre os sujeitos participantes amostra inicial do estudo (50%), especialmente naqueles cujos tumores estavam em estágios considerados avançados, para os quais a sobrevida em cinco anos é estimada em torno de 25% (OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006, RIBEIRO; KOWALSKI; LATORRE, 2003). Também foram identificadas importantes diferenças na percepção de impactos físicos na QV entre os indivíduos sobreviventes e falecidos na linha de base.

Entre os pacientes sobreviventes, não foram encontradas alterações significativas na percepção de qualidade de vida em comparação com as medidas registradas no período anterior ao início do tratamento oncológico. Entretanto, foram verificadas mudanças nas condições de saúde bucal ao final do período de acompanhamento, com elevação da experiência de cárie e de uso de próteses dentárias.

5.1 A AMOSTRA NA LINHA DE BASE

Ainda que o tamanho reduzido da amostra, restrita a uma única instituição prestadora de cuidados oncológicos, dificulte a generalização dos resultados deste estudo para a população de pacientes com CCP, o perfil sócio-demográfico na linha de base mostrou-se semelhante ao perfil geral dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço no Brasil e no mundo (BRASIL, 2002, SILVERMAN JR., 2001, DE JESUS et al., 2010, SILVA, 2009, EPSTEIN et al., 2008, BRASIL, 2001), reiterando a constatação de que esta é uma doença profundamente marcada pelas desigualdades, acometendo prioritariamente os segmentos populacionais mais desfavorecidos (BOING, 2007, OH; KUMAR; CRUZ, 2008, PETERSEN et al., 2005a, 2005b, DE JESUS et al., 2010, SILVA, 2009, BRAWLEY, 2009, ANTUNES, et al., 2008). Também as características clínicas da amostra no período inicial . predomínio de pacientes do sexo masculino, tabagistas, com relato de etilismo em um terço da amostra, mais de 80% dos casos histologicamente diagnosticados como carcinomas espinocelulares, localizados na cavidade oral e orofaringe, e em estágios avançados - coincidem com as descrições encontradas na literatura

brasileira (BRASIL, 2002, 2003a, RAPOPORT et al., 2001) e internacional (DÖBROSSY, 2005, SILVERMAN JR., 2001, EPSTEIN et al., 2008).

Em relação ao estadiamento tumoral, a diferença estatisticamente significativa encontrada entre os sobreviventes e os falecidos soma-se aos achados da literatura sobre a desvantagem em termos de sobrevida para os pacientes que iniciam o tratamento em estágios avançados da doença (SILVERMAN JR., 2001, RIBEIRO; KOWALSKI; LATORRE, 2003, RIBEIRO; KOWALSKI; LATORRE, 2010). A diferença significativa verificada entre sobreviventes e falecidos quanto aos tipos de tratamento recebidos pode ser parcialmente explicada em função da escolha da modalidade terapêutica ser feita, dentre outros fatores, em função do estadiamento da lesão, objetivando a sua cura ou palição (BRASIL, 2003a, DE JESUS et al., 2010). Ainda, é pertinente considerar que os tratamentos impactam a QV dos pacientes de diferentes maneiras (ROGERS et al., 2008, BJORDAL; KAASA; MASTEKAASA, 1999, TSCHUDI; STOECKLI; SCHMID, 2003), sendo esta uma informação relevante a ser discutida com os pacientes e seus familiares para a escolha compartilhada da modalidade terapêutica a ser empregada. Os resultados deste estudo aproximam-se, em certa medida, dos encontrados por Vartanian et al., 2004, em cujo trabalho verificaram piores escores de qualidade de vida nos pacientes com estadiamentos avançados das neoplasias e naqueles que receberam tratamentos combinados.

Os pacientes que faleceram tiveram escores piores no domínio físico do WHO-QOL Bref, apontando os impactos físicos que a doença acarretou em sua percepção de QV previamente ao tratamento oncológico. Na literatura consultada, não foram encontrados estudos que tenham utilizado este instrumento para avaliação de QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e que tenham feito tal análise, considerando os seus domínios. Ainda, os pacientes falecidos apresentaram pontuações piores nos itens disfagia, dor, e comer em público do EORTC H&N35, destacando quais os impactos físicos que o CCP gerou em sua percepção de QV previamente ao tratamento oncológico, resultado semelhante ao obtido em outros trabalhos (AMAR et al., 2002, ROGERS et al., 1998a, ROGERS et al., 1998b, CURRAN et al., 2007). Cabe aqui destacar que, entre alguns pesquisadores, tem-se o entendimento de que a avaliação da QV prévia ao tratamento possa ser um importante indicador do prognóstico nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (AMAR et al., 2002, BJORDAL, K. et al., 2000,

ROGERS et al., 1998a, NORDGREN, M. et al., 2008): Entretanto, neste estudo, a diferença significativa entre sobreviventes e falecidos quanto ao estadiamento tumoral gera um confundimento para a compreensão das diferenças encontradas em relação à percepção de qualidade de vida na linha de base como fator prognóstico da sobrevivência.

5.2 A AMOSTRA NO ACOMPANHAMENTO

A composição da amostra no acompanhamento manteve sua caracterização sócio-demográfica similar à encontrada em outros estudos com pacientes com câncer de cabeça e pescoço (BRASIL, 2002, SILVERMAN JR., 2001, DE JESUS et al., 2010, SILVA, 2009), e aponta para a manutenção da vulnerabilidade social e ao adoecimento dos sobreviventes (SILVERMAN JR., 2001, PETERSEN, 2005b).

A cessação do tabagismo pelos pacientes sobreviventes após o diagnóstico e tratamento do câncer de cabeça e pescoço é um achado também descrito por Sharp et al. (2008), que defendem a ideia de que o período do tratamento oncológico pode ser uma oportunidade para ações educativas em saúde, como o apoio à cessação do tabagismo.

A deterioração do estado de saúde bucal, identificada pela elevação do índice CPO-D é um achado frequente nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (PETERSEN, 2005b, ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007, BARKER et al., 2005, MCGUIRE et al., 2006, BRASIL, 2001). Este dado, aliado à percepção de necessidade de atendimento odontológico após o tratamento do câncer e o aumento da utilização de próteses dentárias, constitui-se numa informação relevante para promover a inserção da atenção em saúde bucal na organização dos serviços oncológicos, conforme as recomendações internacionais de que os pacientes com tumores malignos de cabeça e pescoço recebam tratamentos multidisciplinares coordenados e com seguimento ao longo do tempo, visando a atender suas demandas, restabelecer sua capacidade funcional, laborativa, de inserção social, e, em última análise, sua qualidade de vida (EPSTEIN et al., 2007, MCGUIRE et al., 2006, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Os resultados relativos às questões específicas de saúde bucal apontam para a necessidade de que os serviços oncológicos proporcionem cuidados integrais aos doentes, cooperando na prevenção, manejo e acompanhamento dos agravos que as estruturas bucais

sofrem em decorrência do câncer e da terapia antineoplásica, especialmente nos pacientes acometidos por tumores malignos em regiões de cabeça e pescoço (EPSTEIN et al., 2007, JANSMA et al., 1992, BARKER et al., 2005, MCGUIRE et al., 2006, KIELBASSA et al., 2006, CHUNG; SUNG, 2006, CARL, 1983, BONAN et al., 2006).

Com relação à percepção de qualidade de vida, os sobreviventes da amostra deste estudo não apresentaram diferenças significativas quando comparados seus escores da linha de base com as medidas registradas após 30 meses, tanto para o instrumento de QV geral quanto para o de qualidade de vida relacionada à saúde. Apesar da falta de dados relativos a outros momentos usualmente registrados (06 e 12 meses após o tratamento oncológico) para avaliar a variação da percepção da QV ao longo do período de acompanhamento, o que não foi possível registrar neste estudo, os resultados são similares aos encontrados em diversos outros estudos, os quais mostram que, após um ano ou mais do tratamento oncológico, a percepção de QV assemelha-se às medidas do período prévio ao tratamento (ANDRADE, 2005, ROGERS et al., 1998b, CURRAN, 2007), o que pode estar relacionado com o potencial de resiliência destes pacientes (CONSTANZO; RYFF; SINGER, 2009). Mais ainda, verificamos que os escores de QV geral da amostra deste estudo são semelhantes aos escores encontrados para uma população hígida com características semelhantes, em termos de faixa etária e localização geográfica (FLECK et al., 2000), reiterando a compreensão de QV como um construto amplo, multidimensional, no qual os impactos de saúde são apenas uma parte constituinte.

6 CONCLUSÕES

Apesar do reduzido número de participantes, os achados sócio-demográficos desta pesquisa também demonstram que o câncer de cabeça e pescoço está relacionado a um gradiente social, levando à reflexão sobre a importância da redução das desigualdades e da promoção da saúde. Medidas voltadas à abordagem dos fatores de risco comuns, como o aumento dos níveis de instrução, renda e ocupação da população; apoio à cessação de hábitos deletérios como o tabagismo e o uso abusivo de bebidas alcoólicas, e estímulo à adoção de hábitos alimentares saudáveis e autocuidado em saúde bucal, são custo-efetivas e importantes para potencializar a prevenção da incidência dos tumores malignos em geral e das regiões de cabeça e pescoço em particular (PETERSEN, 2005b, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Neste estudo, os pacientes de CCP apontaram impactos físicos em seu cotidiano, verificados nas avaliações iniciais de QV geral e específica, com importantes diferenças entre os pacientes que vieram a falecer e os sobreviventes. Em longo prazo, a percepção da QV dos sobreviventes, comparada com as medidas iniciais, não apresentou mudanças significativas; sendo semelhante à encontrada na população hígida (FLECK et al., 2000). Nesta perspectiva, considera-se importante realizar a avaliação inicial da QV nos serviços oncológicos, como uma ferramenta qualificadora da promoção da integralidade, humanização e co-responsabilização no cuidado. O instrumento WHO-QOL Bref captou diferenças no domínio físico entre sobreviventes e falecidos, sugerindo seu potencial como fator prognóstico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Estudos futuros são necessários para corroborar tal hipótese. A adoção da avaliação da qualidade de vida na rotina dos serviços oncológicos, e o aprofundamento da utilização destas medidas e sua interpretação, podem levar a uma compreensão mais ampla das percepções, sentimentos e necessidades dos pacientes acerca de sua condição, contribuindo para a humanização do projeto terapêutico à medida que oportunizam decisões mais compartilhadas entre pacientes e profissionais, favorecendo a otimização do cuidado, o fortalecimento dos vínculos, a adesão e satisfação dos pacientes com os tratamentos (ROGERS et al., 2008, BECH, 1995, CAMPOLINA; CICONELLI, 2006, KLIGERMAN, 1999).

Ainda, a partir dos resultados relativos às condições de saúde bucal desta pesquisa, com importante aumento da experiência de cárie, reforça-se a recomendação para a inclusão dos cuidados em saúde bucal na rotina dos serviços oncológicos, especialmente nos que atendem pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Assim, é também importante que sejam articuladas redes integradas de cuidados, inclusive os de saúde bucal, a estes pacientes, desde a atenção primária até a alta complexidade, propiciando a integralidade da atenção e auxiliando na sua reabilitação frente aos impactos que a doença e seus tratamentos ocasionam.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N.K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C:30 a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J. Natl Cancer Inst.**, Bethesda, v. 85, p. 365-376, 1993.
- ALLISON, P.J.; LOCKER, D.; FEINE, J.S. The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 35, no. 2, p. 138-143, march 1999.
- AMAR, A. et al. Qualidade de Vida e Prognóstico nos Carcinomas Epidermóides de Cabeça e Pescoço. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 68 , n. 3, p. 400-403, maio 2002.
- ANAYA-SAAVEDRA, G. et al. High association of human papillomavirus infection with oral cancer: a case-control study. **Arch. Med. Res.**, New York, v. 39, no. 2, p. 189-197, feb. 2008.
- ANDRADE, F.P.; ANTUNES, J.L.F.; DURAZZO, M.D. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer Bucal no Brasil. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 290-296, 2006.
- ANDRADE, S.S.C.A. **Avaliação da Condição de Saúde Bucal e da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço**. 2005. 148 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) . Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005, Porto Alegre, BR-RS.
- ANTUNES, J.L.F. et al. Inequalities in mortality of men by oral and pharyngeal cancer in Barcelona, Spain and São Paulo, Brazil, 1995-2003. **Int. J. Equity Health**, London, v. 7, no. 14, 2008. Disponível em:
<<http://www.equityhealthj.com/content/7/1/14>> Acesso em: 21 abr. 2008.
- BARKER, G.J. et al. Current practice and knowledge of oral care for cancer patients: a survey of supportive health care providers. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 13, no. 1, p. 32-41, jan. 2005.
- BECH, P. Quality-of-Life measurements for patients taking which drugs? The clinical PCASEE perspective. **Pharmacoeconomics**, Auckland, v. 7, no. 2, p. 141-151, feb. 1995.
- BJORDAL, K. et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. **Eur. J. Cancer**, Oxford, v. 36, no. 14, p. 1796-1807, sept. 2000.
- 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. **J. Clin. Oncol.**, Alexandria, v. 17, no. 3, p. 1008-1019, mar. 1999.

BJORDAL, K.; KAASA, S.; MASTEKAASA, A. Quality of life in patients treated for head and neck cancer: a follow-up study 7 to 11 years after radiotherapy. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, New York, v. 28, no. 4, p. 847-856, mar. 1999.

BOING, A.F. **Condições Socioeconômicas e Câncer de Cabeça e Pescoço**. 2007. 193 p. Tese (Doutorado em Odontologia) . Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2007, São Paulo, BR-SP.

BOING, A.F.; PERES, M.A.; ANTUNES, J.L.F. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 20, no. 1, p. 1-8, 2006.

BONAN, P.R.F. et al. 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.**, Ribeirão Preto, v. 17, no. 4, p. 336-342, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conduas do INCA/MS: Carcinoma Epidermóide da Cabeça e Pescoço. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 47, no. 4, p. 361-376, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando Sobre Câncer da Boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Prevenção do Câncer da Boca. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 206, out./dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/>> Acesso em: 21 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>> Acesso em: 21 abr. 2008.

BRAWLEY, O.W. Is race really a negative prognostic? **J. Natl Cancer Inst.**, Bethesda, v. 101, n. 14, p. 970-971, July 2009.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual. Life Res.**, Dordrecht, v. 2, no. 6, p. 451-459, Dec. 1993.

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. Quality of life and utility measures: clinical parameters for decision-making in health. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, no. 2, p. 128-136, feb. 2006.

CARL, W. Oral complications in cancer patients. **Am. Fam. Physician**, Kansas City, v. 27, n. 2, p.161-170, feb. 1983.

CHUNG, E.M.; SUNG, E.C. Dental management of chemoradiation patients. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, Cal., v. 34, n. 9, p. 735-742, sept. 2006.

CONSTANZO, E.S.; RYFF, C.D.; SINGER, B.H. Psychosocial adjustment among cancer survivors: hindings from a National Survey of Health and Well-Being. **Health Psychol.**, Hillsdale, v. 28, n. 2, p. 147-156, march 2009.

CURRAN, D. et al. Quality of life in head and neck cancer patients after treatment with high-dose radiotherapy alone or in combination with cetuximab. **J. Clin. Oncol.**, Alexandria, v. 25, no. 16, p. 2191-2197, jun 2007.

DE JESUS, R.R. et al. Epidemiologic profile and quality of life of patients treated for oral cancer in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. **Méd. Oral Patol. Oral. Cir. Bucal.**, Valencia, v. 15, n. 1, p. e20-4, ene. 2010.

DÖBROSSY, L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer Metastasis Rev.**, Netherlands, v. 24, p. 9-17, 2005.

EPSTEIN, J.B. et al. A survey of National Cancer Institute-designated comprehensive cancer centers' oral health supportive care practices and resources in the USA. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 15, no. 4, p. 357-362, apr. 2007.

EPSTEIN, J.B. et al. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma: role of primary care physicians. **Can. Fam. Physician**, Mississauga, v. 54, p. 870-875, june 2008.

FLECK, M.P.A et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999.

FUNK, C.S. **Avaliação do Impacto de um Protocolo de Cuidados Odontológicos na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço.** 2007. 140 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) . Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007, Porto Alegre, BR-RS.

GARCIA-ROCO PEREZ, O.N.; ARREDONDO LOPEZ, M.; CASTILLO BETANCOURT, E.M. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. **Rev. Cubana Estomatol.**, Ciudad de La Habana, v. 43, n. 1, ene./mar. 2006. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100001&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 21 abr. 2008.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **J. Am. Medic. Assoc.**, Chicago, v. 272, no. 8, p. 619-626, aug. 1994.

HASSAN, S.J.; WEYMULLER JR., E.A. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. **Head Neck**, New York, v., 15, no. 6, p. 485-496, nov.-dec. 1993.

JANSMA, J. et al. A survey of prevention and treatment regimens for oral sequelae resulting from head and neck radiotherapy used in Dutch radiotherapy institutes. **Int. J. Radiat. Oncol. Bio. Phys.**, New York, v. 24, no. 2, p. 359-367, 1992.

KIELBASSA, A.M. et al. Radiation-related damage to dentition. **Lancet Oncol.**, Cambridge, v. 7, n. 4, p. 326-335, apr. 2006.

KLIGERMAN, J. Câncer e Qualidade de Vida: editorial. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 5-7, abr./jun. 1999.

MCGUIRE, D.B. et al. The role of basic oral care and good clinical practice principles in the management of oral mucositis. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 14, no. 6, p. 541-547, june 2006.

NEVILLE, B.W. Complicações Oraís Não-Infeciosas do Tratamento Antineoplásico. In: _____. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. P. 251-255.

NORDGREN, M. et al. Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. **Head Neck**, New York, v. 30, no. 4, p. 461-470, apr. 2008.

OH, J.; KUMAR, J.; CRUZ, G. Racial and ethnic disparity in oral cancer awareness and examination: 2003 New York State BRFSS. **J. Public. Health Dent.**, Raleigh, v. 68, no. 1, p. 30-38, winter 2008.

OLIVEIRA, L.R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da Incidência e da Sobrevida de Pacientes com Carcinoma Epidermóide Oral em uma População Brasileira. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 385-392, out. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442006000500010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 6 jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. São Paulo: Livr. Ed. Santos, 1999. 66 p.

PETERSEN, P.E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 83, no. 9, p. 661-669, sept. 2005a. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 abr. 2008.

PETERSEN, P.E. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. Guest Editorial. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 33, no. 5, p. 397-399, dec. 2005b.

POUREL, N. et al. Quality of life in long-term survivors of oropharynx carcinoma. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, New York, v. 54, no. 3, p. 742-751, nov. 2002.

RAPOPORT, A. et al. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca**. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/023.pdf> Acesso em: 21 abr. 2008.

RIBEIRO, K.C.B.; KOWALSKI, L.P.; LATORRE, M.R.D.O. Perioperative complications, comorbidities, and survival in oral or oropharyngeal cancer. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, Chicago, v. 129, no. 2, p. 219-228, feb. 2003.

RICHARDS D. Patient delay in reporting oral cancer is poorly understood. **Evid. Based Dent.**, Chichester, v. 8, no. 1, p. 21, 2007.

ROGERS, S.N. et al. A comparison between the University of Washington head and neck disease-specific measure and the Medical Short form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC head and neck 35. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 34, no. 5, p. 361-372, sept. 1998.

ROGERS, S.N. et al. The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the Medical Outcomes Short Form 36. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 34, no. 3, p.171-179, may 1998.

ROGERS, S.N. et al. The patients' account of outcome following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer using a 'quality of life' questionnaire. **Eur. J. Cancer Care**, Oxford, v. 17, no. 2, p. 182-188, mar. 2008.

ROGERS, S.N.; AHAD, S.A.; MURPHY, A.P. A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000-2005. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 43, no. 9, p. 843-868, oct. 2007.

ROGERS, S.N.; FISHER, S.E.; WOOLGAR, J.A. A review of quality of life assessment in oral cancer. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 28, no. 2, p. 99-117, apr. 1999.

SCHWARTZ, S.; PATRICK, D. L.; YUEH, B. Quality-of-Life Outcomes in the Evaluation of Head and Neck Cancer Treatments. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, Chicago, v. 127, p. 674-678, june 2001.

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MAIN, J.; MCGURK, M. Patient delay in oral cancer: a qualitative study of patients' experiences. **Psycho-Oncology**, England, v.15, no.6, p. 474-485, June 2006.

SCOTT, S.E.; GRUNFELD, E.A.; MCGURK, M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 41, no. 4, p. 396-403, apr. 2005.

SCOTT, S.E.; MCGURK, M.; GRUNFELD, E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. **Eur. J. Oral. Sci.**, Copenhagen, v. 116, no. 2, p. 141-147, apr. 2008.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SHARP, L. et al. Smoking cessation among patients with head and neck cancer: cancer as a reachable moment+. **Eur. J. Cancer Care**, Oxford, v. 17, n.2, p. 114-119, mar. 2008.

SHERMAN, A.C. et al. Assessing Quality of Life in Patients With Head and Neck Cancer. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, Chicago, v. 126, p. 459-467, 2000.

SILVA, M.C. Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 55, no. 4, p. 329-335, 2009.

SILVERMAN JR., S.O.L. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 132, suppl. 1, p. 7S-11S, nov. 2001.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K.A. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Qual. Life Res.**, Dordrecht, v. 13, no. 2, p. 299-310, mar. 2004.

SOBRINHO, E.A.G.; CARVALHO, M.B.; FRANZI, S.A. Aspectos e Tendências da Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. **Rev. Soc. Bras. Canc.**, São Paulo, ano 4, n. 15, p. 10-19, jul.-set. 2001.

TSCHUDI, D.; STOECKLI, S.; SCHMID, S. Quality of life after different treatment modalities for carcinoma of the oropharynx. **Laryngoscope**, Saint Louis, v. 113, no. 11, p. 1949-1954, nov. 2003.

VARTANIAN, J.G. et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, Chicago, v. 130, p. 1209-1213, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?** Ask the expert, 1 apr. 2008. Disponível em <<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer prevention and control.** Geneva, 2005. (Resolution 58.22)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Fact Sheet, no. 297, July 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>> Acesso em: 23 jul. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Crete Declaration on Oral Cancer Prevention 2005**. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/events/crete_declaration_05/en/index.html> Acesso em: 21 abr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Impact of Cancer in your Country: graphs. In: WHO GLOBAL INFOBASE. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/infobase/cancer.aspx>> Acesso em: 23 jul. 2008.

ZACHARIAE, B.; BECH, P. Quality of life concept. **Ugeskr. Laeger**, Copenhagen, v. 170, no. 10, p. 821-825, mar. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A É QUESTIONÁRIO E FICHA CLÍNICA

Data: ___/___/___

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Outra pessoa (familiar, amigo) para contato caso não o(a)
encontremos: _____

Endereço **do**
contato: _____

Cidade: _____

Telefone:

1) Sexo:

() Feminino

() Masculino

2) Data de nascimento: ___/___/___

3) Qual a sua cor ou raça?

() Branca

() Negra

() Parda

() Amarela

() Indígena

4) Até que nível você estudou?

() Sem instrução ou menos de 1 ano de estudo () 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

5) Qual a sua renda familiar mensal em reais?

6) Qual o seu estado civil?

- () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a)
 () Divorciado(a) () Viúvo (a) () União estável

7) Qual a sua ocupação?

- () Trabalhador(a) formal () Conta Própria () Aposentado(a) () Sem ocupação

7 a) No que você trabalha?

8) Você fuma atualmente?

- () Sim () Não

8 a) Quantos cigarros você fuma por dia? _____

9) Atualmente, você ingere bebidas alcoólicas?

- () Sim () Não

9 a) Com que frequência?

- () mensalmente ou menos () semanalmente () diariamente

9 b) Nessas ocasiões, quantas doses-padrão você costuma beber?

- () até 2 () entre 2 e 4 () 5 ou mais

Percepção de Saúde Bucal e de Demanda por Atendimento Odontológico

10) Comparando com as outras pessoas da sua idade, como você classificaria sua saúde bucal atualmente?

() sim () uma única vez () não periodicamente

18) De quem você recebeu ou recebe este acompanhamento?

() posto de saúde () público () hospital () conveniado () serviço particular () serviço

19) Como você classificaria sua satisfação com este acompanhamento que recebe ou recebeu?

() muito ruim () ruim () nem ruim nem bom () bom () muito bom

Exame Clínico Bucal

20) Cárie (coroa)

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

21) Cárie (raiz)

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

22) Condições Protéticas: () Superior () Inferior

23) Necessidades Protéticas: () Superior () Inferior

24) Candidíase: () presente () ausente

25) Osteorradiocrose: () presente () ausente

Dados do prontuário hospitalar

26) Tipo de
câncer: _____

27) Estadiamento da lesão:

28) Localização específica:

29) Tipo de tratamento: () Cirurgia () Quimioterapia ()
Radioterapia

30) Mutilação Pós-cirúrgica () Sim () Não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e as Condições de Saúde Bucal após Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço

I – Justificativa e objetivos deste estudo:

As informações sobre como as pessoas que tiveram câncer de cabeça e/ou pescoço percebem sua qualidade de vida e sobre como elas percebem a condição de suas bocas são pouco comuns. Por isto, é importante conhecê-las para que se possa sugerir medidas para melhorar a saúde da boca e a qualidade de vida destas pessoas, minimizando os efeitos negativos tardios do tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar como os pacientes que receberam tratamento para o câncer de cabeça e pescoço no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) percebem sua qualidade de vida e as condições de saúde bucal.

II – Procedimentos do estudo:

Você será convidado a responder um questionário com questões sobre qualidade de vida geral e relativa ao câncer de cabeça e pescoço, bem como sobre sua saúde bucal e atendimento odontológico. O questionário será preenchido pelos realizadores do estudo, a partir das suas respostas. O exame da boca será realizado pela dentista responsável pelo estudo e você receberá informações sobre sua saúde bucal e sobre medidas preventivas. Os riscos e o desconforto esperados em relação a estes procedimentos são os mesmos de um exame odontológico de rotina.

III – Os realizadores deste estudo garantem aos participantes:

- A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do cuidado e tratamento;
- O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento ou a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; e o do compromisso de fornecer informação atualizada obtida durante o estudo;
- A segurança de que o participante não será identificado, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade do participante;
- O entrevistado (a) poderá ser agendado para atendimento odontológico no Hospital Nossa Senhora da Conceição, durante a vigência da pesquisa, conforme sua vontade e disponibilidade do Hospital. Em caso de necessidade de atendimento odontológico de urgência, o entrevistado (a) poderá contatar a pesquisadora pelos telefones disponibilizados ou dirigir-se ao Hospital para que o atendimento seja prestado.

Em caso de qualquer dúvida sobre este estudo, você poderá contatar a pesquisadora, Fabiana Tibolla Tentardini, pelo telefone 51- 91443044. Você também poderá contatar o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, pelo telefone 3357.2047, se desejar esclarecimentos quanto aos aspectos éticos desta pesquisa.

Pelo presente, 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.

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 2009.

Participante

R.G.:

Pesquisadora

R.G.:

APÊNDICE C É APROVAÇÃO DO ESTUDO INICIAL CEP FO-UFRGS

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.

Profª. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Profª. Heloísa Emília Dias da Silveira
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

APÊNDICE D . APROVAÇÃO DO ESTUDO DE SEGUIMENTO PELO CEP HNSC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEP - GHC

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 27 de abril de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC, em 27 de abril de 2009, reavaliou o estudo apreciado em reunião ordinária de 25 de março de 2008, referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 022/09

FR: 244492

Título Projeto: Estudo longitudinal sobre a qualidade de vida e as condições de saúde bucal após tratamento do câncer de cabeça e pescoço.

Pesquisadora: Fabiana Tibolla Tentardini

Orientadores: Fernando Neves Hugo / Julio Baldisserotto

PARECER:

Documentação: Aprovada

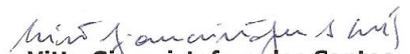
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo III. Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Odontologia - 4.02.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-Geral do CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC fone/fax: (51) 3357-2407 – e-mail: pesquisas-gep.@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

ANEXOS

ANEXO A - Questionário WHOQOL Ë Bref (Versão em Português)

Instruções

Ler para os participantes do Estudo:

“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	insatisfei to	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	1	2	3	4	5

	amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
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	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B - Questionário EORTC QLQ Ë 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.

Durante a semana passada:					
		Não	Pouco	Modera- damente	Muito
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
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

Copyright 1994 EORTC Quality of Life Study Group, version 1.0. All rights reserved.

ANEXO C É Questionário e Ficha Clínica do Estudo Inicial

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 mais

Escolaridade: 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 companheiro

Ocupação: Aposentado (a) Desempregado (a) Autônomo (a)

Trabalhador (a) formal Estudante.

Consulta ao Dentista nos últimos seis meses: Sim Não

Problemas 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

Candidíase sim não

Osteorradionecrose 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?

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?

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

ANEXO D - DICIONÁRIO DE ÍNDICES

D.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)

D.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)

D.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)