SUMATRA MELO DA COSTA PEREIRA JALES

**Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados
odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e
melhora da qualidade de vida em pacientes com
câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos:
ensaio clínico não-controlado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Neurologia

Orientador: Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010.
A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Jales, Sumatra Melo da Costa Pereira

Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos : ensaio clínico não-controlado / Sumatra Melo da Costa Pereira Jales. -- São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Neurologia.

Orientador: José Tadeu Tesseroli de Siqueira.

Descritores: 1.Neoplasias de cabeça e pescoço 2.Cuidados paliativos 3.Qualidade de vida 4.Dor orofacial 5.Doenças da boca 6.Assistência odontológica 7.Ensaio clínico

USP/FM/DBD-260/11

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes que permitiram a realização deste estudo e contribuíram para o meu aprendizado não só científico, mas acima de tudo humano.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me iluminar e me guiar.

Aos meus pais Vilmar e Rosana que me deram a vida e são exemplos de força, caráter e determinação, que me inspiram para eu sempre seguir em frente.

Ao Levi, Guilherme e a Beatriz, pelo companheirismo, pela compreensão nos momentos de ausência, e força nas dificuldades. Sempre me renovando com seu amor.

Aos meus irmãos Victor e Vilmar Segundo pelo estímulo e carinho.

Aos meus sogros Vilma e Levi Jales pelo carinho eterno, apoio constante e incondicional em todos os aspectos, especialmente no cuidado aos meus filhos.

Ao Dr. Hélon e à Dra. Ângela Paiva que despertaram meu interesse pela Dor Orofacial e me guiaram para que eu chegasse até aqui.

Ao Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira, pesquisador visionário e entusiasta, por enxergar antes de muitos a importância dos cuidados paliativos em odontologia, idealizando este estudo. Agradeço pela oportunidade de realiza-lo, pela dedicação de tantas horas de discussão, pela paciência com que sempre me orientou e pelo incentivo constante.

À Dra. Maria Paula Siqueira de Melo Peres pelo incansável apoio e compreensão, tornou possível o que foi mais que um sonho.

À Dra. Eliane Prado pelo carinho e ombro amigo em toda a minha trajetória aqui no Hospital das Clínicas.

À Letícia Andrade, Ivone Bianchini e a Dra. Charlize Kessin pelos momentos compartilhados e auxílio fundamental na captação dos pacientes deste estudo.

Ao Dr. Luís Alberto Saporetti, Dr. Toshio Chiba, Dra. Katie e a Dra. Milena Reis pelos ensinamentos, acolhimento e bom convívio no Ambulatório de Cuidados Paliativos.

Aos meus amigos da Equipe de dor orofacial da Divisão de Odontologia do HCFMUSP, Cynthia Savioli, Fábio Fajarra, Fábio Kurogi,

Luciana Bogaz, Rita Vilarim, Silvia Siqueira e Valderez Terribili, que das mais variadas formas fazem parte da minha vida, cada um ao seu modo.

A amiga Gisele Fabri pelo carinho, incentivo e sugestões que enriqueceram este trabalho.

Aos amigos Juliana Bertoldi e Reynaldo Antequera pela amizade, palpites e contribuição em diversos momentos.

Às amigas Astrid Arap Assad e Thaís Rolim pela amizade e compreensão nos momentos de ausência.

À amiga Camila Carrilo pelas palavras de incentivo e por sempre ter acreditado neste trabalho.

Aos amigos Thiago Brazoloto e Priscila Ribas pelo conforto nas últimas horas de finalização deste estudo.

Às secretárias da Divisão de Odontologia Leila, Isabel, Marisa e Thércia pela paciência e auxílio no agendamento dos pacientes.

À Karine Leão, a quem admiro imensamente, pela amizade e valiosa contribuição no enriquecimento deste estudo.

À Solange Brícola e Maria de Fátima Silva pela amizade, carinho e auxílio imprescindíveis para a realização deste trabalho.

À amiga Natasha da Silva Leitão por ser irmã e amiga sempre me apoiando nos momentos difíceis.

À Thaís Figueira pela paciência e auxílio nas questões burocráticas da pós-graduação.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP pelo apoio financeiro.

ΕΠÍΓΡΑΦΕ

“Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia de sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você viva até o momento de sua morte.”

Cicely Saunders

Normalização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas, símbolos e siglas.....	xvi
Lista de figuras	xviii
Lista de quadros	xx
Lista de tabelas	xxi
Resumo	xxv
<i>Summary</i>	xxviii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	5
3 REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1 O câncer de cabeça e pescoço	8
3.2 Qualidade de vida nos doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço	12
3.3 Cuidados paliativos	15
3.3.1 Conceito	15
3.3.2 O cuidado paliativo no Brasil	16
3.3.3 Indicações dos cuidados paliativos.....	17
3.3.4 Princípios dos cuidados paliativos	17
3.4 O agravamento das complicações do câncer e/ou do seu tratamento: a necessidade do alívio da dor e aplicação de cuidados paliativos bucais	18
3.4.1 Xerostomia.....	20
3.4.2 Babação	22
3.4.3 Infecções oportunistas	24
3.4.4 Trismo	25
3.4.5 Feridas tumorais	27
3.4.6 Odor/Halitose	31
3.4.7 Sangramento	33
3.4.8 Dor: causas do agravamento e tratamento	35
3.4.9 Doenças bucais associadas	38
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	41
4.1 Desenho do estudo	42
4.2 Local e período do estudo	42
4.3 Amostra de conveniência	42
4.3.1 Critérios de inclusão	43
4.3.2 Critérios de exclusão	43
4.4 Avaliação dos doentes	45
4.4.1 Instrumentos de avaliação	45
4.5 Intervenções	50
4.5.1 Protocolo de cuidados odontológicos para doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço em cuidados paliativos	50
4.6 Períodos de avaliação	54
4.7 Procedimento de coleta dos dados	55
4.7.1 Aspectos éticos.....	55
4.8 Análises dos dados	56
5 RESULTADOS	59
5.1 Caracterização da amostra	60
5.1.1 Características sócio-demográficas da amostra	60

5.1.2	Características do tumor e história pregressa da doença.....	62
5.1.3	Condição clínica	65
5.1.3.1	Avaliação das morbidades associadas na amostra estudada	65
5.1.3.2	Presença de dispositivos auxiliares à sobrevivência	66
5.1.3.3	Avaliação da capacidade funcional “ <i>performance status</i> ” da amostra estudada.....	66
5.1.3.4	Avaliação do prognóstico da amostra estudada	66
5.1.4	Queixas principais obtidas durante a avaliação odontológica	67
5.1.5	Sinais e sintomas orofaciais presentes à avaliação odontológica	68
5.1.5.1	Características das lesões bucais e extrabuciais	69
5.1.5.2	Características gerais das queixas de dor da amostra estudada	73
5.1.6	Medicações em uso pelos doentes para controle da dor, doenças crônicas sistêmicas ou outros sintomas	77
5.1.7	Condição dental e periodontal	78
5.1.8	Qualidade de vida relacionada à saúde.....	80
5.2	Intervenções: tratamentos odontológicos realizados na amostra estudada	89
5.2.1	Tratamentos odontológicos preventivos	89
5.2.2	Tratamentos odontológicos curativos	90
5.2.3	Tratamentos odontológicos paliativos.....	91
5.3	Avaliação da efetividade da intervenção: Avaliações realizadas após o tratamento odontológico	92
5.3.1	Avaliação da melhora subjetiva quanto às queixas, sinais e sintomas orofaciais após o tratamento odontológico	92
5.3.2	Avaliação da efetividade do tratamento odontológico quanto ao número e localização das queixas principais, sinais e sintomas orofaciais	94
5.3.3	Avaliação da intensidade e do alívio da dor após o tratamento odontológico.....	96
5.3.4	Avaliação da capacidade funcional “ <i>performance status</i> ” após o tratamento odontológico	98
5.3.5	Avaliação do prognóstico após o tratamento odontológico	99
5.3.6	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde após o tratamento odontológico	100
5.3.6.1	Avaliação dos fatores associados à piora da qualidade de vida dos doentes da amostra	108
5.3.6.1.1	Avaliação do impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral na piora da qualidade de vida	108
5.3.6.1.2	Avaliação do impacto da QGA, QGB e QGC pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida.....	109
5.3.6.1.3	Avaliação do impacto da EVA, KPS e PPI pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida	111

5.3.6.1.4	Avaliação do impacto do número de queixas principais e de locais destas queixas, do número de sinais e sintomas orofaciais e de locais destes sinais e sintomas pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida	113
5.3.6.1.5	Avaliação do impacto do número e do tipo de medicações pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida	114
5.3.6.1.6	Avaliação dos fatores preditores de piora da qualidade de vida dos doentes	115
5.4	Avaliação do tempo de sobrevida dos doentes da amostra	116
5.4.1	Avaliação do tempo e da probabilidade de sobrevida	116
5.4.2	Avaliação do impacto dos fatores associados ao tempo de sobrevida dos doentes da amostra	117
5.4.2.1	Avaliação do impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral no tempo de sobrevida dos doentes	117
5.4.3	Avaliação do impacto da qualidade de vida no tempo de sobrevida	119
5.4.4	Avaliação do impacto do EVA, KPS e do PPI pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida	122
5.4.5	Avaliação do impacto do número e do tipo de medicações pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida	124
5.4.6	Avaliação dos fatores preditores de óbito	125
5.4.7	Avaliação do impacto do tratamento odontológico na sobrevida dos doentes	126
6	DISCUSSÃO	130
	Caracterização da amostra: condição clínica dos doentes	132
	Gravidade da doença / doentes	134
	Queixas principais, sinais e sintomas orofaciais à avaliação odontológica	137
	Saúde bucal e o tratamento odontológico	142
	Qualidade de vida relacionada à saúde no pré-tratamento odontológico	142
	Intensidade e alívio da dor no pós-tratamento odontológico	145
	Qualidade de vida relacionada à saúde e sobrevida no pós-tratamento odontológico	148
	Limitações do estudo	153
	Considerações finais	154
7	CONCLUSÕES	157
8	ANEXOS	160
9	REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES		

LISTAS

ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

%	Porcentagem
<	Menor que
=	Igual a
>	Maior que
±	Mais ou menos
≤	Menos ou igual
≥	Maior ou igual
®	Marca registrada
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados
Dp	Desvio-padrão
DTM	Disfunção Temporomandibular
END	Escala Numérica de Dor
et al.	e outros
EVA	Escala Visual Analógica
g	Grama
HR	Hazard ratio
IC	Intervalo de confiança
KPS	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
M	Metástase à distância
mg	Miligrama
mL	Mililitro
N	Metástase em linfonodo regional ou nódulo
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais

N1/N2	Comprometimento crescente dos linfonodos regionais
N3/N4	Comprometimento crescente dos linfonodos regionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	odds ratio
PPI	<i>Palliative Prognostic Index</i>
QV	Qualidade de vida
QGA	Questão geral A
QGB	Questão geral B
QGC	Questão geral C
SPSS	<i>Statistical Package for the social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Extensão do tumor primário ou tumor
T3	Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário
T4	Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário
TNM	Tumor, nódulo, metástase
TX	Tumor primário não pode ser avaliado
UI	Unidade Internacional
UW-QOL	Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington
V. máx	Valor máximo
V. mín	Valor mínimo

FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma do estudo.....	44
Figura 2 -	Fluxograma para o tratamento odontológico de doentes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos ..	51
Figura 3 -	Comparação do número de queixas principais e de locais destas queixas pré e pós-tratamento odontológico da amostra (n=40).....	94
Figura 4 -	Comparação da intensidade de dor (EVA) pré e pós-tratamento odontológico (n=40).....	96
Figura 5 -	Comparação do número total de medicações e do número de medicações analgésicas pré e pós-tratamento odontológico (n=40).....	97
Figura 6 -	Comparação da capacidade funcional (KPS) dos doentes pré e pós- tratamento odontológico (n=40).....	98
Figura 7 -	Comparação do prognóstico (PPI) dos doentes pré e pós-tratamento odontológico (n=40).....	99
Figura 8 -	Avaliação da questão geral (QG) A do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30).....	104
Figura 9 -	Avaliação da questão geral (QG) B do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30).....	105
Figura 10 -	Avaliação da questão geral (QG) C do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30).....	106
Figura 11 -	Avaliação das questões gerais A, B e C do UW-QOL após o tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30).....	107
Figura 12 -	Capacidade funcional pré-tratamento odontológico e a sua influência na piora da qualidade de vida (n=30)	115
Figura 13 -	Curva de sobrevida Kaplan-Meier da amostra avaliada (n=40).....	116

Figura 14 -	Curva de Kaplan-Meier relacionando o domínio mastigação do UW-QOL pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30).....	127
Figura 15 -	Curva de Kaplan-Meier relacionando a QGA do UW-QOL pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30)	128
Figura 16 -	Curva de Kaplan-Meier relacionando o escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30)	129

QUADROS

Quadro 1 -	Protocolo de tratamento odontológico	169
Quadro 2 -	Protocolo de tratamento odontológico – limpeza bucal e extrabucal.....	172

TABELAS

Tabela 1 -	Frequência de aplicação dos instrumentos utilizados no estudo.....	54
Tabela 2 -	Características sócio-demográficas dos doentes (n = 40)...	61
Tabela 3 -	Distribuição dos doentes segundo localização e estadiamento tumoral de acordo com o prontuário médico (n=40)	63
Tabela 4 -	Relação dos tratamentos oncológicos aplicados aos doentes com câncer de cabeça e pescoço antes do seu encaminhamento ao Ambulatório de Cuidados Paliativos (n = 40)	64
Tabela 5 -	Morbidades presentes na amostra avaliada (n=40)	65
Tabela 6 -	Queixas principais não espontâneas obtidas durante a anamnese (n=40)	67
Tabela 7 -	Sinais e sintomas orofaciais detectados na amostra avaliada (n=40).....	69
Tabela 8 -	Localização das lesões bucais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=28).....	70
Tabela 9 -	Características das lesões bucais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=28)	71
Tabela 10 -	Localização das lesões extrabuciais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=21).....	72
Tabela 11 -	Características das lesões extrabuciais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=21).....	73
Tabela 12 -	Descritores mais comumente encontrados na região orofacial (n=33)	74
Tabela 13 -	Localização das dores orofaciais obtidas na anamnese (n=33).....	75
Tabela 14 -	Regiões álgicas corpóreas relatadas pelos doentes durante a anamnese.....	76

Tabela 15 - Número total de medicações em uso, número de medicações analgésicas, adjuvantes, sintomáticas e para doenças de base utilizadas pelos doentes da amostra (n=40)	77
Tabela 16 - Índice CPOD da amostra avaliada (n=39)	78
Tabela 17 - Condição periodontal da amostra avaliada (n=39)	79
Tabela 18 - Avaliação do impacto do gênero, idade, estadiamento (T e N) e das localizações tumorais (cavidade bucal, faringe e laringe), nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)	82
Tabela 19 – Avaliação do impacto do tempo de diagnóstico, tempo de dor, realização de radioterapia, quimioterapia e cirurgia nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)	85
Tabela 20 – Avaliação do impacto da presença da ingesta oral, babação e da locomoção normal nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)	88
Tabela 21 - Tratamentos odontológicos preventivos realizados na amostra estudada (n=40)	89
Tabela 22 - Tratamentos odontológicos curativos realizados na amostra (n=12)	90
Tabela 23 - Tratamentos odontológicos paliativos realizados na amostra (n=40)	91
Tabela 24 - Avaliação da melhora subjetiva (END) das queixas principais e dos sinais e sintomas orofaciais obtidos pós-tratamento odontológico dos doentes (n=40)	93
Tabela 25 - Comparação do número de sinais e sintomas orofaciais e do número de locais destes sinais e sintomas pré e pós- tratamento odontológico da amostra (n=40)	95
Tabela 26 - Comparação do número total de medicações, número de medicações analgésicas, adjuvantes, sintomáticas e para doenças de base pré e pós-tratamento odontológico (n=40)	97
Tabela 27 - Comparação dos diversos domínios e do escore total do UW-QOL pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)	101

Tabela 28 - Comparação do percentual de melhora dos vários domínios e do escore total do UW-QOL pré e pós-tratamento odontológico (n=30)	102
Tabela 29 - Avaliação dos problemas relacionados à qualidade de vida mais frequentemente relatados pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)	103
Tabela 30 - Impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral (tumor, nódulo) na piora da qualidade de vida (n=30)	108
Tabela 31 - Impacto da QGA, QGB e QGC do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	109
Tabela 32 - Impacto da piora/melhora da QGA, QGB e QGC do UW-QOL pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	110
Tabela 33 - Impacto do EVA, KPS e PPI comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	111
Tabela 34 - Impacto da piora/melhora do EVA, KPS e PPI pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	112
Tabela 35 - Impacto do número das queixas principais e dos locais destas queixas, do número de sinais e sintomas orofaciais, de locais destes sinais e sintomas comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	113
Tabela 36 - Impacto do número total de medicações, número de medicações analgésicas, adjuvantes, sintomáticas, para doenças de base comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)	114
Tabela 37 - Fator preditor independente de piora da qualidade de vida (n=30)	115
Tabela 38- Impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral no tempo de sobrevida (n=30)	118
Tabela 39- Impacto dos diversos domínios, QGA, QGB, QGC e do escore total do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30) ...	120

Tabela 40 -	Impacto da piora/melhora dos diversos domínios, QGA, QGB, QGC e do escore total do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30) ...	121
Tabela 41 -	Impacto da EVA, KPS e PPI comparativamente pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30).....	122
Tabela 42 -	Impacto da piora/melhora do EVA, KPS e PPI pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30) ..	123
Tabela 43 -	Impacto do número total de medicações, número de medicações analgésicas, número de medicações adjuvantes, sintomáticas e para doenças de base no tempo de sobrevida comparativamente pré e pós-tratamento odontológico (n=30).....	124
Tabela 44 -	Fatores preditores independentes de óbito (n=30).....	125
Tabela 45 -	Impacto da melhora do domínio mastigação do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)	126
Tabela 46 -	Impacto da melhora da questão geral A do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30).....	128
Tabela 47 -	Impacto da melhora do escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)	129

RESUMO

Jales SMCP. *Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

INTRODUÇÃO: Doentes com câncer de cabeça e pescoço têm sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções bucais. Esses problemas tornam-se complexos quando o câncer é incurável, exigindo exclusivamente cuidados paliativos. Nesta condição, os sintomas habituais agravam-se necessitando de atenção e cuidados especiais. Foi realizado um ensaio clínico não-controlado, incluindo doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço exclusivamente em cuidados paliativos, com o objetivo de caracterizar a sua condição clínica orofacial; avaliar a funcionalidade, a qualidade de vida relacionada à saúde e a efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos (preventivos, curativos e paliativos) no controle da dor e das queixas orofaciais, na qualidade de vida, prognóstico e sobrevida desses doentes. **MÉTODOS:** Avaliação Odontológica através da Ficha Clínica da Equipe de Dor Orofacial/ATM – HCFMUSP, Prontuário médico, Escala Visual Analógica (EVA), Índice gengival, Avaliação quanto à presença de cálculo dentário, Avaliação da mobilidade dentária, Escala de Numérica de Dor (END), Classificação do odor das feridas, Avaliação do edema lingual, Índice CPO-D, Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky (KPS) e o *Palliative Prognostic Index* (PPI). **RESULTADOS:** Foram incluídos 40 doentes, entre setembro de 2006 e abril de 2009, com média de idade de $60,4 \pm 10,8$ anos, sendo 90% do gênero masculino; quanto ao tumor, 100,0% eram carcinomas; 65,0% localizavam-se na orofaringe; 52,5% apresentavam metástases; quanto à condição clínica, 72,5% tinham doenças cardiovasculares; 45,0% eram traqueostomizados; 22,5% utilizavam sonda nasogástrica; a média do escore do KPS pré-tratamento odontológico foi de $69,5 \pm 14,5$. As queixas principais mais relatadas foram: dor em 67,5% e disfagia em 22,5%, com uma mediana de 3,0 queixas por doente. Os sinais mais encontrados foram as lesões bucais em 70,0%, lesões extrabucais em 52,5% e a babação em 45,5%; odor nas feridas tumorais foi observado em 25,0%; edema lingual em 32,5%; infecções oportunistas em 30,0%; O sintoma mais relatado à questão direta foi a dor em 82,5%, com tempo mediano de duração de 8,0 meses. A média da EVA foi de $5,4 \pm 3,4$; 54,5% apresentavam dor em outras regiões corpóreas; 70,0% faziam uso do terceiro degrau da escada analgésica da OMS, com uma mediana de 2,0 medicações analgésicas por doente; o CPO-D médio foi de $26,1 \pm 8,7$; mobilidade dentária foi observada em 10,2%; o escore médio da qualidade de vida pré-tratamento odontológico foi de $50,2 \pm 14,5$. O gênero feminino apresentou melhor qualidade de vida relacionada à atividade ($p=0,031$), deglutição ($p=0,043$) e ao escore total ($p=0,020$). Os doentes com localização tumoral em orofaringe comparativamente a cavidade bucal apresentaram pior qualidade de vida relacionada ao ombro ($p=0,028$). Os doentes com tempo de diagnóstico inferior a 12 meses

apresentaram melhor qualidade de vida relacionada à aparência ($p=0,031$), saliva ($p=0,004$) e ao escore total ($p=0,031$). Os doentes com tempo de dor inferior a 12 meses apresentaram melhor qualidade de vida relacionada ao escore total ($p=0,030$). Os doentes que ingeriam os alimentos por boca possuíam uma melhor qualidade de vida relacionada à aparência ($p=0,023$), deglutição ($p=0,031$) e ao escore total ($p=0,010$). Os doentes que apresentavam babação possuíam uma pior qualidade de vida relacionada à aparência ($p=0,027$), recreação ($p=0,048$) e ao escore total ($p=0,034$). Os doentes que se locomoviam normalmente possuíam uma melhor qualidade de vida relacionada à atividade ($p=0,004$) e ao escore total ($p=0,001$). Todos os doentes receberam tratamentos preventivos e paliativos. Tratamento curativo foi realizado em 30,0% dos doentes. Após o tratamento odontológico houve melhora subjetiva de 100,0% das lesões bucais não-tumorais e da candidíase bucal dos doentes; redução do número de queixas principais ($p<0,001$) bem como dos locais destas queixas ($p<0,001$); redução do número total de medicações ($p=0,052$) e do número de medicações analgésicas ($p=0,032$); redução da intensidade de dor (EVA) ($p=0,015$); redução da capacidade funcional (KPS) ($p=0,008$); não se observou alteração em relação ao PPI ($p=0,890$); em relação a avaliação da qualidade de vida através do UW-QOL observou-se melhora para a aparência ($p=0,049$) e tendência de piora para o ombro ($p=0,058$). Na análise de regressão logística multivariada, o KPS pré-tratamento odontológico foi preditor independente de piora da qualidade de vida ($OR=0,928$; $IC95\%=0,864-0,996$; $p=0,039$). No período do estudo, 70,0% ($n=28$) dos doentes foram a óbito. Apresentaram tempo mediano de sobrevida de 4,0 meses ($IC95\%=2,5-5,5$), em 17 meses a probabilidade de sobrevida foi de 6,0%. Foram fatores preditores independentes de óbito: o domínio mastigação do UW-QOL pós-tratamento odontológico ($p=0,034$), a questão geral A do UW-QOL pós-tratamento odontológico ($p<0,001$) e o escore total da qualidade de vida ($p=0,015$). CONCLUSÕES: Após o tratamento odontológico houve redução da intensidade da dor, do número de medicação sistêmica utilizada para o controle da dor e do número de queixas; a melhora da mastigação teve impacto positivo na sobrevida, sendo que os doentes que melhoraram a qualidade de vida tiveram sobrevida superior em duas vezes. Além disso, o gênero masculino foi mais acometido; a orofaringe foi a localização mais frequente; a dor e a disfagia foram as queixas mais relatadas; lesões bucais ou extrabucais estavam presentes em todos os doentes que apresentavam higiene bucal precária e infecções odontogênicas ou oportunistas; a qualidade de vida foi superior no gênero feminino; pior nos doentes com tempo de diagnóstico e de dor superior a 12 meses; pior nos doentes que apresentavam babação; pior nos que não se alimentavam por via oral e pior nos que não deambulavam; A funcionalidade pré-tratamento odontológico foi preditora independente de qualidade de vida.

Descritores: Neoplasias de cabeça e pescoço, Cuidados paliativos, Qualidade de vida, Doenças da boca, Dor orofacial, Assistência odontológica, Ensaio clínico

SUMMARY

Jales SMCP. *Assessment of the effectiveness of a dental care protocol in relieving pain and oral symptoms and improving the quality of life of head and neck cancer patients in palliative care: non-controlled clinical trial* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2011.

INTRODUCTION: Patients with head and neck cancer have severe functional restrictions. Oral function is critically compromised. These problems become complex when the cancer is untreatable and the patient receives only palliative care. In this circumstance, the usual symptoms worsen and require special attention and care. A non-controlled clinical trial was done with advanced head and neck cancer patients receiving only palliative care. The objectives were to characterize their clinical orofacial condition; assess their functionality; assess their health-related quality of life; and assess the effectiveness of a dental care protocol (preventive, curative and palliative) in controlling pain and orofacial and quality of life complaints, and its effectiveness on prognosis and survival. **METHODS:** Dental assessment followed the clinical protocol used by the Orofacial/TMJ Pain Team – HCFMUSP. Data were also collected from the patients' medical records. Further assessment included administration of the Visual Analogue Scale (VAS), Gingival Index, Numeric Pain Scale (NPS), University of Washington quality of life questionnaire (UW-QOL), Karnofsky Performance Scale (KPS) and Palliative Prognostic Index (PPI); assessment of dental calculus, tooth mobility, tongue swelling, decaying, missing and filled teeth (DMFT); and lesion odor classification. **RESULTS:** A total of 40 patients were included between September 2006 and April 2009, with a mean age of 60.4 ± 10.8 years. Of these, 90% were males. All patients had carcinomas, 65.0% were in the oropharynx and 52.5% had metastasized. Most (72.5%) of the patients also had cardiovascular diseases, 45.0% had undergone a tracheotomy and 22.5% used a nasogastric probe. The mean KPS score before dental treatment was 69.5 ± 14.5 . The main complaints were: pain (67.5%) and dysphagia (22.5%), with a median of three complaints per patient. The most common signs were oral lesions (70.0%), extraoral lesions (52.5%), drooling (45.5%), malodorous lesions (25.0%), tongue swelling (32.5%) and opportunistic infections (30.0%). The most common complaint when prompted was pain (82.5%). The median duration of pain was 8.0 months. The mean VAS score was 5.4 ± 3.4 ; 54.5% presented pain in other body areas; 70.0% required strong opioids to control pain (Step 3 WHO Analgesic Ladder), with a median of two painkillers per patient; the mean DMFT score was 26.1 ± 8.7 ; tooth mobility was seen in 10.2% of the patients; the mean quality-of-life score before dental treatment was 50.2 ± 14.5 . Females presented better activity-related quality of life ($p=0.031$), deglutition ($p=0.043$) and total score ($p=0.020$). Patients with oropharynx tumors had worse shoulder-related quality of life than patients with oral tumors ($p=0.028$). Patients diagnosed in the previous 12 months presented better appearance-related quality of life ($p=0.031$), saliva ($p=0.004$) and total score ($p=0.031$). Patients who had been experiencing pain for less than 12 months presented higher total QOL score ($p=0.030$). Patients who could still eat presented better appearance-related quality of life ($p=0.023$), deglutition ($p=0.031$) and

total score ($p=0.010$). Patients who drooled presented worse appearance-related quality of life ($p=0.027$), recreation ($p=0.048$) and total score ($p=0.034$). Patients who could walk normally presented better activity-related quality of life ($p=0.004$) and total score ($p=0.001$). All patients received preventive and palliative treatments. Curative treatment was provided for 30.0% of the patients. Dental treatment subjectively improved 100.0% of non-tumorous oral lesions and oral candidiasis; reduced the number of main complaints ($p<0.001$) and the location associated with these complaints ($p<0.001$); reduced the total number of medications ($p=0.052$) and pain killers ($p=0.032$) needed by the patient; reduced the number of complaints ($p<0.001$) and pain intensity (VAS) ($p=0.015$); and improved functional capacity (KPS) ($p=0.008$). PPI did not change ($p=0.890$). According to the UW-QOL, appearance improved ($p=0.049$) and the shoulder tended to get worse ($p=0.058$). According to multivariate logistic regression, KPS before dental treatment independently predicted worse quality of life ($OR=0.928$; $CI_{95\%}=0.864-0.996$; $p=0.039$). During the study, 70.0% ($n=28$) of the patients died. Mean survival was 4.0 months ($CI_{95\%}=2.5-5.5$). In 17 months, the odds of survival were 6.0%. Factors that independently predicted death were the UW-QOL mastication domain after dental treatment ($p=0.034$), UW-QOL general question A after dental treatment ($p<0.001$) and total QOL score ($p=0.015$). **CONCLUSIONS:** After dental treatment there was a reduction in pain intensity, number of systemic medications used for controlling pain and number of complaints. Improved mastication had a positive impact on survival. Patients whose QOL improved survived for twice as long; males prevailed; the oropharynx was the most common location; pain and dysphagia were the most common complaints; oral and extraoral lesions were present in all patients with poor oral hygiene and odontogenic or opportunistic infections; females had better quality of life; patients who had been diagnosed and felt pain for more than 12 months had worse QOL; patients who drooled or could not eat or walk also had worse QOL. Functionality before dental treatment was an independent predictor of QOL.

Descriptors: Head and neck neoplasms, Palliative care, Quality of life, Mouth diseases, Orofacial pain, Dental care, Clinical trial.

1 INTRODUÇÃO

Doentes com câncer de cabeça e pescoço, particularmente quando este atinge a cavidade bucal, têm sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções bucais. Esses problemas tornam-se complexos quando o câncer é incurável, exigindo exclusivamente cuidados paliativos. Nesta condição, os sintomas habituais agravam-se e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais.

A literatura científica tem abundantes informações sobre o câncer e enfatiza que sintomas como dor são frequentes em todas as etapas da doença e, além disso, destaca as complicações decorrentes do avanço do tumor e do tratamento, entretanto são escassas as informações tanto em língua portuguesa como inglesa sobre pacientes com câncer avançado de cabeça e pescoço submetidos exclusivamente a cuidados paliativos.

As complicações mais comuns, relacionadas à cavidade bucal, incluem dor, infecções virais, bacterianas e fúngicas, instabilidade de próteses dentárias, disfagia, problemas nutricionais, xerostomia, pneumonia por aspiração, estética facial e incapacidade ou prejuízo na comunicação oral. Acrescem a esses sintomas: úlceras, feridas tumorais, halitose, trismo, mucosite, cáries, doenças periodontais, osteorradionecrose, disgeusia, babação, disfagia, desfiguração e exclusão social. A falta de tratamento ou o tratamento inadequado resulta em mais desconforto e prejuízos nutricionais, comprometendo mais ainda a qualidade de vida desses doentes.

Neste cenário, a participação do cirurgião dentista contribui não só para o diagnóstico e tratamento de doenças em sua área, mas também para a realização de cuidados paliativos bucais que possam beneficiar esses doentes. Orientar doentes e cuidadores, e discutir estes aspectos com a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, ajuda na sua integração nesta necessária área da saúde, visto que a qualidade de vida precária tem forte ligação com a condição bucal e incapacitação para as tarefas cotidianas.

A exemplo das demais áreas da saúde, o cuidado odontológico inclui prevenção, cura e palição e consiste no manejo dos pacientes com doenças progressivas avançadas, particularmente quando há comprometimento da cavidade bucal e impacto nas funções primordiais à qualidade de vida dos doentes. Sua participação também compreende o diagnóstico, o tratamento e, quando possível, a prevenção de doenças próprias de sua área de atuação, as quais podem piorar a delicada condição desses doentes. Dor e infecções odontogênicas debilitam doentes com saúde comprometida.

Por outro lado a noção de cuidados paliativos ainda é motivo de desinformações e preconceitos, gerando a sensação de falta de atendimento médico ou odontológico. Em alguns desses enfermos a doença ultrapassa os limites da cura, o prognóstico é extremamente reservado e os tratamentos visam melhorar a qualidade de vida do doente reduzindo o seu sofrimento e dos seus familiares.

Em virtude disso, associado à escassez de estudos e à falta de protocolo sistematizado para tratamento odontológico para pacientes sob

cuidados paliativos, é necessária uma identificação das características clínicas dos doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço, incluindo a condição bucal, já que ela é altamente afetada e pode também comprometer o próprio tratamento da doença. Avaliar a efetividade do protocolo odontológico nas queixas desses doentes, bem como na sua qualidade de vida e sobrevida, torna-se tarefa fundamental.

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

Avaliar doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço a fim de caracterizar a sua condição clínica orofacial

2.2 Específicos

Avaliar nesses doentes:

- A funcionalidade;
- A qualidade de vida relacionada à saúde;
- A efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos (preventivos, curativos e paliativos) no controle da dor e das queixas orofaciais, na qualidade de vida, prognóstico e sobrevida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O câncer de cabeça e pescoço

O câncer de cabeça e pescoço refere-se a uma variedade de tumores que surgem na região da cabeça e do pescoço que inclui a cavidade bucal, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais, glândulas salivares e tireóide (Parkin et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de boca e o de orofaringe são as neoplasias de cabeça e pescoço mais freqüentes (Berto et al., 2006; Vartanian et al., 2006a; Alvarenga et al., 2008; Vartanian, Kowalski, 2009), com cerca de 390 mil novos casos por ano (Stewart, Kleihues, 2003).

No Brasil, excluindo o câncer de pele, o câncer de boca e o de orofaringe representam a quinta incidência entre os homens (9,2% dos casos de câncer) e a sétima entre as mulheres (3,6% dos casos) (Wünsch-Filho, 2002), o que corresponde a um total de 6,7% de todos os casos de câncer, sendo as regiões de maior incidência, o Sul e o Sudeste (Instituto Nacional do Câncer, 2004a).

As taxas de mortalidade, no período de 1979 a 1998, variaram entre 2,16 e 2,96 para cada 100.000 homens e entre 0,48 e 0,70 para cada 100.000 mulheres, tendendo a aumentar 0,72%, anualmente (Biazevic et al., 2006). Segundo Sessions et al. (2002) a sobrevida continua baixa, cerca de 57% em cinco anos.

No ano de 2010 estimou-se a ocorrência de uma taxa bruta de 10,64 novos casos de câncer de boca para cada 100.000 homens e 3,76 para cada 100.000 mulheres no Brasil (Instituto Nacional do Câncer, 2009). A taxa de incidência está aumentando e a OMS prevê a continuidade desse aumento nas próximas décadas (Bettendorf et al., 2004).

Os cânceres de cabeça e pescoço são predominantemente carcinomas espinocelulares que surgem através de várias etapas da carcinogênese de lesões pré-malignas (Durazzo et al., 2005; Scully, Félix, 2006). O tabaco e o álcool (Reinaldo, Pillon, 2008) são os principais fatores etiológicos, embora o papilomavírus e o vírus Epstein-Barr estejam relacionados, principalmente para o câncer de orofaringe e nasofaringe, respectivamente (Schlecht et al., 1999; Dobrossy, 2005; Parkin et al., 2005; Zender, Petruzzelli, 2005). Acomete mais freqüentemente o gênero masculino que o feminino (Blot et al., 1988; Carvalho et al., 2001; Antunes, Antunes, 2004; Dedivitis et al., 2004).

Dos tumores que acometem a cavidade bucal, 95% são carcinomas espinocelulares e os outros 5% correspondem aos sarcomas, linfomas e tumores de glândulas salivares (Montoro et al., 2008).

Quando o câncer é diagnosticado em estágios iniciais, estima-se uma taxa de sobrevivência de cinco anos em 80% dos doentes, de 40% quando a doença acomete o pescoço; caindo drasticamente para 20% na presença de metástases (Kalavrezos, Bhandari, 2010).

No momento do diagnóstico, aproximadamente dois terços dos doentes com câncer de cabeça e pescoço encontram-se nos estádios III e IV

da doença (Al-Sarraf, 1987). Cerca de 5% destes doentes podem apresentar metástase no momento do diagnóstico, e aproximadamente um terço deles podem desenvolver metástase à distância no curso evolutivo da doença (Kalavrezos, Bhandari, 2010).

O comportamento biológico do carcinoma espinocelular de cavidade bucal é incerto, pois há um grande número de tumores que em estágio inicial mostram um comportamento biológico agressivo com metástase regional precoce e morte. Ao contrário, tumores em estágio avançado podem lentamente desenvolver metástase, e esses pacientes, depois do tratamento, obtêm longos períodos livres de doença (Montoro et al., 2008).

A cirurgia e a radioterapia permanecem como tratamento de primeira linha para o câncer de cabeça e pescoço, apesar dos avanços na utilização de quimioradioterapia simultânea, a qual preserva órgãos e reduz os efeitos adversos da terapia oncológica (Bernier et al., 2004).

Apesar dos benefícios obtidos com a técnica cirúrgica, algumas complicações podem ocorrer devido à proximidade anatômica a órgãos vitais, como o pneumotórax e as lesões neuropáticas, além do comprometimento da fala, da deglutição e da respiração (Kerawala, 2010).

A radioterapia é um tratamento eficaz para o câncer de cabeça e pescoço, tanto como modalidade primária, como tratamento adjuvante após a cirurgia. As técnicas convencionais, bidimensional e radioterapia tridimensional conformacional resultam em efeitos colaterais significativos e em alteração da qualidade de vida (Bhide, Nutting, 2010b). Estas podem

ocasionar tanto toxicidade aguda, que ocorre durante a radioterapia, como tardia que ocorre até três meses pós-radioterapia (Bhide et al., 2007) .

A toxicidade aguda induzida pela radiação consiste em mucosite, disfagia, xerostomia, dermatite e dor. A mucosite induzida pela radiação do trato aero-digestivo causa significativa morbidade e alteração da qualidade de vida (Kelly et al., 2007).

Logo, a toxicidade tardia induzida pela radiação inclui xerostomia (Nutting et al., 2009), disfagia (Trotti et al., 2003), osteorradionecrose (Mendenhall, 2004), perda auditiva, necrose da cartilagem laringeana e fibrose da pele (Bhide et al., 2007). A toxicidade tardia da radiação é permanente, resultando em redução da qualidade de vida, particularmente em relação à xerostomia e à disfagia (Hammerlid, Taft, 2001).

A radioterapia de intensidade modulada é um avanço tecnológico significativo, nos últimos anos, por apresentar melhores resultados no controle tumoral e menor toxicidade aos tecidos sadios, preservando-os, pois atinge somente os tecidos neoplásicos. Nos últimos anos, a quimioterapia está sendo incorporada ao plano de tratamento do doente com câncer de cabeça e pescoço, podendo ser administrada antes (adjuvante) e concomitante à radioterapia (Bhide, Nutting, 2010 a,b).

Apesar do avanço terapêutico ocorrido nos últimos 30 anos, o câncer de cabeça e pescoço apresenta prognóstico ruim para doenças localmente avançadas (Carvalho et al., 2005). Este fato é observado principalmente em países em desenvolvimento, onde os doentes são diagnosticados tardiamente devido à dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde, e com

isso necessitam de tratamentos mais agressivos, resultando em baixa sobrevida (Kowalski et al., 1994; Carvalho et al., 2004; Vartanian et al., 2004; Vartanian, Kowalsky, 2009).

Alguns fatores afetam o prognóstico do câncer, como o estadiamento da doença primária (Classificação TNM) e a presença de metástases regionais ou à distância. No entanto, outros fatores são relatados como preditores do prognóstico, como a presença de morbididades que atrasam o diagnóstico e impossibilitam o tratamento ou impõe tratamentos menos agressivos (Faria et al., 2003; Carvalho et al., 2010; Paleri et al., 2010), havendo maior incidência e gravidade de complicações (Piccirillo et al., 2004).

3.2 Qualidade de vida nos doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço

O termo qualidade de vida é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, como “a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto cultural, no sistema de valores em que vive e em relação a seus próprios objetivos, expectativas, parâmetros e relações sociais”. É um conceito abrangente, afetado de modo complexo pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais e suas relações com características presentes no meio ambiente (WHOQOL group, 1996).

A qualidade de vida relacionada à saúde é um subconjunto da qualidade de vida que norteia quatro domínios principais: o funcionamento físico, o funcionamento psicológico, a interação social e os sintomas relacionados à doença e ao seu tratamento (Rogers et al., 1999a).

Para a avaliação de qualquer cuidado que afeta a saúde de um indivíduo, o foco deve estar na qualidade de vida relacionada à saúde. Para isso, existem basicamente três métodos de avaliação: a entrevista aberta, a entrevista semiestruturada e os questionários de autoavaliação (Rogers, 2010a).

Atualmente, existem questionários validados para o câncer de cabeça e pescoço que podem ser utilizados para mensuração da qualidade do cuidado na região orofacial (Kanatás, Rogers, 2010), auxílio na definição de uma conduta clínica (Rogers, 2009), bem como na avaliação da efetividade de um tratamento (Rogers, Lowe, 2009). Dentre eles, merecem destaque o *European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), EORTC H&N-35, *Funcional Assessment of Cancer Therapy - Head and Neck Scale* (FACT H&N), *Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients* (PSS-HN) e o Questionário de Qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) (Rogers, Lowe, 2009).

A avaliação da qualidade de vida possibilita aos profissionais de saúde a compreensão de como os doentes vivenciam a evolução da doença, o impacto da doença na sua vida, como sequelas do tratamento e recidiva

da doença, bem como a efetividade e as consequências dos tratamentos e dos cuidados oferecidos (Biazevic, Antunes, 2006).

Os principais domínios relatados na literatura, no que concerne a avaliação da qualidade de vida em doentes com câncer de cabeça e pescoço são: o desgaste do cuidador, a forma de enfrentamento da doença, a condição dentária, a desfiguração, os aspectos emocionais (Amar et al., 2002), o temor da recorrência, os problemas financeiros, a intimidade, a reabilitação bucal, as vias de alimentação, a personalidade, a voz, os dados sociodemográficos, a deglutição, o movimento do ombro, o trismo e a xerostomia (Chandu et al., 2006).

Os domínios mais afetados no câncer de boca são: a mastigação, a fala, a deglutição e a saliva (Rogers et al., 2002), pois comprometem particularidades anatômicas da cabeça e do pescoço (Katz et al., 2003). Além disso, a função, a aparência física, o bem estar físico, social e psicossocial é afetado pela desfiguração e disfunção provocada pela doença e seu tratamento (Specht, 2002), resultando em uma piora na qualidade de vida (Goldstein et al., 2008).

Os principais preditores de uma qualidade de vida ruim em doentes com câncer de cabeça e pescoço são a doença avançada (estádios III e IV) e o tratamento oncológico cirúrgico, associado à radioterapia (Rogers et al., 1999b), que resultam em complicações agudas e tardias (Scott et al., 2008; Rogers et al., 2010).

O tratamento oncológico visava à erradicação da doença, sem preocupação com a qualidade de vida do doente; na atualidade este assunto

merece destaque em virtude do crescimento de estudos acerca deste assunto, e com isso permite uma melhor abordagem destes doentes. Mas apesar disto, pouco se sabe sobre a qualidade de vida dos doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço (Selby, Maguire, 1989).

3.3 Cuidados paliativos

3.3.1 Conceito

A OMS, em 2002, definiu o cuidado paliativo como “uma abordagem que promove qualidade de vida de doentes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (World Health Organization, 2004).

Previamente, a OMS definira o cuidado paliativo como a “atenção total e efetiva àqueles doentes em que a doença não era responsiva ao tratamento curativo, enfatizando a natureza terminal da doença” (World Health Organization, 1990).

Deste modo, o conceito atual da OMS, amplifica os objetivos do que se entende por cuidado paliativo. A finalidade de aliviar o sofrimento físico e psicossocial, tanto nos doentes, como nos seus familiares, é melhor realizada através da atuação interdisciplinar (Chiba, 2006).

O cuidado paliativo também se estende para domínios além da abordagem tradicional, como a avaliação social e as questões éticas da fase final de vida. Ele pode e deve ser fornecidos ao doente juntamente com os tratamentos modificadores da doença (Wilson et al., 2007).

Apesar de comumente ser visto como o cuidado oferecido a doentes que não recebiam qualquer tratamento ativo e que iram de fato morrer da doença, os cuidados paliativos são igualmente aplicáveis à fase inicial, para a doença potencialmente curável, como para a fase terminal de uma doença com risco de vida, se estendendo ao período de luto após a morte do paciente (Sepúlveda et al., 2002).

3.3.2 O cuidado paliativo no Brasil

O cuidado paliativo no Brasil teve seu início na década de 80 e cresceu a partir do ano 2000 com consolidação dos serviços já existentes e pioneiros (Matsumoto, 2010). Recentemente, foram identificados 14 serviços de cuidados paliativos no Brasil, dentre os serviços conhecidos e estruturados, 13 deles estão localizados no estado de São Paulo (Maciel, 2008), o que mostra a necessidade de estruturação de novos serviços que contemplem toda a nossa extensão territorial.

Uma pesquisa recente avaliou a qualidade dos serviços de cuidados paliativos oferecidos em 40 países e constatou-se que o Brasil ocupa a 38ª/40ª posição no ranking mundial, que foi associada às questões culturais e burocráticas (The Economist, 2010).

3.3.3 Indicações dos cuidados paliativos

O cuidado paliativo é indicado para qualquer doença ativa, progressiva, ameaçadora à vida em diferentes fases de evolução (Maciel, 2009). Em pacientes com câncer, seja por falência do tratamento ou recidiva, a doença evolui de forma progressiva e inversamente proporcional à condição clínica e à capacidade funcional do doente. Na proximidade da morte, período chamado fase final de vida, os cuidados paliativos são imperativos, direcionada para o alívio dos sintomas (Maciel, 2007).

Quando a abordagem paliativa é introduzida em estágios iniciais da doença, possibilita a prevenção dos sintomas, além de proporcionar uma transição suave da fase curativa para a fase de controle de sintomas, através de um plano de cuidado integral, desde o diagnóstico até a morte do doente (Appleton, Corboy, 2005). Os pacientes são beneficiados por receber uma combinação de tratamentos que prolongam a vida, possibilitando ainda a paliação dos sintomas, a reabilitação quando possível e conforto para os cuidadores (Morrison, Meier, 2004).

3.3.4 Princípios dos cuidados paliativos

Os princípios dos cuidados paliativos foram publicados pela OMS, em 1986, e reafirmados em 2002 (World Health Organization, 1990, 2004). São os seguintes:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;

2. Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
3. Não pretender antecipar nem postergar a morte;
4. Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
5. Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
6. Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
7. Devem ser iniciados o mais precocemente possível juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluem todas as investigações necessárias para melhorar a compreensão e o manejo dos sintomas.

3.4 O agravamento das complicações do câncer e/ou do seu tratamento: a necessidade do alívio da dor e aplicação de cuidados paliativos bucais

Nos doentes com câncer de cabeça e pescoço, devido à natureza e a gravidade da doença, os conceitos de cuidados paliativos são desafiadores, pois a radioterapia paliativa é suficiente para produzir regressão do tumor e aliviar sintomas. Entretanto, também causa mucosite e xerostomia, dentre outras anormalidades que afetam particularmente a cavidade bucal; e a

intervenção cirúrgica é acompanhada por significativa desfiguração e perdas funcionais (Sweeney, Bagg, 1995; Forbes, 1997; Paunovich et al., 2000).

As complicações do câncer de boca e de seu tratamento já são bem conhecidas, entretanto nos doentes com doença avançada elas podem tomar dimensões exageradas (Siqueira et al., 2009a).

Pacientes em cuidados paliativos apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções bucais, particularmente quando a doença atinge a cavidade bucal, como no câncer de cabeça e pescoço. Nessa condição, os sintomas habituais agravam-se e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais (Jales, Siqueira, 2009). Os sintomas bucais mais frequentes são: a dor, disfagia, sangramento, trismo, feridas tumorais, infecções oportunistas, babação, xerostomia, desnutrição, desidratação, anorexia, caquexia e a desfiguração (Aird et al., 1983; Sakai et al., 1992; Price et al., 2009; Lin et al., 2011). As secreções em doentes traqueostomizados comprometem a comunicação verbal causando disfunção bucal e sofrimento (Lovel, 2000; Wiseman, 2000; Bjordal et al., 2001; Ledebøer et al., 2008).

Em casos de câncer de boca avançado, a dor, ulceração, sangramento e o trismo são os sintomas mais importantes (Narayanan, 1988).

Portanto, é fundamental identificar os diversos estádios da doença, a extensão da lesão, o resultado dos tratamentos realizados e a possibilidade de cura, para se fazer a correta indicação dos cuidados paliativos (Lapeer, 1990; Chiodo et al., 1998). Sabe-se que o diagnóstico precoce é

fundamental para o prognóstico do doente, portanto, infelizmente nem sempre os doentes são diagnosticados nas fases iniciais da doença (Siqueira et al., 2009b).

3.4.1 Xerostomia

A xerostomia é definida como a sensação subjetiva de boca seca resultante da redução do fluxo salivar (Spolidório, 2001; Amerogen et al., 2003). A secura bucal acomete 75% dos doentes com câncer de cabeça e pescoço (Samarawickrama, 2002) e 60% dos adultos e crianças submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço (Porter et al., 2010).

A xerostomia, dependendo do regime, surge na primeira semana de radioterapia convencional, decrescendo o fluxo salivar de 50 a 60%, e 20% depois de cinco a seis semanas; a secreção salivar pode continuar a diminuir durante vários meses após a conclusão da radioterapia convencional, sendo observado ao longo dos próximos 12 a 60 meses (Braam et al., 2005). A saliva torna-se espessa, o pH cai e a quantidade de sedimentos salivares aumenta (Chambers et al., 2008).

A disfunção inicial da glândula salivar ocasiona a perda do controle autonômico, edema, degeneração e necrose das células acinares, fibrose e atrofia dos lóbulos das glândulas (Konings et al., 2005).

Clinicamente, a mucosa torna-se ressecada, eritematosa, atrófica e ulcerada. A língua pode apresentar fissuras, eritema e/ou atrofia das papilas filiformes. O paciente pode queixar-se de ardor, necessidade frequente de

ingerir água, disfagia, aversão por alimentos secos (Sweeney et al., 1998), disartria, disgeusia, secura e ardência na mucosa bucal (Jham et al., 2008).

Como consequência da perda da capacidade protetora da saliva, os doentes são mais susceptíveis à doença periodontal, cáries rampantes, abrasão, atrição, erosão (Haveman, 2004), dificuldades mastigatória, da deglutição e da fala, uso de próteses, disgeusia, infecções fúngicas, bacterianas e virais (Paunovich et al., 2000; Andrews, Griffiths, 2001), sialodenite supurativa (Jham et al., 2008), disfunção esofágica, comprometimento nutricional, intolerância a medicações, glossite, queilite angular, halitose e lesões mucosas (Haveman, 2004).

O tratamento da xerostomia é puramente sintomático. As recomendações incluem higiene bucal diária com creme dental com alto teor de flúor; bochechos fluoretados para doentes que apresentam dentes naturais; hidratação da boca com água em pequenos goles, borrifos de água ou saliva artificial, lubrificação dos lábios e orientação quanto à ingestão de líquidos (Sweeney, Bagg, 1995; Paunovich et al., 2000). No entanto, deve-se evitar o uso de creme dental e de outros produtos que contenham lauril sulfato de sódio para não irritar a mucosa bucal (Meurman, Gronroos, 2010).

Os doentes com xerostomia devem ser orientados a evitar o consumo de alimentos picantes, condimentados, açucarados, álcool e fumo para evitar lesões na mucosa desprotegida (Cerchietti et al., 2003).

Para o alívio do desconforto bucal, existe uma grande variedade de agentes umectantes da boca, os chamados substitutos salivares, normalmente a base de carboximetilcelulose, géis hidratantes e bochechos

com eficácia variada no alívio de sintomas, na melhora da função bucal e da qualidade de vida (Hahnel et al., 2009).

Outros tipos de lubrificantes podem ser necessários para hidratar os lábios e mantê-los intactos, dentre eles estão a vaselina ou óleo mineral (Andrews, Griffiths, 2001).

As substâncias sialogogas, como gomas de mascar sem açúcar, tabletes de ácido ascórbico e ácido málico causam uma redução transitória no efeito da xerostomia (Visvanathan, Nix, 2009). Outros medicamentos com efeito colinérgico, como betanecol e a cevimelina também são citados, porém seus efeitos dependem do grau de xerostomia e da função residual da glândula salivar (Chambers et al., 2007). Outros métodos citados, como tratamento são: acupuntura, hipnose e oxigenação hiperbárica, contudo necessitam de mais estudos clínicos (Porter et al., 2010).

3.4.2 Babação

A babação é definida como o extravasamento salivar além da margem do lábio inferior (Hockstein et al., 2004). Isto ocorre devido à disfunção no mecanismo de deglutição, resultando em acúmulo excessivo da saliva na porção anterior da cavidade bucal e na perda não intencional da mesma (Olsen, Sjögren, 1999; Meningaud et al., 2006).

Sua etiologia está ligada a hipersecreção salivar, disfunção neuromuscular, sensitiva e anatômica (Hockstein et al., 2004).

Nos doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço não se constitui uma sialorréia, pois esta advém da dor, disfagia, perda da sensibilidade, deformidade da cavidade bucal e da língua provocados pelo crescimento tumoral ou pela terapia oncológica (Olsen, Sjögren, 1999). Pode ser observada particularmente nos tumores da base de língua, pela infiltração tumoral, em grandes ressecções de orofaringe (Talmi et al., 1988) e através de fístulas faringocutâneas pós-cirurgias faringolaringeas (Marchese et al., 2008).

A babação apresenta complicações físicas e psicológicas. Dentre as complicações físicas destacam-se as dificuldades com a fala, mastigação, rachaduras peribucais, as infecções secundárias, o mau odor, a desidratação e o grande risco de pneumonias aspirativas. Dentre as complicações psicológicas estão o constrangimento e o isolamento social (Hockstein et al., 2004; Meningaud et al., 2006).

Terapia medicamentosa, radioterapia e técnicas cirúrgicas são recomendadas para controlar a babação; dentre as terapias medicamentosas, as drogas anticolinérgicas, como a atropina, o glicopirolato e a escopolamina emplastro são eficazes no bloqueio da ação parassimpática nas glândulas salivares (Hockstein et al., 2004). Nos doentes com limitada expectativa de vida, dependendo do quadro clínico e da gravidade do problema, abordagens mais agressivas podem ser consideradas, como a radioterapia, religação glandular, excisão e a neurectomia glandular (Ellies et al., 2003; Meningaud et al., 2006).

3.4.3 Infecções oportunistas

Doentes com câncer avançado são susceptíveis a infecções oportunistas na cavidade bucal e na orofaringe devido à diminuição do fluxo salivar aliada à imunossupressão provocada pelo tratamento oncológico ou pelo estado debilitante dos doentes (Oude et al., 2004).

A candidíase bucal pode ser pseudomembranosa, atrófica ou eritematosa e, menos comumente, hipertrófica (Sweeney, Bagg, 2000). Esta última deve ser investigada quando doentes xerostômicos queixam-se de ardência na boca ou na língua (Haveman et al., 2004). Nas comissuras labiais causa fissuras, a queilite angular (Sweeney et al., 1998; Hummel et al., 1999) que podem ser complicadas pelo *diabetes mellitus*, uso de próteses dentárias, cigarro e infecção sobreposta por *Staphylococcus aureus* (Neville et al., 2002).

O principal agente etiológico é a *Candida albicans* que pode isolada em cerca de 80% dos doentes com câncer avançado (Wiseman, 2006; Davies et al., 2008), em 67,9% nos xerostômicos; e em 58% dos doentes com hipossalivação (Haveman et al., 2004).

O diagnóstico clínico pode ser confirmado com a realização do exame de esfregaço com coloração de Gram, preparo de hidróxido de potássio e cultura para pesquisa de fungos, principalmente na forma pseudomembranosa (Haveman et al., 2004).

Sweeney e Bagg (1995), Siqueira et al. (2003) e Redding et al. (2004) destacaram a melhoria das medidas de higiene bucal, juntamente com a

adequada prescrição de antifúngicos sistêmicos e/ou tópicos para o tratamento da candidíase bucal. Em adição, as próteses dentárias devem ser bem limpas, pois funcionam como reservatório para esta infecção.

A candidíase bucal pode ser controlada topicamente com a realização de bochechos de solução salina de peróxido de hidrogênio e uso de medicações tópicas antifúngicas, como a nistatina (200.000-400.000UI); o tratamento é realizado por duas semanas, mas para casos refratários, cetoconazol sistêmico 200mg, diariamente, por no mínimo duas semanas, é recomendado (Fischman, 1983).

3.4.4 Trismo

Trismo é definido como a grave restrição da abertura bucal, com frequência e gravidade imprevisível, comum em doentes que receberam radioterapia na articulação temporomandibular (ATM) e/ou nos músculos masseteres e pterigóideos (Goldstein et al., 1999). Em casos de câncer de cabeça e pescoço, observa-se que doses curativas de radioterapia resultam em uma porcentagem variável de trismo (5% a 38%) (Dijkstra et al., 2007).

Para Ozyar et al. (2005) o trismo é um indicativo de tumor primário avançado, sendo mais observado em doentes com câncer de nasofaringe avançado.

Dijkstra et al. (2007) citaram que o trismo pode resultar de infiltração tumoral na musculatura pterigóidea ou da presença de tecido cicatricial, resultante de cirurgia ou radioterapia.

Durante a radioterapia, a ATM e os músculos da mastigação ficam expostos ao feixe primário da irradiação na região de cabeça e pescoço ocasionando fibrose gradual da musculatura mastigatória (Siqueira et al., 2001; Huber, Terezhalmay, 2003). No período de três a seis meses após a radioterapia (Louise Kent et al., 2008), este fato ocorre devido a capacidade mitótica das células musculares é menor que a das células epiteliais (Harrison et al., 2003). A progressão da fibrose muscular é responsável por 2-4% da perda da abertura interincisiva por mês, durante os nove meses seguintes (Vissink et al., 2003).

O primeiro sinal de trismo é a contração dos músculos mastigatórios resultando numa limitação de 10 a 15 mm ou menos (Whitmyer et al., 1997) o que dificulta a higiene bucal e os procedimentos dentários (Souza; Barbosa, 1991). Além disso, ocorre fibrose da submucosa e dos tecidos moles manifestando-se como palidez, adelgaçamento e perda da amplitude dos movimentos mandibulares (Cooper et al., 1995)

Dijkstra et al. (2004) citaram estudos com o uso de eletroterapia por microcorrente, uso do aparelho de Therabite e injeção de pentoxifilina. A pentoxifilina tem atividade imunomodulatória que media as reações fibrogênicas após a radiação de cabeça e pescoço (Nieder et al., 2005), e promove um aumento significativo na abertura bucal em doentes com trismo, decorrente de radioterapia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço, principalmente nos casos refratários a terapias de exercícios (Dijkstra et al., 2007).

3.4.5 Feridas tumorais

Estima-se que 5 a 10% dos doentes oncológicos são acometidos por feridas tumorais, em decorrência do tumor primário ou dos tumores metastáticos (Baxendale-Cox, 1999; Haisfield-Wolfe, Rund, 2002; Seaman, 2006), podendo acometer a pele ou a mucosa cavidade bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

As feridas com invasão local, inicialmente, manifestam-se como endurecimento, vermelhidão, calor e/ou sensibilidade, e com a evolução da doença, os tecidos são destruídos, resultando em ulcerações (Wilson, 2005).

Entretanto, nas feridas metastáticas, as células tumorais deslocam-se do sítio primário, através da corrente sanguínea e/ou linfática para órgãos distantes ou para pele (Wilson, 2005). Estas lesões, inicialmente, podem apresentar-se como nódulos bem demarcados, com tamanho, consistência e coloração variáveis, geralmente indolores podendo ulcerar e se tornar dolorosas, com a evolução da doença (Seaman, 2006).

O crescimento de uma ferida vegetante envolve um processo proliferativo e ulcerativo que podem ocorrer isoladamente ou concomitantemente, formando, primeiramente, uma ferida nodular em forma de couve-flor, e em seguida uma ferida em forma de cratera (Grocott, 2000).

Ambas as lesões, sejam tumores locais ou metastáticos sofrem alterações vasculares e linfáticas o que levam ao edema, exsudato e necrose tecidual (Grocott, Cowley, 2001). Como resultado, as lesões podem se tornar vegetantes, infectadas por fungos ou tornam-se ulceradas e

erosivas (Grocott, 1995b; Haisfield-Wolfe, Rund, 2002), com o leito variando de pálido a rosa (Clark, 2002).

A perda da vascularização nas feridas tumorais causa a necrose tecidual, tornando estas feridas friáveis propiciando ambiente ideal para o crescimento de bactérias anaeróbias, exsudato e odor fétido (Firmino, 2005; Grocott, Cowley, 2001).

As complicações decorrentes do avanço tumoral são: dor, infecção, irritação e edema, decorrentes da dificuldade de drenagem capilar e linfática (Grocott, Cowley, 2001).

A dor proveniente das feridas tumorais, referida pelos doentes, depende de inúmeros fatores como: localização da ferida, profundidade de invasão, dano tecidual, envolvimento nervoso e experiência dolorosa (Naylor, 2003).

Como consequência disto, a completa cicatrização não pode ser alcançada, tanto pela evolução da doença como por não responder ao tratamento preconizado, estando assim indicadas medidas paliativas adjuvantes para alívio dos sintomas (Price, Harding, 2004).

Os cuidados às feridas tumorais são direcionados ao controle da infecção, odor, manejo do exsudato e proteção da pele, minimizando o sangramento, reduzindo a dor, através de um curativo confortável, funcional e estético (Grocott, Cowley, 2001; Naylor, 2001; Clark, 2002; McDonald, Lesage, 2006), visando à limpeza criteriosa e desbridamento da colonização bacteriana local, com o uso de soluções antissépticas locais (Bates-Jensen et al., 2001).

A limpeza da ferida reduz o odor através da remoção de debris necróticos e diminuição da contagem bacteriana (Seaman, 2006), através da irrigação ou gaze embebida em água potável (Agency for Healthcare Policy and Research, 1994); em soro fisiológico 0,9% (Firmino, 2005); em peróxido de hidrogênio; em ácido acético (Van Leeuwen et al., 2000), em hipoclorito de sódio a 0,25%; em clorexidina a 4% ou a 1%, ou em iodopovidine (Agency for Healthcare Policy and Research, 1994; Nash et al., 1999; Naylor, 2003; Piggitt, 2003).

Para controle do odor e do exsudato podem ser usados espumas, hidrogéis, hidrocolóides, alginatos, copolímeros de amido e compressas de gaze (Seaman, 2006).

O uso do mel tem sido relatado para o cuidado paliativo de feridas, por liberar peróxido de hidrogênio em baixa concentração, o qual inibe o crescimento bacteriano e desbrida o ferimento (McDonald, Lesage, 2006).

Gazes vaselinadas podem ser utilizadas sobre o leito da ferida, como curativos primários, seguida de gazes não vaselinadas para conter a drenagem; devem ser trocados uma a duas vezes ao dia, dependendo do odor e exsudato apresentado; a pele ao redor da ferida deve ser protegida, devido sua fragilidade (Seaman, 2002).

O desbridamento pode ser utilizado como tratamento para reduzir a dor local pela eliminação de tecidos necróticos e bactérias; ao entanto, não é recomendado o desbridamento das feridas malignas por causa do risco de sangramento e de isquemia arterial devido ao ressecamento e baixo potencial de granulação (Fonder et al., 2008).

O uso sistêmico de analgésicos deve ser considerado antes da troca de cada curativo, por ter efeito rápido e curta duração (Sawynok, 2003). No entanto, para o controle da dor periférica relacionada a procedimentos, a lidocaína ou a benzocaína tópica podem ser úteis, principalmente, se aplicadas logo após a remoção do curativo, proporcionando analgesia adequada (Sawynok, 2003).

Vários agentes tópicos têm se mostrado promissores no controle da dor proveniente das feridas tumorais, dentre eles os opióides, os quais bloqueiam os receptores opióides periféricos (Sawynok, 2003). Além destes, formulações tópicas a base de lidocaína a 2,75% com óxido de zinco (Alvarez et al., 2007); o emplastro de lidocaína; a morfina, o gel de morfina 0,08% (Krajnik, Zbigniew, 1997) e o ibuprofeno, incorporados a curativos não-adesivos de espuma, tem sido relatados no controle da dor (Evans, Gray, 2005).

Zeppetella et al. (2003) estudaram a aplicação tópica da morfina em uma proporção de 10mg/1mL em 8g de gel, uma vez ao dia, e observaram redução significativa da dor.

A proteção da pele e das bordas da ferida tumoral pode ser realizada com pomada à base de óxido de zinco, alginato de cálcio, hidrogéis e curativos de espuma que na prática mostra-se efetiva como técnica de analgesia (Firmino, 2005; World Union of Wound Healing Societies, 2007).

As terapias adjuvantes para feridas neoplásicas são a cirurgia, radioterapia, terapia hormonal e a quimioterapia, as quais reduzem o tumor e a dor (Grocott, 2007).

Quando os doentes portadores de feridas tumorais recebem a orientação especializada, em relação ao cuidado da ferida, eles apresentam menos dor, odor, melhor qualidade de sono, aumento da autoconfiança e menor constrangimento social (Lo et al., 2008).

A seleção correta de um agente de limpeza e de um curativo nos doentes com feridas neoplásicas vegetantes constitui um desafio, pois eles apresentam grave deformidade, em virtude da grande quantidade de exsudato de úlceras, do desnudamento da pele, das fistulas e da necrose (Grocott, 2007; Chrisman, 2010).

3.4.6 Odor/Halitose

O odor torna-se o sintoma mais desagradável das feridas neoplásicas vegetantes, além de causar enojo e isolamento social do doente (Schulz, 2002). Isto é devido à oclusão dos vasos sanguíneos e pressão causada pelo crescimento tumoral, que provocam hipóxia tecidual, promovendo a liberação de ácidos voláteis pelas bactérias aeróbias e anaeróbias, produzindo odor característico (Poletti et al., 2002).

A medicação padrão para o controle do odor proveniente das feridas neoplásicas vegetantes cutâneas é o metronidazol, por ter amplo espectro de ação nas bactérias anaeróbias. Pode ser utilizado sob a forma de pó, solução, gel e creme (Grocott, 2007).

Na forma de pó, o qual é obtido através de comprimidos de 500mg macerados diretamente sobre a ferida e utilizado por um período de sete

dias (Institute for Clinical Systems Improvement, 2007). Em solução, a 0,5% ou a 1%, obtida através de comprimidos macerados em água destilada, pode ser utilizada para irrigação da ferida ou embebição em gaze (Finlay et al., 1996).

O metronidazol pode ser utilizado ainda macerado para feridas intra-bucais, sob a seguinte manipulação: comprimidos de 250mg de metronidazol diluídos na proporção de um comprimido para 50mL de água potável ou soro fisiológico, e acrescentar duas colheres de sopa de sulfadiazina de prata a 1% e uma colher de óleo mineral (Firmino, 2005).

Sob a forma de gel, o metronidazol pode ser utilizado em uma concentração variando de 0,75% a 0,8% (Kalinski et al., 2005). Poteete (1993) mostrou que o metronidazol, sob a forma de gel a 0,75%, controle de 84% da população anaeróbica de feridas neoplásicas vegetante.

O metronidazol em creme, na concentração a 1%, pode ser aplicado diretamente sobre a ferida uma a duas vezes ao dia ou em conjunto com o alginato de cálcio ou espuma (Kalinski et al., 2005).

O uso sistêmico de metronidazol tem sido relatado, porém seu uso contínuo por esta via leva a rápida intolerância gástrica (Ashford et al., 1980). O carvão ativado tem sido estudado, e age absorvendo o exsudato tumoral e os gases liberados pelos microorganismos, controlando o odor (Poletti et al., 2002).

Diante do exposto, poucas evidências são encontradas na literatura a cerca dos cuidados relativos às feridas neoplásicas vegetantes, em decorrência da falta de pesquisa na área (O'Meara et al., 2010).

3.4.7 Sangramento

O sangramento pode se manifestar na cavidade bucal como petéquias, equimoses, púrpuras ou franca hemorragia, podendo ser espontâneos ou precipitados por traumatismo ou doença pré-existente; doentes com trombocitopenia, doença periodontal, mobilidade dentária, técnicas traumáticas de higiene bucal, restaurações ásperas, dentes fraturados são mais susceptíveis a episódios de sangramento (Mealey et al., 1994).

O sangramento é uma complicação comum em doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço, geralmente causado por rupturas dos principais vasos do tumor, em decorrência dos tratamentos ou por traumatismo, durante a remoção de curativos (Poletti et al., 2002).

A abundância de capilares friáveis e a presença de coagulopatias, relacionadas à doença e aos tratamentos oncológicos, resultam em lesões malignas cutâneas sangrantes ao mínimo toque (Gagnon et al., 1998).

Para controle do sangramento bucal podem ser realizados bochechos com ácido aminocapróico (Epsilon®) (Rosenberg, 1990) ou aplicação de dispositivos contendo agentes anticoagulantes nos tecidos bucais, como Gelfoam®, Surgicel® (Semba et al., 1994).

Higiene com gaze, cotonetes ou esponjas embebidas em solução de clorexidina, salina ou bicarbonato de sódio são menos traumáticas e removem efetivamente resíduos alimentares (Naylor, Terezhalmay, 1988).

Em feridas malignas cutâneas, a melhor intervenção para o sangramento é a prevenção, através da delicada remoção dos curativos, do uso de curativos não aderentes e de produtos umectantes; quando os curativos aderirem às feridas, devem ser umedecidos com solução de soro fisiológico para minimizar o trauma, já em caso de sangramento, deve-se realizar pressão local por dez a 15 minutos ou aplicação local de gelo (Seaman, 2006).

Caso essas medidas sejam ineficazes pode-se lançar mão de agentes hemostáticos tópicos, como o alginato de cálcio que é derivado de algas ricas em cálcio que ativam a coagulação (Poletti et al., 2002), bem como o uso de gaze embebida em adrenalina 1:1000 (1mg/1mL) (Collier, 1997; Grocott, 1995a; Grocott, 1999), sucralfato em pasta (1g de sucralfato em 5mL de água potável), nitrato de prata (Coldwell, Sewell, 2005), gelatina absorvível (Gelfoam®, Pfizer), tromboplastina ou nitrato de prata em concentração de 0,5 a 1,0% (McDonald, Lesage, 2006) e o colágeno (Helistat®, LifeSciences Integra, Plainsboro) (Pereira, Phan, 2004).

Outras técnicas hemostáticas também podem ser utilizadas como a ligação, cauterização ou embolização das artérias que irrigam o tumor, os antifibrinolíticos, radioterapia (Barton, Parslow, 2001), quimioterapia e a cirurgia podem ser utilizados para se obter hemostasia, se compatível com as metas de cuidados paliativos propostas para estes doentes (Murakami et al., 2001).

3.4.8 Dor: causas do agravamento e tratamento

O Consenso de Dor Oncológica, realizado no Brasil, (Caponero, Melo, 2002) cita que em oncologia clínica, os cuidados paliativos objetivam o seguimento contínuo dos sinais de longa duração e dos sintomas causados pelo câncer e seu tratamento.

A dor é uma das principais queixas de doentes com câncer em todas as fases da doença (Bonica, 1985; Portenoy, 1989). No Brasil, a prevalência da dor no câncer é de aproximadamente 62% a 90%, dependendo da fase da doença; podendo estar presente em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado (Folley, Macaluso, 1992; Pimenta, 1995; Pimenta et al., 1997; Instituto Nacional do Câncer, 2001). Infelizmente, mais de 60% destes pacientes tem sua dor tratada inadequadamente (Pimenta, 1995).

Cerca de 50 a 92% dos pacientes apresentam dor diretamente relacionada ao câncer, entre os demais pacientes, 12 a 29% apresentam dor indiretamente relacionada ao câncer, e 5% a 20% ao tratamento antineoplásico (Instituto Nacional do Câncer, 2001).

A prevalência e a intensidade da dor no câncer variam de acordo com a localização do tumor, com a presença de metástases e com o estágio de evolução da neoplasia (Pimenta et al., 1997). A dor no câncer pode ser: sintoma inicial da doença (Marshall, Mahanna, 1997; Cuffari et al., 2006), decorrer do câncer em tratamento ou das seqüelas do seu tratamento (Lema et al., 2010); ou indicar estágio avançado da lesão (Siqueira et al., 2001).

Cuffari et al. (2006) apresentaram estudo retrospectivo, em amostra de 1400 pacientes com câncer de boca. Observaram que cerca de 20% dos pacientes procuraram atendimento devido às queixas de dor em diferentes regiões da boca, sendo 12 tipos diferentes de queixas. A localização da dor dependia da região acometida e do estágio do tumor, no entanto, a língua e o assoalho de boca foram regiões, mais relacionadas à presença de dor. Ainda que a dor estivesse presente nos estágios avançados da doença, em cerca de 10% dos pacientes, ela ocorreu nos estágios iniciais.

Para Epstein et al. (1999) e Schoeller (2002) o envolvimento direto pelo tumor é a causa mais freqüente de dor no doente com câncer. Ocorre em 65% a 85% dos doentes que chegam aos serviços de oncologia, e o tratamento é a causa da dor em 15% a 25% dos doentes que são tratados com quimioterapia, radioterapia ou cirurgia.

Doentes com câncer avançado em cuidados paliativos apresentam dor como queixa principal, e esta não se associa a nenhum tipo de câncer específico (Minson et al., 2011), assim como não se associa com necessidades de cuidados especiais (Sandgren et al., 2010). Sua prevalência é em mais de 75% dos doentes, e através dos protocolos da OMS, é possível controlá-la em mais de 90% dos casos (Jeba et al., 2010).

Em geral, a dor no câncer apresenta intensidade e frequência elevadas independentemente do diagnóstico tumoral, porém sua prevalência é maior em alguns tipos de câncer, dentre eles o de cabeça e pescoço que corresponde varia de 70% a 80% da população acometida (Sheed et al., 1980; Ethunandan et al., 2005; van den Beuken-van Everdingen, 2007).

Nos casos de câncer de boca avançado, 80 a 90% desses doentes sofrem dor devido a controle inadequado (Connelly, Schmidt, 2004; Benoliel et al., 2007). A dor geralmente agrava-se com a ansiedade secundária à percepção do câncer de boca, como também pela idade, gênero e magnitude tumoral (Narayanan, 1988). A presença de doenças locais como a cárie e a doença periodontal, ou complicações, como as doenças infecciosas também contribuem para a dor total destes doentes (Jales, Siqueira, 2009).

Zereu et al. (1994) e Perry et al. (2003) observaram que a intensidade e a percepção da dor no doente com câncer são influenciadas por vários fatores psicológicos, entretanto, em doentes com doença avançada, estes fatores exercem ainda mais influência, pois agravam o sintoma.

O controle farmacológico da dor baseia-se na Escala Analgésica da OMS, estando indicados, analgésicos, antiinflamatórios e drogas adjuvantes (Organização Mundial da Saúde, 1996; Guiblin, 2002).

Nestes doentes, os cuidados locais podem ser benéficos, como o uso de colutórios analgésicos e antissépticos. Aguiar (2002) e Siqueira et al. (2003) citam a água fenicada a 2% pelo seu efeito antisséptico e analgésico tópico. A morfina também pode ser utilizada sob a forma de bochechos a 1,0%, 2,0% e a 5,0% com alívio significativo da dor local (Cerchietti et al., 2010; Saroja et al., 2010).

É importante a realização de boa higiene bucal e o uso de analgésicos tópicos que permitam o controle periférico da dor, objetivando reduzir a dose de medicações sistêmicas, e de seus efeitos adversos,

conduzindo a melhora da qualidade de vida dos doentes (Epstein et al., 2007).

Kwong (2004) relata que o chá de camomila tem propriedades antiinflamatórias, antibacterianas e antifúngicas, proporcionando um efeito analgésico e calmante na mucosa bucal.

Para o controle da dor em feridas abertas preconiza-se o uso de gel anestésico, como a lidocaína (Seaman, 1985).

O laser terapêutico de baixa potência é outro recurso que pode ser útil no controle da dor local ou para auxiliar no processo cicatricial (Walsh, 1997).

3.4.9 Doenças bucais associadas

A existência de doenças bucais, como raízes dentárias infectadas ou doença periodontal contribuem para o agravamento do estado de saúde desses doentes e para piora da dor e, em virtude disso, os cuidados paliativos visam minimizar as complicações bucais através da melhora da higiene bucal (White et al., 2003).

A meta do cuidado bucal básico é a manutenção da saúde bucal, controle do biofilme dental, redução da irritação e do dano tecidual, manutenção da estabilidade tecidual e promoção do conforto (Epstein et al., 2007).

Para Paunovich et al. (2000), a capacidade do paciente de se cuidar deve ser avaliada, a fim de se desenvolver alternativas para melhorar a

escovação dental, como modificações nas escovas de dente, uso de escovas de dente elétricas, além de orientações ao cuidador; escovas de dente extra-macias são mais suaves aos tecidos bucais que as convencionais e devem ser usadas em associação aos cremes dentais sem lauril sulfato de sódio, para não estimular ou exacerbar a descamação da mucosa bucal (Kwong, 2004).

A solução de clorexidina a 0,12% é indicada para doentes com comprometimento médico, predispostos a infecções bucais; doentes com longa estadia em hospitais (Houston et al., 2002), idoso ou paciente elegível para cuidados paliativos, a fim de prevenir infecções bucais e/ou sistêmicas (Solomon et al., 1995).

Os antissépticos ou antimicrobianos bucais estão indicados para prevenção e tratamento de infecções, e podem ser usadas sob a forma de bochechos ou embebidas em gaze para a higiene bucal de doentes inconscientes, pelo menos seis vezes ao dia (Siqueira et al., 2003).

Os doentes devem ser orientados a remover suas próteses à noite e deixá-las em solução antisséptica, como clorexidina a 0,12% por trinta minutos ou solução com cloro a 2% (5mL ou uma colher de chá de alvejante em 250mL ou um copo de água) (Siqueira et al., 2003; Haveman, 2004).

A aplicação de adesivos na superfície da prótese está indicada, bem como o uso de lubrificantes à base de água, a fim de proporcionar a efetiva adesão da prótese à mucosa bucal, visto que a presença de xerostomia e a perda do volume facial podem causar diminuição da retenção da prótese (Sweeney et al., 1998; Paunovich et al., 2000; Siqueira et al., 2003).

Portanto, os cuidados com a saúde bucal são essenciais, visto que uma boca sem dor, livre de infecção e limpa facilita a manutenção do suporte nutricional, assim como proporciona uma qualidade de vida aos pacientes acometidos por essa enfermidade (Forbes, 1997; Paunovich et al., 2000; Wilwert, 2003).

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Para responder aos objetivos propostos foi realizado um ensaio clínico não-controlado, incluindo doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço e que estavam em tratamento exclusivo nos cuidados paliativos.

4.2 Local e período do estudo

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Cuidados Paliativos do Departamento de Clínica Médica e no Ambulatório do Grupo de Dor do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), no período compreendido entre setembro de 2006 a abril de 2009.

4.3 Amostra de conveniência

Foram avaliados consecutivamente 75 doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço. Eles apresentaram média de idade de $61,6 \pm 11,6$ anos, a mediana de 61,0 (variou de 31 a 97) anos; quanto ao gênero, 82,7% (n=62) eram do gênero masculino e 17,3% (n=13) do feminino. A amostra final totalizou 40 doentes (Figura 1).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo doentes com idade maior ou igual a 18 anos, com câncer de cabeça e pescoço confirmado através de análise anatômopatológica, em estágio avançado que estavam exclusivamente em cuidados paliativos e que consentiram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Os critérios utilizados pela Equipe de Cuidados Paliativos para considerar doentes em cuidados paliativos foram os seguintes: apresentar expectativa de vida menor ou igual a seis meses, o paciente não ter aceito ou ter desistido dos tratamentos oncológicos convencionais, capacidade funcional baixa (capacidade funcional menor ou igual a 70), câncer inoperável ou a presença de doença metastática.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os doentes que apresentavam incapacidades físicas, cognitivas ou transtornos mentais que impedissem ou dificultassem a realização da avaliação clínica orofacial, câncer de tireóide e doentes que se recusassem a participar do estudo.

Figura 1 - Fluxograma do estudo

4.4 Avaliação dos doentes

Os doentes selecionados foram submetidos a uma avaliação padronizada realizada por cirurgião-dentista treinado e experiente nas áreas de câncer de cabeça e pescoço e de dor orofacial.

4.4.1 Instrumentos de avaliação

O protocolo aplicado consistiu de avaliação clínica sistemática das estruturas cervicais, cranianas, facial, dental e de outras estruturas bucais baseada em instrumentos de avaliação padronizados, avaliação da dor, uso de opióides, qualidade de vida, capacidade funcional, prognóstico e a descrição do tipo de tratamento odontológico dispensado a estes doentes (Siqueira et al., 2004).

Foram utilizados no estudo os seguintes instrumentos:

- a.** Avaliação Odontológica através da Ficha Clínica da Equipe de Dor Orofacial/ATM - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (EDOF-HC) para identificação dos dados sócio-demográficos dos doentes e para determinar as características gerais da dor como: queixa, duração, localização, frequência, intensidade, fator inicial, tratamentos realizados, tipo de dor, fatores de melhora e de piora, presença freqüente de otalgia e/ou cefaléia, dores generalizadas no corpo e presença de morbidades associadas (Siqueira, Teixeira, 2001) (Anexo A);

- b.** Avaliação da intensidade de dor pela Escala Visual Analógica (EVA) que consiste de uma reta de 10cm em cujas extremidades constam as palavras sem dor (0) e pior dor imaginável (10). O paciente assinala na reta o ponto que representa a intensidade da sua dor (Anexo A);
- c.** Avaliação periodontal, através do índice gengival, para avaliação das alterações da forma e contorno dos tecidos periodontais (Silness, Løe, 1964) (Anexo B); avaliação quanto à presença de cálculo dentário; avaliação da mobilidade dentária (grau I: mobilidade da coroa dentária de 0,2 – 1mm no sentido horizontal; grau II: mobilidade da coroa dentária excedendo 1 mm no sentido horizontal e grau III: mobilidade da coroa dentária nos sentidos vertical e horizontal (Nyman, Lindhe, 2005) (Anexo A);
- d.** Avaliação subjetiva da melhora dos sintomas e sinais associados à doença, após o tratamento odontológico através da Escala Numérica de Dor (END) que varia de zero a 100%, sendo 0% a ausência de melhora e 100% a melhora total. A pergunta realizada foi à seguinte: “Quanto o Sr (a). acha que melhorou após o tratamento odontológico recebido?” (Fabri et al., 2009) (Anexo A);
- e.** Avaliação e classificação do odor presente nas feridas neoplásicas: Grau I= odor sentido ao abrir o curativo; Grau II= odor sentido sem abrir o curativo e Grau III= odor fétido e nauseante (Firmino, 2005) (Anexo A);

-
- f.** Avaliação do edema lingual em: leve, com discreto aumento de volume lingual; moderado, cujo aumento de volume lingual é de 1 a 2cm de espessura e intenso, cujo aumento de volume lingual é acima de 2,5cm podendo causar exteriorização ou protrusão lingual (Anexo A);
- g.** Avaliação da Condição de Saúde bucal através do Índice CPO-D, para avaliação das condições dentais do doente, sendo que as siglas significam: C=cariados, P=perdidos, O=obturados e D=dentes (World Health Organization, 1997) (Anexo B);
- h.** Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL, versão 4.0) versão validada para o português. Avalia os aspectos mais importantes para o doente nos últimos sete dias. Consta de 12 domínios ou questões relacionadas às funções específicas da região da cabeça e do pescoço (aparência, mastigação, deglutição, fala, ombro, paladar, saliva), como também daquelas relacionadas à atividade, recreação, dor, humor e ansiedade; cada questão apresenta de três a cinco categorias de respostas com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor), além do escore total, que é a média dos doze domínios. Apresenta também uma questão que permite ao paciente classificar quais destes domínios são os mais importantes para ele (até três opções de resposta) e também é composto por três questões gerais sobre sua qualidade de vida global e relacionada à saúde. Além disso, é o
-

único com uma questão aberta para os doentes fazerem seus comentários (Vartanian et al., 2006b) (Anexo C);

- i. Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky (*Karnofsky Performance Scale* - KPS), que é uma escala para avaliar a capacidade funcional "*Performance Status*" que acompanha a evolução clínica dos doentes. É pontuada de 0 a 100, incluindo desde o paciente moribundo ao assintomático: 80 a 100 pontos= o doente tem capacidade para desempenhar atividades da vida diária e trabalhar, e não necessita de cuidados especiais; 50 a 70 pontos= tem incapacidade para trabalhar, é capaz de ficar em casa e de dar conta da maioria das necessidades pessoais, e tem necessidade variável de assistência; 0 a 40 pontos= incapacidade para o autocuidado, requer o equivalente a cuidado institucional ou hospitalar, e há progressão rápida da doença (Karnofsky et al., 1948) (Anexo D);
- j. *Palliative Prognostic Index* (PPI), usado para estimar o prognóstico de doentes em fase terminal. É avaliado através de cinco itens: Escala de desempenho funcional de Karnofsky, apetite, edema, dispnéia de repouso e *delirium*; fornece um escore total da sobrevida média em dias. O escore total varia de 0 a 15 pontos. Quando os escores variam até menor ou igual a dois, estima-se uma sobrevida média de 90 dias; nos escores variando de maior que dois e menor ou igual a quatro, estima-se uma sobrevida de 60

dias; nos escores maiores que quatro estima-se uma sobrevida de 12 dias (Morita, 1999) (Anexo E);

- k.** Dados sócio-demográficos, avaliação social, presença de morbididades, histórico da doença pregressa e atual do doente através do seu prontuário médico: localização, estadiamento (Instituto Nacional do Câncer, 2004b) e tipo histológico do tumor, primeira manifestação da doença, profissional que realizou o diagnóstico, tempo decorrido entre o diagnóstico e encaminhamento a clínica de cuidados paliativos, terapias oncológicas prévias (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia sintomática somente), uso de outras vias de alimentação (sonda de gastrostomia ou sonda nasogástrica), presença de traqueostomia, dificuldades de fala e medicações em uso durante a avaliação inicial e tempo sobrevida após a inclusão no Ambulatório de Cuidados Paliativos.

4.5 Intervenções

4.5.1 Protocolo de cuidados odontológicos para doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço em cuidados paliativos

Os doentes foram tratados de acordo com suas necessidades individuais através do fluxograma para tratamento odontológico (Figura 2). A partir da avaliação inicial do doente na qual foi estabelecido o diagnóstico, indicado a terapêutica e, se necessário, a prescrição de medicação por formulação personalizada (Anexo F, Quadro 1 e 2). Esta foi elaborada junto à farmácia magistral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de acordo com a necessidade do doente, observando sua viabilidade e formas de apresentação. Na ausência do produto específico ou de matéria-prima, foi realizada a adaptação de fórmulas de acordo com as matérias-primas disponíveis na Divisão de Farmácia do HCFMUSP após discussão e planejamento junto à farmacêutica da equipe de cuidados paliativos.

Figura 2 - Fluxograma para o tratamento odontológico de doentes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos

O tratamento utilizado constou de cuidados básicos de acordo com medidas preventivas, curativas e paliativas (Jales, Siqueira, 2009):

- 1) Medidas preventivas: constou dos seguintes procedimentos.
 - a. Demonstração de higiene bucal, tanto para os doentes como para os cuidadores, para realizar a limpeza da cavidade bucal e das feridas; doentes que tinham dentes naturais receberam orientações de escovação com a técnica de Fones, nela os dentes ficam cerrados e realizam-se movimentos circulares nas superfícies dentárias lisas e movimentos ântero-posteriores nas superfícies oclusais; nos doentes desdentados totais foi indicado o uso de gaze e bochechos com antisséptico bucal (água fenicada 2%), além da higiene das próteses. Os procedimentos foram realizados sempre após as refeições. Quanto às feridas tumorais, bucais ou extrabuciais, foi indicado o uso de gaze embebida em soro fisiológico/antisséptico para a remoção de restos necróticos e resíduos;
 - b. Proteção das feridas extrabuciais com gaze e esparadrapo. Todos esses procedimentos foram demonstrados aos doentes/cuidadores.
- 2) Medidas curativas, cujo objetivo foi de curar as doenças odontológicas; consistiram de procedimentos que visam eliminar doenças odontológicas.
 - a. Tratamento de infecções oportunistas (candidíase bucal);

- b. Tratamento odontológico para cárie e doença periodontal, remoção de superfícies pontiagudas dos dentes, ajuste e reembasamento, com condicionadores teciduais, de próteses desadaptadas.
- 3) Medidas paliativas: consistiram de procedimentos para reduzir a dor e o desconforto e melhorar a qualidade de vida do doente.
- a. Controle da dor, do odor e secreção das feridas neoplásicas vegetantes através de soluções e pomadas tópicas analgésicas e antissépticas;
 - b. Alívio do desconforto causado pela xerostomia através da hidratação local, saliva artificial e hidratante bucal sob a forma de gel;
 - c. Orientação dietética para evitar alimentos cítricos, condimentados, picantes ou quentes, a fim de proteger a mucosa bucal ressecada. Todas essas orientações foram escritas aos doentes/cuidadores;

O protocolo de cuidados odontológicos em síntese acima descrito foi aplicado e sua efetividade foi avaliada de acordo com os períodos abaixo descritos.

4.6 Períodos de avaliação

A inclusão do doente ao estudo ocorreu no dia da sua inclusão ao ambulatório de cuidados paliativos. A avaliação odontológica foi realizada após a avaliação médica em dois períodos:

- a) Pré-tratamento odontológico
- b) Pós-tratamento odontológico: avaliação ocorreu no primeiro retorno após o tratamento odontológico. O intervalo de retorno variou entre os pacientes devido à sua condição clínica.

Os instrumentos utilizados no estudo foram aplicados de acordo com os períodos de avaliação (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência da aplicação dos instrumentos utilizados no estudo

Instrumentos	Pré-tratamento odontológico	Pós-tratamento odontológico
EDOF-HC	X	X
EVA	X	X
Avaliação periodontal	X	-
END	X	X
Avaliação do odor das feridas neoplásicas	X	X
Avaliação do edema lingual	X	X
Índice CPO-D	X	-
UW-QOL	X	X
KPS	X	X
PPI	X	X
Prontuário médico	X	X

4.7 Procedimento de coleta dos dados

Os doentes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

4.7.1 Aspectos éticos

Os doentes foram incluídos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) no período pré-tratamento odontológico. Este termo foi elaborado conforme o preconizado na resolução 196/96 relativa às Diretrizes Éticas e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996), contendo informações sobre o objetivo e finalidades da pesquisa, direito de recusar a participar sem sofrer nenhum tipo de dano e a autorização para a realização da avaliação odontológica. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pela Comissão de Ética para análise de projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CAPPesq sob o número 785/06 (Apêndices 2, 3 e 4).

4.8 Análises dos dados

Os dados foram armazenados e avaliados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. As variáveis classificatórias foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) (Rosner, 1994).

Os domínios da qualidade de vida que não apresentaram distribuição normal foram representados como mediana 1º e 3º quartil. Para a comparação entre os períodos pré e pós-tratamento odontológico foi utilizado o teste dos Sinais de Wilcoxon. A média de todos os domínios apresentou distribuição normal, foi representada com média e desvio padrão e comparada com teste t de Student Pareado, assim como os escores PPI, EVA e KPS (Rosner, 1994).

Para a análise das localizações tumorais foi realizada uma estratificação da amostra em três grupos, de acordo com a gravidade do tumor e comparadas através do teste de Mann-Whitney. As médias dos escores totais segundo a localização foram avaliadas com Análise de Variância (ANOVA). Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, avaliadas em duas ou mais classes, utilizou-se o teste de Kruskal-

Wallis. Quando significativo, utilizou-se o teste de Dunn para discriminar as diferenças entre as classes (Rosner, 1994).

A correlação entre as variáveis que não apresentaram distribuição normal foi avaliada com o coeficiente de correlação de Spearman (Rosner, 1994).

A diferença entre os períodos pré e pós-tratamento odontológico dos domínios e o escore total da qualidade de vida foi classificada em melhora e piora/manteve.

A concordância entre as variáveis classificatórias avaliadas nos momentos pré e pós-tratamento odontológico foram avaliadas com o teste de McNemar (Rosner, 1994). As questões gerais (QG) (A, B e C) foram comparadas através do teste dos Sinais de Wilcoxon (Rosner, 1994).

Realizou-se análise univariada e multivariada da classe de piora/manteve da média de qualidade de vida utilizando-se regressão logística. As variáveis que apresentaram $p < 0,10$, na análise univariada, foram utilizadas na análise multivariada com critério *stepwise* de seleção de variáveis preditoras (Rosner, 1994).

Realizou-se análise univariada e multivariada da sobrevida utilizando-se modelo de riscos proporcionais de Cox. As variáveis que apresentaram $p < 0,10$, na análise univariada, foram utilizadas na análise multivariada com critério “*stepwise*” de seleção de variáveis preditoras. Representaram-se as curvas de sobrevida com o procedimento de *Kaplan-Meier* e comparação pelo teste de *log-rank* (Rosner, 1994).

Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes, exceto para as variáveis da análise univariada ($p < 0,10$).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

5.1.1 Características sócio-demográficas da amostra

Dos 40 doentes que preencheram os critérios de inclusão ao estudo, a idade média foi de $60,4 \pm 10,8$ anos, mediana de 60,5 (variando de 38 a 79 anos); 90,0% (n=36) eram do gênero masculino e 10,0% (n=4) eram do gênero feminino. Em relação ao estado civil, 62,5% (n=25) eram casados. Em relação à ocupação, 57,5% (n=23) eram aposentados. Em relação aos hábitos de vida, 75,0% (n=30) eram ex-tabagistas.

As visitas de acompanhamento apresentaram uma mediana de 2,0 (variou de 2 a 14) visitas e foram agendadas com intervalo mediano de 15,0 (variou de 7 a 60) dias, conforme critério médico.

O tempo médio de seguimento foi de $4,2 \pm 4,0$ meses, com mediana de 2,7 (variou de 9,0 dias a 16,8) meses (Tabela 2).

...

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos doentes (n = 40)

Variável		
Idade (média $\pm$ dp)		60,4 $\pm$ 10,8 (anos)
Gênero	Feminino	10,0% (n=4)
	Masculino	90,0% (n=36)
Estado Civil	Casado	62,5% (n=25)
	Solteiro	17,5% (n=7)
	Divorciado	15,0% (n=6)
	Viúvo	5,0% (n=2)
Ocupação	Aposentado	57,5% (n=23)
	Auxílio-doença	15,0% (n=6)
	Pedreiro	7,5% (n=3)
	Outras	20,0% (n=8)
Hábitos*	Ex-tabagista	75,0% (n=30)
	Ex-etilista	62,5% (n=25)
	Associação**	52,5% (n=21)
	Tabagista	17,5% (n=7)
	Etilista	2,5% (n=1)
	Ausente	2,5% (n=1)
Problemas sociais	Presente	50,0% (n=20)
Tempo de acompanhamento	Média $\pm$ Dp	4,2 $\pm$ 4,0 (meses)

(*) Não especificado no prontuário médico em 5,0% (n=2); (**) Associação de ex-tabagista/ex-etilista

Problemas sociais foram observados em 50,0% (n=20) da amostra, como alcoolismo em 60,0% (n=12), perda de vínculo familiar em 50,0% (n=10), problemas de ordem financeira em 20,0% (n=4), problemas de

relacionamento em 15,0% (n=3), dificuldade no cuidado em 10,0% (n=2), uso de drogas em 5,0% (n=1) e isolamento social em 5,0% (n=1).

5.1.2 Características do tumor e história pregressa da doença

As primeiras manifestações da doença mais comumente relatadas no momento do diagnóstico foram: dor em 55,0% (n=22), ferida em 20,0% (n=8), disfonia em 10,0% (n=4), nódulo em 10,0% (n=4), mancha em 5,0% (n=2), tosse em 2,5% (n=1), prurido em 2,5% (n=1), dispnéia em 2,5% (n=1), alteração do globo ocular em 2,5% (n=1) e não souberam informar 5,0% (n=2). Cerca de 15,0% (n=6) dos doentes apresentaram duas manifestações iniciais.

O diagnóstico da doença foi realizado por: cirurgião de cabeça e pescoço em 45,0% (n=18) dos doentes, cirurgião dentista em 20,0% (n=8), otorrinolaringologista em 15,0% (n=6), cirurgião geral em 12,5% (n=5), neurologista em 2,5% (n=1) e não souberam informar em 5,0% (n=2) dos doentes.

O tipo histológico predominante em 100,0% (n=40) da amostra foi o carcinoma, sendo 97,5% (n=39) espinocelulares e 2,5% (n=1) adenóide cístico.

A localização tumoral está descrita na Tabela 3; 27,5% (n=11) dos doentes não apresentavam estadiamento tumoral de acordo com a Classificação de Tumores Malignos (TNM) (Instituto Nacional do Câncer, 2004b).

Tabela 3 - Distribuição dos doentes segundo localização e estadiamento tumoral de acordo com o prontuário médico (n=40)

Localização tumoral*	n	%	Estadiamento	n	%
Orofaringe	26	65,0	T4	26	89,6
Lábios e cavidade bucal	14	35,0	T3	2	6,9
Laringe	11	27,5	TX	1	3,4
Hipofaringe	6	15,0	N3	6	20,7
Nasofaringe	4	10,0	N2	13	44,8
Rinofaringe	2	5,0	N1	5	17,2
Glândula salivar	2	5,0	N0	4	13,8
Cavidade Nasal	1	2,5			
Seios maxilares	1	2,5			

(*) Padronização da localização tumoral de acordo com o TNM: Classificação de Tumores Malignos

Quanto à localização do tumor, 42,5% (n=17) apresentavam somente uma localização, 40,0% (n=16) apresentavam duas, 12,5% (n=5) apresentavam três e 5,0% (n=2) apresentavam quatro localizações tumorais.

Metástases estavam presentes em 52,5% (n=21) dos doentes, sendo que 17,5% (n=7) eram pulmonares, 2,5% (n=1) eram hepáticas, 20,0% (n=8) eram cervicais e 12,5% (n=5) eram ósseas. Recidiva tumoral foi encontrada em 22,5% (n=9) dos doentes.

A Tabela 4 mostra os tratamentos oncológicos recebidos pelos doentes antes do seu encaminhamento aos cuidados paliativos.

Tabela 4 - Relação dos tratamentos oncológicos aplicados aos doentes com câncer de cabeça e pescoço antes do seu encaminhamento ao Ambulatório de Cuidados Paliativos (n = 40)

Tratamentos oncológicos	n	%
Quimioterapia	27	67,5
Radioterapia	25	62,5
Radioterapia + quimioterapia	22	55,5
Cirurgia	11	27,5
Radioterapia + quimioterapia + cirurgia	10	25,0
Somente sintomático	10	25,0
Quimioterapia + cirurgia	1	2,5

As terapias oncológicas prévias mais comumente observadas incluíram quimioterapia em 67,5% (n=27) e radioterapia em 62,5% (n=25) dos doentes. Em 20,0% (n=8) o diagnóstico foi tardio e a doença estava avançada, e em 5,0% (n=2) as morbididades comprometeram o tratamento oncológico curativo.

O tempo mediano transcorrido entre o diagnóstico do tumor e o encaminhamento dos doentes à clínica de cuidados paliativos foi de 12,5 (variou de 4 a 120) meses.

5.1.3 Condição clínica

5.1.3.1 Avaliação das morbidades associadas na amostra estudada

Quanto à presença de morbidades associadas, estavam presentes em 75,0% (n=30), destas 67,5% (n=27) apresentavam mais de uma morbidade, com mediana de 3,0 (variou de 1 a 9).

As morbidades mais freqüentemente observadas foram: doenças cardiovasculares em 72,5% (n=30) e depressão em 27,5% (n=11) da amostra (Tabela 5).

Tabela 5 - Morbidades presentes na amostra avaliada (n=40)

Morbidades associadas	n	%
Doenças cardiovasculares	30	72,5
Depressão	11	27,5
Gastrite	9	22,5
Doenças pulmonares	8	20,0
Hipotireoidismo	5	12,5
Neoplasia de esôfago	5	12,5
Insuficiência renal	5	12,5
Dislipidemia	4	10,0
Doenças hematológicas	3	7,5
Hepatite B	2	5,0
Artrite	2	5,0
Epilepsia	2	5,0
Herpes zoster	2	5,0
Osteoporose	2	5,0
<i>Diabetes mellitus</i>	2	5,0
Hepatite C	1	2,5
Vírus da imunodeficiência humana	1	2,5
Cirroze	1	2,5
Hanseníase	1	2,5
Hiperplasia prostática	1	2,5
Seqüela de poliomielite	1	2,5

5.1.3.2 Presença de dispositivos auxiliares à sobrevivência

Quanto às vias de alimentação, a via oral foi observada em 52,5% (n=21) da amostra. A sonda nasogástrica e a sonda de gastrostomia estavam presentes em 22,5% (n=9) e 25,0% (n=10) dos doentes, respectivamente. Endopróteses para facilitar a deglutição foram encontradas em 5,0% (n=2) dos doentes.

Quanto à capacidade de respiração, 45,0% (n=18) dos doentes eram traqueostomizados.

Quanto à capacidade de comunicação, 50,0% (n=20) eram disfônicos e 27,5% (n=11) eram afônicos.

5.1.3.3 Avaliação da capacidade funcional “*performance status*” da amostra estudada

A média do escore do KPS pré-tratamento odontológico foi de $69,5 \pm 14,5$.

Quanto às condições de deambulação, 77,5% (n=31) dos doentes estavam aptos a deambular independentemente, 17,5% (n=7) locomoviam-se com auxílio de cadeira de rodas e 5,0% (n=2) com auxílio de maca.

5.1.3.4 Avaliação do prognóstico da amostra estudada

A média do escore do PPI da amostra estudada pré-tratamento odontológico foi de $3,4 \pm 2,0$.

5.1.4 Queixas principais obtidas durante a avaliação odontológica

As queixas principais mais comumente relatadas pelos doentes no momento da avaliação odontológica foram: dor em 67,5% (n=27) e disfagia em 22,5% (n=9) (Tabela 6).

Tabela 6 - Queixas principais não espontâneas obtidas durante a anamnese (n=40)

Queixas principais*	n	%
Dor	27	67,5
Disfagia	9	22,5
Xerostomia	6	15,0
Babação	6	15,0
Odinofagia	4	10,0
Edema lingual	4	10,0
Impossibilidade de mastigar	3	7,5
Impossibilidade de deglutir	2	5,0
Ferida tumoral	2	5,0
Secreção orofaríngea	2	5,0
Traumatismo por prótese	2	5,0
Limitação cervical	1	2,5
Impossibilidade de falar	1	2,5
Afonia	1	2,5
Edema submandibular	1	2,5
Falta de dentes	1	2,5
Sangramento gengival	1	2,5

(*) 57,5% (n=23) apresentaram mais de uma destas queixas concomitantemente

Em relação ao número de queixas principais, observou-se uma mediana de 3,0 (variou de 1,0 a 6,0) queixas por doente; 20,0% (n=8) relataram uma única queixa principal, 57,5% (n=23) doentes apresentaram mais de uma destas queixas concomitantemente. Em relação à distribuição do número de queixas, observou-se: 52,2% (n=12) apresentaram duas queixas principais, 47,8% (n=11) três, 21,7% (n=5) quatro e 8,7% (n=2), cinco e seis queixas principais, respectivamente.

Em relação ao número de locais das queixas principais, observou-se uma mediana de 2,0 (variou de 1,0 a 5,0) locais de queixas por doente; 27,5% (n=11) apresentaram um local de queixa principal, 72,5% (n=29) dos doentes apresentaram mais de um local de queixa concomitantemente. Em relação à distribuição dos locais de queixas observou-se: 51,7% (n=15) apresentaram dois locais de queixas principais, 27,6% (n=8) três, 13,8% (n=4) quatro e 6,9% (n=2), cinco locais de queixas principais.

5.1.5 Sinais e sintomas orofaciais presentes à avaliação odontológica

Os sinais mais frequentemente encontrados nestes doentes foram as lesões bucais em 70,0% (n=28), lesões extrabucais em 52,5% (n=21) e a babação em 45,5% (n=18). O odor das feridas tumorais detectado em 25,0% (n=10) dos doentes teve a seguinte distribuição: grau I em 15,0% (n=6), grau II em 7,5% (n=3) e grau III em 2,5% (n=1). Edema lingual foi observado em 32,5% (n=13) dos doentes, havendo edema e protrusão lingual em 17,5%

(n=7) e edentação lingual devido ao edema da língua em 12,5% (n=5). Infecções oportunistas foram observadas em 30,0% (n=12) da amostra; destas 15,0% (n=6) eram bacterianas e 15,0% (n=6) eram fúngicas.

O sintoma mais frequentemente relatado por estes doentes foi a dor em 82,5% (n=33) e a disfagia em 75,0% (n=30).

A Tabela 7 mostra os sinais e sintomas detectados durante o exame físico odontológico.

Tabela 7 - Sinais e sintomas orofaciais detectados na amostra avaliada (n=40)

Sinais e sintomas orofaciais*	n	%
Dor	33	82,5
Disfagia	30	75,0
Lesões bucais	28	70,0
Lesões extra-bucais	21	52,5
Babação	18	45,5
Trismo	17	42,5
Xerostomia	14	35,0
Edema lingual	13	32,5
Infecções oportunistas	12	30,0
Odor das feridas	10	25,0
Edema facial	10	25,0
Edema labial	3	7,5
Sangramento tumoral	3	7,5
Disgeusia	2	5,0
Osteorradioneccrose	1	2,5

(*)100% (n=40) apresentavam mais de um sinal ou sintoma orofacial concomitantemente

5.1.5.1 Características das lesões bucais e extrabuciais

Lesões bucais estiveram presentes em 70,0% (n=28) dos doentes. Destas, 60,7% (n=17) apresentavam mais de uma localização para estas lesões, sendo 64,7% (n=11) duas, 23,5% (n=4) três e 17,6% (n=3) quatro localizações para as lesões bucais. Em 30,0% (n=12) estavam ausentes.

Em relação à localização das lesões bucais, a língua foi a mais frequentemente observada em 50,0% dos doentes (Tabela 8).

Tabela 8 - Localização das lesões bucais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=28)

Localização das lesões bucais*	n	%
Língua	14	50,0
Palato duro	9	32,1
Retromolar	6	21,4
Assoalho bucal	6	21,4
Rebordo alveolar	5	17,8
Mucosa jugal	5	17,8
Pilar amigdaliano	3	10,7
Mucosa bucal generalizada	2	7,1
Mandíbula	2	7,1
Palato mole	2	7,1

(*) 60,7% (n=17) apresentavam mais de uma localização para estas lesões
% obtida sobre o número de doentes com lesões bucais

Em relação às características das lesões bucais, 82,1% (n=23) eram expostas e 71,4% (n=20) eram tumorais (Tabela 9).

Tabela 9 - Características das lesões bucais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=28)

Características das lesões bucais*	n	%
Lesões exofíticas	14	50,0
Lesões ulceradas	11	39,3
Lesões eritematosas/traumáticas	7	25,0
Lesões ósseas	6	21,4
Lesões fúngicas	6	21,4

(*) 50,0% (n=14) apresentavam mais de uma característica simultaneamente
% obtida sobre o número de doentes com lesões bucais

Lesões extrabuciais estavam presentes em 52,5% (n=21). Destas, 38,1% (n=8) apresentavam mais de uma localização para estas lesões, sendo 23,8% (n=5) duas, 9,5% (n=2) três e 4,8% (n=1) quatro localizações para as lesões extrabuciais. Em 47,5% (n=19) estavam ausentes.

Em relação à localização das lesões extrabuciais, a região submandibular foi a mais frequentemente observada em 57,1% dos doentes (Tabela 10).

Tabela 10 - Localização das lesões extrabuciais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=21)

Localização das lesões extrabuciais*	n	%
Submandibular	12	57,1
Cervical	5	23,8
Mentual	4	19,0
Hemiface	3	14,3
Periauricular	3	14,3
Lábios	2	9,5
Terço inferior da face	1	4,8
Terço médio da face	1	4,8
Traquéia	1	4,8
Sublingual	1	4,8

(*) 38,1% (n=8) apresentavam mais de uma localização para estas lesões
% obtida sobre o número de doentes com lesões extrabuciais

Em relação às características das lesões extrabucais, 85,7% (n=18) eram tumorais e 66,7% (n=14) eram expostas (Tabela 11).

Tabela 11 - Características das lesões extrabucais observadas durante a avaliação odontológica da amostra (n=21)

Características das lesões extrabucais*	n	%
Lesões nodulares	10	47,6
Comunicação bucal e extrabucal	8	38,1
Lesões exofíticas/vegetante	7	33,3
Lesões ulceradas	6	28,6
Lesões ósseas	3	14,3
Lesões eritematosas/traumáticas	1	4,8
Lesões papulosas	1	4,8

(*) 33,3% (n=7) apresentavam mais de uma característica simultaneamente
% obtida sobre o número de doentes com lesões bucais

5.1.5.2 Características gerais das queixas de dor da amostra estudada

A dor estava presente em 82,5% (n=33) dos doentes e foi descrita como a queixa principal em 67,5% (n=27) deles. O tempo mediano de duração da dor foi de 8,0 meses (variou de 2 a 60 meses). A periodicidade foi diária em 90,9% (n=30), espontânea em 71,9% (n=23), o período de aparecimento foi indiferente em 75,8% (n=25), duração foi de minutos em 39,4% (n=13), acordava durante o sono em 60,6% (n=20), o pior horário foi indiferente em 48,5% (n=16), a dor piorava ao falar em 21,2% (n=7) e acalmava com medicação em 78,8% (n=26). A dor foi descrita como:

latejante em 45,5% (n=15). Mais de um descritor foi relatado em 54,5% (n=18) dos doentes (Tabela 12). A intensidade de dor foi relatada como forte em 45,4% (n=15) dos doentes. A média da intensidade de dor (EVA) foi de $5,4 \pm 3,4$.

Tabela 12 - Descritores mais comumente encontrados na região orofacial (n=33)

Descritores	n	%
Latejante	15	45,4
Contínua	11	33,3
Queimação	8	24,2
Agulhada	6	18,2
Choque	6	18,2
Pontada	4	12,1
Constante	1	3,0
Fisgada	1	3,0
Furada	1	3,0
Ferroada	1	3,0
Peso	2	3,0
Beliscão	1	3,0
Coceira	1	3,0

% obtida sobre o número de doentes com dor

A localização da dor mais comumente observada foi na mandíbula em 33,3% (n=11). A localização da dor está demonstrada na Tabela 13.

Tabela 13 - Localização das dores orofaciais obtidas na anamnese (n=33)

Localização da dor*	n	%
Mandíbula	11	33,3
Masseter	8	24,2
Mentual	8	24,2
Língua	7	21,2
Cervical	7	21,2
Garganta	5	15,2
Pré-auricular	3	9,1
Temporal	2	6,1
Terço médio inferior da face	2	6,1
Dentes	2	6,1
Rebordo alveolar	2	6,1
Ouvido	2	6,1
Gengiva	1	3,0
Retromolar	1	3,0
Frontal	1	3,0

(*) Quanto à localização da dor, 66,6% (n=22) apresentavam mais de uma localização % obtida sobre o número de doentes com dor

Dor aos movimentos mandibulares ocorreu em 63,6% (n=21), destes, 30,3% (n=10) apresentaram dor em todos os movimentos realizados. Dor no corpo foi relatada por 54,5% (n=18) dos doentes.

A Tabela 14 mostra as diferentes regiões do corpo em que os doentes relataram ter dor.

Tabela 14 - Regiões álgicas corpóreas relatadas pelos doentes durante a anamnese

Queixa de dor	n	%
Dor orofacial	33	82,5
Cefaléia	17	51,5
Otalgia	16	48,5
Dor em outras regiões do corpo	18	54,5

% obtida sobre o número de doentes com dor

Movimentos cervicais dolorosos ocorreram em 51,5% (n=17) dos doentes, destes, 27,3% (n=9) apresentaram dor em todos os movimentos realizados.

Alterações de sensibilidade na região orofacial foram observadas em 48,5% (n=16) dos doentes, dentre elas: alodínea em 31,5% (n=5), hipoestesia tátil em 25,0% (n=4), hipoestesia dolorosa em 18,8% (n=3), hiperalgesia em 12,5% (n=2) e anestesia dolorosa em 6,3% (n=1). Em 18,8% (n=3) dos doentes ocorreram concomitantemente dois tipos de alterações sensitivas.

5.1.6 Medicamentos em uso pelos doentes para controle da dor, doenças crônicas sistêmicas ou outros sintomas

Em relação à escala analgésica da OMS, 12,5% (n=5) dos doentes faziam uso do primeiro degrau da escada, 15,0% (n=6) faziam uso do segundo degrau da escada e 70,0% (n=28) faziam uso do terceiro degrau da escada. O uso de medicamentos para o controle de doenças crônicas sistêmicas ocorreu em 62,5% (n=25) da amostra.

Em relação ao número total de medicamentos utilizadas pela amostra estudada, observou-se uma mediana de 6,0 (variou de 5-8) medicamentos por doentes (Tabela 15).

Tabela 15 - Número total de medicamentos em uso, número de medicamentos analgésicos, adjuvantes, sintomáticos e para doenças de base utilizadas pelos doentes da amostra (n=40)

Medicamentos	Mediana (V. mín.- V. máx.)
Total	6 (5-8)
Analgésicos	2 (2-3)
Adjuvantes	1 (0-2)
Sintomáticos	2 (1-2)
Doenças de base	1 (0-2)

5.1.7 Condição dental e periodontal

Em relação às condições dentárias, 17,5% (n=7) apresentavam cárie dentária, 12,5% (n=5) raízes residuais; 45,0% (n=18) dos doentes eram desdentados totais; 12,5% (n=5) doentes utilizavam próteses totais superiores e inferiores. A média do índice CPO-D encontrada na amostra estudada foi de $26,1 \pm 8,7$ (Tabela 16).

Tabela 16 - Índice CPOD da amostra avaliada (n=39)

Condição de saúde bucal*	n	Média±DP
Índice CPOD	39	$26,1 \pm 8,7$
Cariados	39	$1,2 \pm 2,9$
Perdidos	39	$23,8 \pm 10,0$
Obturados	39	$1,2 \pm 3,0$

*Em 2,5% (n=1) da amostra não foi possível visualizar ao exame físico

Em relação à avaliação periodontal foi encontrado: cálculo dentário em 28,2% (n=11) e dentes flutuando em extensa massa tumoral foram encontrados em 10,2% (n=4) dos doentes (Tabela 17).

Tabela 17 - Condição periodontal da amostra avaliada (n=39)

Condição periodontal*	n	%
Cálculo dentário	11	28,2
Gengivite**	8	20,5
Índice gengival 1	2	25,0
Índice gengival 2	5	62,5
Índice gengival 3	1	12,5
Mobilidade dentária***	4	10,2

(*) Em 2,5% (n=1) da amostra não foi possível visualizar ao exame físico

(**) % do índice gengival obtida sobre o número de doentes com gengivite

(***) Mobilidade dentária grau II em seis dentes de cada doente

Todos os doentes (n=40) apresentavam higiene bucal precária (resíduos alimentares), 40,0% (n=16) apresentavam saburra lingual, 12,5% (n=5) apresentavam língua despapilada, 22,5% (n=9) apresentavam as mucosas orais ressecadas, dois implantes dentários mandibulares foram encontrados em 2,5% (n=1) dos doentes.

5.1.8 Qualidade de vida relacionada à saúde

O escore total da qualidade de vida pré-tratamento odontológico através do UW-QOL foi de $50,2 \pm 14,5$.

O domínio mastigação apresentou os piores escores de qualidade de vida em 77,5% (n=31) dos doentes. Boa capacidade mastigatória foi relatada somente por 7,5% (n=3) dos doentes.

Em relação à avaliação do impacto do gênero masculino e feminino nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio atividade ($p=0,031$), deglutição ($p=0,043$) e no escore total ($p=0,020$). Portanto, o gênero feminino apresentou melhor qualidade de vida relacionada à atividade, à deglutição e ao escore total. Os resultados podem ser observados na Tabela 18.

Na avaliação do impacto da idade inferior e superior a 60 anos nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes. Os resultados podem ser observados na Tabela 18.

Na avaliação do impacto do tamanho do tumor (T3 e T4) e da presença (N0) e do tamanho do nódulo (N1, N2, N3 e N4) nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes. Os resultados podem ser observados na Tabela 18.

Na avaliação do impacto das diversas localizações tumorais, nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, observou-se que havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao domínio ombro ($p=0,028$) (Tabela 18).

O teste de Dunn mostrou que as diferenças no domínio ombro ($p=0,028$) ocorreram entre o grupo da cavidade bucal e o grupo da faringe ($p<0,05$), sendo piores os valores do ombro neste último (Tabela 18).

Tabela 18 - Avaliação do impacto do gênero, idade, estadiamento (T e N) e das localizações tumorais (cavidade bucal, faringe e laringe), nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)

Variável	Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Média
	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Deglutição	Mastigação	Fala	Ombro	Paladar	Saliva	Humor	Ansiedade	
Feminino	75 (0-100)	75 (50-100)	75 (50-100)	50 (25-75)	33 (33-100)	0 (0-50)	100 (0-100)	100 (67-100)	0 (0-33)	33 (0-67)	75 (25-75)	33 (0-100)	64±17
Masculino	50 (25-50)	75 (50-75)	50 (25-75)	25 (25-50)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (33-67)	100 (100-100)	100 (0-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-67)	46±14
p	0,242	0,318	0,031*	0,175	0,043*	0,096	0,067	0,930	0,259	0,525	0,627	0,427	0,020**
<60 anos	50 (25-50)	75 (50-75)	50 (50-75)	25 (25-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (0-67)	100 (100-100)	100 (0-100)	33 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	47±18
>60 anos	50 (25-100)	75 (50-75)	50 (0-75)	25 (25-50)	33 (0-33)	0 (0-50)	67 (33-67)	100 (100-100)	33 (0-100)	67 (33-100)	50 (25-75)	33 (0-67)	48±13
p*	0,090	1,000	0,143	0,966	0,551	0,405	0,471	0,953	0,404	0,691	0,301	0,619	0,833
T3	75 (50-100)	63 (50-75)	25 (0-50)	50 (25-75)	17 (0-33)	0 (0-0)	50 (33-67)	0 (0-0)	67 (33-100)	67 (33-100)	38 (0-75)	50 (33-67)	45±7
T4	50 (25-75)	75 (75-100)	63 (50-75)	50 (25-100)	33 (33-100)	0 (0-50)	67 (33-67)	100 (100-100)	50 (0-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	50±17
p*	1,000	0,550	0,273	1,000	1,000	0,594	0,762	0,113	0,442	0,817	0,821	0,821	0,682
N0	25 (0-50)	75 (75-75)	75 (50-100)	25 (25-25)	67 (0-100)	0 (0-0)	67 (33-67)	100 (100-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	50 (50-100)	0 (0-33)	48±23
N1	75 (38-88)	75 (63-88)	75 (63-88)	75 (50-88)	100 (67-100)	0 (0-25)	100 (50-100)	100 (84-100)	33 (17-67)	33 (17-50)	75 (75-75)	100 (50-100)	57±19
N2	50 (25-50)	75 (75-100)	50 (50-50)	50 (25-50)	33 (33-33)	0 (0-50)	33 (33-67)	100 (100-100)	100 (0-100)	67 (33-100)	50 (25-75)	33 (0-33)	48±12
N3	75 (50-100)	75 (75-75)	38 (0-75)	63 (25-100)	0 (0-0)	0 (0-0)	50 (33-67)	50 (0-100)	17 (0-33)	33 (33-33)	50 (25-75)	34 (0-67)	43±15
p***	0,154	0,633	0,314	0,927	0,231	0,525	0,305	0,606	0,438	0,241	0,196	0,505	0,54****
Cavidade bucal	50 (50-75)	75 (75-75)	100 (50-100)	100 (75-100)	100 (50-100)	0 (0-0)	67 (67-84)	100 (100-100)	100 (50-100)	67 (50-84)	75 (75-88)	33 (17-67)	55±14
Faringe	50 (25-100)	75 (75-100)	50 (50-75)	50 (25-75)	33 (33-33)	0 (0-50)	50 (33-67)	100 (67-100)	17 (0-100)	33 (33-100)	50 (25-75)	33 (33-100)	43±16
Laringe	50 (5-63)	100 (8-100)	50 (38-63)	25 (25-25)	33 (17-67)	50 (25-75)	33 (17-50)	100 (100-100)	100 (84-100)	100 (84-100)	50 (38-63)	0 (0-17)	51±12
p	0,971	0,949	0,768	0,172	0,818	0,361	0,423	0,028***	0,070	0,273	0,420	0,351	0,091****

<= menor que; >=maior que; T3/T4= tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário; N0=ausência de metástases em linfonodos regionais; N1/N2/N3= comprometimento crescente dos linfonodos regionais; (*) nível descritivo de probabilidade do teste de Mann-Whitney; (**) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado; (***) nível descritivo de probabilidade do teste de Kruskal-Wallis; (****) nível descritivo de probabilidade do teste da Análise de Variância (ANOVA)

Em relação à avaliação do impacto do tempo de diagnóstico inferior e superior a 12 meses nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio aparência ($p=0,031$), saliva ($p=0,004$) e no escore total ($p=0,031$). Portanto, os doentes com tempo de diagnóstico inferior a 12 meses apresentaram melhor qualidade de vida relacionada à aparência, à saliva e ao escore total, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico do tumor, pior a qualidade de vida do doente. Os resultados podem ser observados na Tabela 19.

Em relação à avaliação do impacto do tempo de dor inferior e superior a 12 meses nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no escore total ($p=0,030$). Portanto, os doentes com tempo de dor inferior a 12 meses apresentaram melhor qualidade de vida relacionada ao escore total, ou seja, quanto maior o tempo de dor, pior a qualidade de vida do doente. Os resultados podem ser observados na Tabela 19.

Em relação à avaliação do impacto do tratamento radioterápico nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto nos domínios saliva ($p=0,015$) e humor ($p=0,007$). Portanto, nos doentes que não realizaram tratamento radioterápico observou-se pior qualidade de vida relacionada à saliva e melhor qualidade de vida relacionada ao humor, ou seja, a realização de tratamento radioterápico pelo

doente melhora a qualidade de vida relacionada à saliva e piora a qualidade de vida relacionada ao humor. Os resultados podem ser observados na Tabela 19.

Em relação à avaliação do impacto do tratamento quimioterápico e cirúrgico nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, houve distribuição semelhante entre as classes, não se observou, portanto, alterações estatisticamente significantes. Os resultados podem ser observados na Tabela 19.

Tabela 19 - Avaliação do impacto do tempo de diagnóstico, tempo de dor, realização de radioterapia, quimioterapia e cirurgia nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)

Variável	Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Média
	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Deglutição	Mastigação	Fala	Ombro	Paladar	Saliva	Humor	Ansiedade	
T DH <12meses	75 (75-100)	50 (50-75)	25 (25-50)	33 (33-67)	0 (0-50)	67 (33-67)	67 (33-67)	100 (100-100)	100 (33-100)	100 (67-100)	75 (25-75)	33 (0-67)	53±17
T DH >12meses	75 (50-75)	50 (0-75)	50 (25-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (33-67)	33 (33-67)	100 (67-100)	33 (0-100)	33 (33-33)	50 (25-75)	33 (0-100)	43±12
p	0,621	0,031*	0,385	0,562	0,142	0,233	0,293	0,129	0,342	0,004*	0,234	0,449	0,031**
T dor <12meses	50 (25-50)	75 (50-75)	50 (50-75)	25 (25-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	67 (33-67)	100 (100-100)	100 (33-100)	100 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	50±14
T dor >12meses	50 (0-50)	75 (50-75)	50 (0-50)	50 (0-50)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (0-67)	100 (33-100)	0 (0-100)	33 (0-100)	75 (0-75)	33 (0-67)	38±16
p	0,736	0,856	0,110	0,489	0,504	0,922	0,637	0,304	0,217	0,370	0,495	0,894	0,030**
Radioterapia A	50 (50-50)	75 (75-75)	75 (50-100)	25 (25-100)	100 (33-100)	0 (0-50)	67 (67-67)	100 (100-100)	0 (0-50)	33 (33-67)	50 (25-75)	33 (17-100)	52±17
Radioterapia P	50 (38-88)	75 (75-100)	50 (38-75)	50 (38-75)	33 (17-33)	0 (0-25)	33 (33-67)	100 (67-100)	100 (100-100)	75 (75-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	45±14
p	0,755	0,714	0,724	0,091	0,217	0,902	0,277	0,309	0,096	0,015*	0,007*	0,172	0,120
Quimioterapia A	63 (50-88)	75 (75-88)	88 (50-100)	63 (25-100)	67 (17-100)	0 (0-25)	67 (34-84)	84 (67-100)	100 (84-100)	84 (67-100)	63 (38-88)	17 (0-33)	47±18
Quimioterapia P	50 (25-88)	75 (75-100)	50 (50-75)	50 (25-75)	33 (17-33)	0 (0-50)	50 (33-67)	100 (67-100)	17 (0-100)	33 (33-100)	75 (25-75)	33 (17-100)	47±14
p	0,374	0,842	0,313	0,127	0,981	0,900	0,627	0,395	0,667	0,162	0,183	0,282	0,996
Cirurgia A	50 (25-75)	75 (75-100)	63 (50-100)	50 (25-75)	33 (33-100)	0 (0-50)	67 (33-100)	100 (100-100)	50 (0-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	48 ±16
Cirurgia P	50 (50-100)	75 (75-100)	50 (50-75)	63 (25-100)	33 (0-33)	0 (0-50)	33 (33-67)	84 (0-100)	67 (0-100)	50 (33-100)	50 (25-75)	33 (0-67)	46 ±13
p	0,942	0,894	0,443	0,094	0,587	0,638	0,824	0,139	0,507	1,000	0,242	0,494	0,72

T= tempo; DH= diagnóstico; < = menor que; >= maior que; A: ausente; P: presente; (*) nível descritivo de probabilidade do teste de Mann-Whitney; (**) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado

Em relação à avaliação do impacto do número de queixas principais e do número de locais destas queixas nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, através do teste de Correlações de Spearman, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio dor ($p=0,005$; $p=0,002$). Portanto, quanto maior o número de queixas principais e de locais destas queixas pior é a qualidade de vida relacionada à dor neste doente.

Em relação à avaliação do impacto da ingesta oral nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio aparência ($p=0,023$), deglutição ($p=0,031$) e no escore total ($p=0,010$). Portanto, os doentes que ingeriam os alimentos por boca, possuíam uma melhor qualidade de vida relacionada à aparência, à deglutição e ao escore total, ou seja, a ausência de ingesta oral piora a qualidade de vida do doente. Os resultados podem ser observados na Tabela 20.

Em relação à avaliação do impacto da babação nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio aparência ($p=0,027$), recreação ($p=0,048$) e no escore total ($p=0,034$). Portanto, os doentes que apresentavam babação, possuíam uma pior qualidade de vida relacionada à aparência, à recreação e ao escore total, ou seja, a ausência de babação melhora a qualidade de vida do doente. Os resultados podem ser observados na Tabela 20.

Em relação à avaliação do impacto da via normal de locomoção nos diversos domínios e o escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico, não se observou diferenças estatisticamente significantes, exceto no domínio atividade ($p=0,004$) e no escore total ($p=0,001$). Portanto, os doentes que apresentam a via normal de locomoção, possuíam uma melhor qualidade de vida relacionada à atividade e ao escore total, ou seja, a ausência de uma via de locomoção normal piora a qualidade de vida do doente. Os resultados podem ser observados na Tabela 20.

Tabela 20 – Avaliação do impacto da presença da ingesta oral, babação e da locomoção normal nos diversos domínios e no escore total do UW-QOL pré-tratamento odontológico (n=40)

Variável	Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Mediana 1º - 3º Quartil		Média escore
	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Deglutição	Mastigação	Fala	Ombro	Paladar	Saliva	Humor	Ansiedade	
Ingesta oral A	50 (25-50)	50 (50-75)	50 (50-75)	25 (0-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (33-67)	100 (100-100)	33 (0-100)	33 (33-33)	50 (25-75)	33 (0-100)	41±13
Ingesta oral P	50 (25-75)	75 (75-75)	50 (25-50)	25 (25-50)	33 (33-67)	0 (0-50)	67 (0-67)	100 (100-100)	100 (33-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-33)	53±15
p	0,931	0,023*	0,836	0,636	0,031*	0,095	0,264	0,905	0,258	0,138	0,628	0,225	0,010**
Babação A	50 (25-100)	75 (75-100)	50 (50-75)	50 (25-75)	33 (33-100)	0 (0-50)	67 (33-67)	100 (67-100)	67 (0-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	52±16
Babação P	50 (25-50)	75 (50-75)	50 (25-75)	25 (0-50)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (0-67)	100 (100-100)	100 (0-100)	0 (0-0)	75 (25-75)	33 (0-67)	42±13
p	0,313	0,027*	0,361	0,048*	0,095	0,065	0,132	0,405	0,735	0,427	0,912	0,697	0,034**
Locomoção N. A	75 (50-100)	75 (50-75)	0 (0-25)	25 (0-25)	33 (0-33)	0 (0-0)	33 (33-67)	100 (100-100)	33 (33-67)	33 (0-67)	75 (50-75)	0 (0-67)	33±11
Locomoção N. P	50 (25-50)	75 (50-75)	50 (50-75)	50 (25-75)	33 (0-33)	0 (0-0)	67 (33-67)	100 (100-100)	100 (0-100)	67 (33-100)	75 (25-75)	33 (0-100)	52±14
p	0,274	0,572	0,004**	0,084	0,357	0,231	0,598	0,905	0,525	0,159	0,953	0,297	0,001**

A= ausente; P= presente; N= normal; (*) nível descritivo de probabilidade do teste de Mann-Whitney; (**) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado

5.2 Intervenções: tratamentos odontológicos realizados na amostra estudada

Em relação aos tratamentos odontológicos aplicados aos doentes da amostra, foram realizadas medidas preventivas, curativas e paliativas já padronizadas no método.

5.2.1 Tratamentos odontológicos preventivos

Todos os doentes receberam orientações de higiene bucal (n=40). Destes, somente 27,5% (n=11) puderam realizar a higiene com escova e creme dental; em 27,5% (n=11), a técnica de escovação convencional não pôde ser realizada devido à condição da lesão bucal e em 45,0% (n=18), por ser desdentados, onde a higiene bucal foi realizada com gaze e enxaguatório bucal. Os tratamentos odontológicos preventivos realizados estão detalhados na Tabela 21.

Tabela 21 - Tratamentos odontológicos preventivos realizados na amostra estudada (n=40)

Tratamentos odontológicos preventivos	n	%
Orientações		
Orientação de higiene bucal/limpeza das feridas tumorais*	40	100,0
Orientação dietética	16	40,0
Orientação de limpeza/oclusão das feridas tumorais**	14	35,0
Orientação de hidratação bucal	12	30,0
Orientação de higiene de próteses	5	12,5

(*) Feridas tumorais bucais; (**) Feridas tumorais extrabuciais

5.2.2 Tratamentos odontológicos curativos

Tratamento curativo foi realizado em 30,0% (n=12) dos doentes da amostra. Os tratamentos odontológicos curativos realizados estão detalhados na Tabela 22.

Tabela 22 - Tratamentos odontológicos curativos realizados na amostra (n=12)

Tratamentos odontológicos curativos	n (procedimentos)	n	%
Extrações dentárias	16	2	16,7
Restaurações	6	4	33,3
Raspagem e alisamento corono-radicular	5	5	41,7
Confecção de próteses dentárias	2	1	8,3

5.2.3 Tratamentos odontológicos paliativos

Tratamentos paliativos foram realizados em todos os doentes da amostra (n=40): soluções analgésicas bucais foram prescritas em 67,6% (n=27) e 30,0% (n=12) dos doentes realizaram regularmente higiene das feridas bucais e extrabuciais expostas. Os tratamentos odontológicos paliativos realizados estão detalhados na Tabela 23.

Tabela 23 - Tratamentos odontológicos paliativos realizados na amostra (n=40)

Tratamentos odontológicos paliativos*	n	%
Orientações		
Orientação dietética	16	40,0
Orientação de limpeza/oclusão das feridas	14	35,0
Orientação de hidratação bucal	12	30,0
Prescrições		
Soluções analgésicas bucais	27	67,5
Soluções antissépticas bucais	26	65,0
Pomadas tópicas secativas	11	27,5
Soluções anticolinérgicas	10	25,0
Hidratantes bucais	8	20,0
Saliva artificial	8	20,0
Soluções antifúngicas	7	17,5
Pomadas tópicas analgésicas	5	12,5
Soluções neutralizantes bucais	3	7,5
Suplemento/ Sulfato de zinco	2	5,0
Corticóide tópico	1	2,5
Procedimentos		
Aplicação tópica de flúor**	2	5,0
Reembasamento de próteses dentárias	2	5,0
Ajuste de próteses totais	1	2,5
Confecção de aparelhos protetores bucais	1	2,5
Fixação dentária	1	2,5

(*) 62,5% (n=25) receberam mais de um tratamento odontológico paliativo

(**) Aplicação tópica de flúor realizada para alívio da sensibilidade dentinária

5.3 Avaliação da efetividade da intervenção: Avaliações realizadas após o tratamento odontológico

5.3.1 Avaliação da melhora subjetiva quanto às queixas, sinais e sintomas orofaciais após o tratamento odontológico

Todos os doentes que apresentaram ou relataram problemas, tiveram algum tipo de melhora. Em relação à melhora subjetiva das queixas principais através da Escala Numérica de Dor (END), observou-se uma melhora mediana de 50,0% da dor em 55,0% (n=22) da amostra; houve melhora completa do sangramento gengival existente em um doente; já em relação ao edema e protrusão lingual foi relatada uma melhora mediana de 50,0% em 7,5% (n=3) dos doentes; quanto ao traumatismo mucoso por prótese ocorrido em 2,5% (n=1), não houve melhora após o tratamento realizado.

Em relação aos sinais observados, houve melhora mediana de 100,0% das lesões bucais não tumorais e da candidíase bucal dos doentes da amostra estudada (Tabela 24).

As feridas neoplásicas vegetantes, bem como as infecções oportunistas pré-existentes, foram controladas. As respostas aos tratamentos odontológicos podem ser analisadas na Tabela 24.

Tabela 24 - Avaliação da melhora subjetiva (END) das queixas principais e dos sinais e sintomas orofaciais obtidos pós-tratamento odontológico dos doentes (n=40)

Variáveis	n	Mediana	V. mín	V. máx
Dor	22	50,0%	0,0%	100,0%
Xerostomia	14	50,0%	10,0%	100,0%
Limpeza bucal	11	50,0%	20,0%	100,0%
Babação	10	50,0%	20,0%	90,0%
Limpeza da ferida tumoral	8	40,0%	30,0%	100,0%
Lesões bucais não tumorais	6	100,0%	20,0%	100,0%
Candidíase bucal	5	100,0%	0,0%	100,0%
Secreção tumoral	4	40,0%	30,0%	100,0%
Odor tumoral	4	85,0%	60,0%	100,0%
Edema lingual	3	50,0%	30,0%	100,0%
Odinofagia	2	80,0%	60,0%	100,0%
Disfagia	2	25,0%	20,0%	30,0%
Disgeusia	2	70,0%	60,0%	80,0%

5.3.2 Avaliação da efetividade do tratamento odontológico quanto ao número e localização das queixas principais, sinais e sintomas orofaciais

Em relação ao número de queixas principais e ao número de locais destas queixas, observou-se uma redução estatisticamente significativa comparativamente pré e pós-tratamento odontológico ($p < 0,001$) (Figura 3).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Figura 3 - Comparação do número de queixas principais e de locais destas queixas pré e pós-tratamento odontológico da amostra (n=40)

Em relação ao número de sinais e sintomas orofaciais e do número de locais destes sinais e sintomas, observou-se após a realização do tratamento odontológico que a distribuição das frequências não mudou comparativamente pré e pós-tratamento, não apresentando, portanto, alterações estatisticamente significantes (Tabela 25).

Tabela 25 - Comparação do número de sinais e sintomas orofaciais e do número de locais destes sinais e sintomas pré e pós-tratamento odontológico da amostra (n=40)

Variável	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico		p
	n	Med (V.mín-V.máx)	n	Med (V.mín-V.máx)	
Sinais e sintomas orofaciais	40	9 (3-20)	40	9 (1-20)	0,932
Locais dos sinais e sintomas orofaciais	40	6 (1-14)	40	7 (1-14)	0,498

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon; Med= mediana; V. mín= valor mínimo; V. máximo= valor máximo

5.3.3 Avaliação da intensidade e do alívio da dor após o tratamento odontológico

Em relação ao controle algico, observou-se após a realização do tratamento odontológico, uma redução estatisticamente significativa da intensidade de dor (EVA) ($p=0,015$) dos doentes da amostra ($n=40$) (Figura 4).

(*) nível descritivo de probabilidade do Teste t de Student Pareado

Figura 4 - Comparação da intensidade de dor (EVA) pré e pós-tratamento odontológico ($n=40$)

Quanto à avaliação da melhora da dor após o tratamento odontológico, 60,0% ($n=24$) dos doentes relataram melhora, 10,0% ($n=4$) mantiveram-se sem dor, 10,0% ($n=4$) não apresentaram qualquer alteração nos valores da EVA e 20,0% ($n=8$) relataram piora do quadro algico.

Em relação ao número de medicações utilizadas pelos doentes da amostra, observou-se uma redução estatisticamente significativa do número total de medicações ($p=0,052$) e do número de medicações analgésicas ($p=0,032$) comparativamente pré e pós-tratamento odontológico (Tabela 26 e Figura 5).

Tabela 26 - Comparação do número total de medicações, número de medicações analgésicas, adjuvantes, sintomáticas e para doenças de base pré e pós-tratamento odontológico ($n=40$)

Medicações	Pré-tratamento odontológico	Pós-tratamento odontológico	p
	Mediana (V. mín)	Mediana (V. máx)	
Total	6 (5–8)	5 (4–7)	0,052*
Analgésicas	2 (2–3)	2 (1–2)	0,032*
Adjuvantes	1 (0–2)	1 (0–2)	0,971
Sintomáticas	2 (1–3)	2 (1–2)	0,244
Doenças de base	1 (0–2)	1 (0–2)	0,083

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon; V. mín= valor mínimo; V. máx= valor máximo

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Figura 5 - Comparação do número total de medicações e do número de medicações analgésicas pré e pós-tratamento odontológico ($n=40$)

5.3.4 Avaliação da capacidade funcional “*performance status*” após o tratamento odontológico

Na avaliação do KPS após o tratamento odontológico, observou-se redução estatisticamente significativa ($p=0,008$) da capacidade funcional (KPS) dos doentes da amostra (Figura 6).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado

Figura 6 - Comparação da capacidade funcional (KPS) dos doentes pré e pós-tratamento odontológico (n=40)

5.3.5 Avaliação do prognóstico após o tratamento odontológico

Na avaliação do PPI comparativamente pré ($3,4 \pm 2,0$) e pós ($3,4 \pm 2,3$) tratamento odontológico não se observou alteração estatisticamente significativa ($p=0,890$) dos doentes da amostra ($n=40$) (Figura 7).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado

Figura 7 - Comparação do prognóstico (PPI) dos doentes pré e pós-tratamento odontológico ($n=40$)

5.3.6 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde após o tratamento odontológico

A avaliação da qualidade de vida realizada através do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL, versão 4.0) realizado pré e pós-tratamento odontológico pode ser observada na Tabela 27. Dez doentes da amostra foram excluídos desta análise por se recusarem a responder o questionário de Qualidade de vida (UW-QOL) pós-tratamento odontológico.

Em relação à comparação entre todos os domínios e o escore total do UW-QOL pré e pós o tratamento odontológico, observou-se uma melhora estatisticamente significativa para a aparência ($p=0,049$) e uma tendência de piora estatisticamente significativa para o ombro ($p=0,058$). Não houve diferença estatisticamente significativa nos demais domínios e bem como no escore total (Tabela 27).

Tabela 27 - Comparação dos diversos domínios e do escore total do UW-QOL pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

Qualidade de Vida	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico		p
	Mediana	1º - 3º Quartil	Mediana	1º - 3º Quartil	
Dor	50	25 – 75	50	50 – 75	0,237
Aparência	75	50 – 75	75	50 – 100	0,049**
Atividade	50	38 – 75	50	25 – 75	0,244
Recreação	25	25 – 75	37,5	25 – 75	0,851
Deglutição	33	0 – 33	33	0 – 33	0,739
Mastigação	0	0 – 0	0	0 – 50	0,414
Fala	50	33 – 67	67	0 – 67	0,650
Ombro	100	100 – 100	100	59 – 100	0,058**
Paladar	83,5	0 – 100	50	33 – 100	0,527
Saliva	67	33 – 100	33	33 – 100	0,161
Humor	75	25 – 75	62,5	25 – 75	0,769
Ansiedade	33	0 – 75	67	0 – 100	0,217
Escore total* (média/Dp)	50,2 ± 14,5		51,6 ± 14,8		0,476

(*) nível descritivo de probabilidade do teste t de Student Pareado

(**) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Na avaliação da qualidade de vida através do UW-QOL após o tratamento odontológico, observou-se um percentual de piora de 93,3% (n= 28) para o domínio ombro, um percentual de melhora de 40,0% (n=12) e 53,0% (n=16) para o domínio atividade e para o escore total, respectivamente (Tabela 28).

Tabela 28 - Comparação do percentual de melhora dos vários domínios e do escore total do UW-QOL pré e pós-tratamento odontológico (n=30)

Qualidade de vida	Melhora		Piora/manteve	
	n	%	n	%
Dor	10	33,3	20	66,7
Aparência	11	36,7	18	60,0
Atividade	12	40,0	17	56,7
Recreação	6	20,0	24	80,0
Deglutição	2	6,7	28	93,3
Mastigação	4	13,3	26	86,7
Fala	5	16,7	25	83,3
Ombro	2	6,7	28	93,3
Paladar	5	16,7	25	83,3
Saliva	2	6,7	14	46,7
Humor	7	23,3	23	76,7
Ansiedade	7	23,3	23	76,7
Escore total	16	53,0	14	47,0

Dentre os problemas mais importantes para os doentes nos últimos sete dias, a dor foi assim relatada em 53,3% (n=16) dos doentes pré-tratamento e em 50,0% (n=15) pós-tratamento odontológico, e dentre os menos importantes, o humor e a atividade foram relatados em 3,3% (n=1) e a recreação em 2,5% (n=1) dos doentes pré e pós-tratamento odontológico, respectivamente. Apresentaram distribuição semelhante entre as classes, não apresentando, portanto alterações estatisticamente significantes (Tabela 29).

Tabela 29 - Avaliação dos problemas relacionados à qualidade de vida mais frequentemente relatados pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

Problemas	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico		p
	n	%	n	%	
Paladar	7	23,3	2	6,7	0,125
Aparência	4	13,3	4	13,3	1,000
Fala	10	33,3	10	33,3	1,000
Dor	16	53,3	15	50,0	1,000
Humor	1	3,3	5	16,7	0,125
Saliva	10	33,3	11	36,7	1,000
Ombro	2	6,7	4	13,3	0,625
Mastigação	10	33,3	7	23,3	0,549
Deglutição	10	33,3	10	33,3	1,000
Atividade	1	3,3	2	6,7	1,000
Ansiedade	3	10,0	2	6,7	1,000
Recreação	2	6,7	1	3,3	1,000

(*) nível descritivo de probabilidade do teste de McNemar

Em relação à questão geral A do UW-QOL (*Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria a sua qualidade de vida relacionada à saúde?*), 31,0% (n=9) e 27,6% (n=8) dos doentes classificaram sua qualidade de vida como muito pior, antes e após o tratamento odontológico, respectivamente. A distribuição das frequências não mudou comparativamente pré e pós-tratamento odontológico, não apresentando, portanto alterações estatisticamente significantes (Figura 8).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Figura 8 - Avaliação da questão geral (QG) A do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

Em relação à questão geral B do UW-QOL (*Em geral, você poderia dizer que a sua qualidade de vida relacionada à saúde, nos últimos 7 dias tem sido*), 60,0% (n=18) e 33,3% (n=10) dos doentes classificaram sua qualidade de vida como média, tanto antes como após o tratamento odontológico, respectivamente. A distribuição das frequências não mudou comparativamente pré e pós-tratamento odontológico, não apresentando, portanto alterações estatisticamente significantes (Figura 9).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Figura 9 - Avaliação da questão geral (QG) B do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

Em relação à questão geral C do UW-QOL (*De um modo geral, a qualidade de vida, inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para a sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para o seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias*), 62,1% (n=18) e 58,6% (n=17) dos doentes classificaram sua qualidade de vida como boa, tanto antes como após o tratamento odontológico, respectivamente. A distribuição das frequências não mudou comparativamente pré e pós-tratamento odontológico, não apresentando, portanto alterações estatisticamente significantes (Figura 10).

(*) nível descritivo de probabilidade do teste dos Sinais de Wilcoxon

Figura 10 - Avaliação da questão geral (QG) C do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

Em relação às questões gerais A, B e C do UW-QOL, observou-se melhora em todas as questões após o tratamento odontológico, com distribuição semelhante entre as classes, não apresentando, portanto alterações estatisticamente significantes (Figura 11).

Figura 11 - Avaliação das questões gerais A, B, e C do UW-QOL após o tratamento odontológico dos doentes da amostra (n=30)

5.3.6.1 Avaliação dos fatores associados à piora da qualidade de vida dos doentes da amostra

Para avaliar os fatores associados à piora da qualidade de vida, foi realizada a análise de Regressão Logística Univariada. Nesta análise, foram associadas à piora da qualidade de vida as seguintes variáveis.

5.3.6.1.1 Avaliação do impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral na piora da qualidade de vida

A idade maior ou igual a 60 anos aumenta a chance em 450 vezes de piorar a qualidade de vida do período pré-tratamento para o pós-tratamento odontológico (OR= 0,857; IC95%=0,104-7,043; p=0,033) (Tabela 30).

Tabela 30 - Impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral (tumor, nódulo) na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	OR (IC 95%)	p
Gênero masculino/feminino	0,857 (0,104-7,043)	0,886
Idade (<60/ ≥ 60 anos)	5,500 (1,145-24,412)	0,033*
Laringe	3,889 (0,617-24,517)	0,148
Faringe	0,357 (0,054-2,344)	0,283
Cavidade bucal	0,926 (0,209-4,108)	0,919
Localização	-	0,719
Faringe/cavidade bucal	0,667 (0,133-3,347)	0,622
Laringe/cavidade bucal	1,500 (0,170-13,225)	0,715
TX	-	1,000
Tumor (T4/T3)	0,385 (0,030-4,867)	0,461
Nódulo	-	0,640
N1/0	3,000 (0,150-59,890)	0,472
N2/0	1,000 (0,068-14,640)	1,000
N3/0	3,000 (0,150-59,890)	0,472

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; OR= odds ratio “razão de chances”; IC= Intervalo da confiança; <= menor que; ≥= maior ou igual; TX=tumor primário não pode ser avaliado; T3/T4= tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário; N0=ausência de metástases em linfonodos regionais; N1/N2/N3/N4= comprometimento crescente dos linfonodos regionais

5.3.6.1.2 Avaliação do impacto da QGA, QGB e QGC pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida

Em relação à QGA, QGB e QGC do UW-QOL pré e pós-tratamento odontológico foram associadas à piora da qualidade de vida as seguintes variáveis: QGB - a pior alternativa do QGB pré-tratamento aumenta a chance em 125 vezes de piorar a qualidade de vida dos doentes pós-tratamento odontológico (OR=2,951; IC95%= 0,837-10,406; p=0,092); QGC - a pior alternativa do QGC pré-tratamento aumenta a chance em 323 vezes de piorar a qualidade de vida pós-tratamento odontológico (OR=3,234; IC95%= 0,887-11,791; p=0,075) (Tabela 31).

Tabela 31 - Impacto da QGA, QGB e QGC do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	Pré- tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
QGA	1,338 (0,666-2,689)	0,414	1,393 (0,661-2,938)	0,384
QGB	2,951 (0,837-10,406)	0,092*	1,909 (0,793-4,598)	0,149
QGC	3,234 (0,887-11,791)	0,075*	0,657 (0,240-1,800)	0,414

(*) variável seleccionada para a Regressão Logística Multivariada $p < 0,10$; OR= odds ratio "razão de chances;" IC= Intervalo de confiança; QGA= questão geral A; QGB= questão geral B; QGC= questão geral C

Em relação ao impacto da piora/melhora da QGA, QGB e QGC do UW-QOL pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida, não se observou alteração estatisticamente significativa (Tabela 32).

Tabela 32 - Impacto da piora/melhora da QGA, QGB e QGC do UW-QOL pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	OR (IC 95%)	p
QGA (piora / melhora)	0,212 (0,021-2,182)	0,192
QGB (piora / melhora)	0,880 (0,183-4,226)	0,873
QGC (piora / melhora)	0,409 (0,079-2,114)	0,286

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada $p < 0,10$; OR= odds ratio “razão de chances;” IC= Intervalo de confiança; QGA= questão geral A; QGB= questão geral B; QGC= questão geral C

5.3.6.1.3 Avaliação do impacto da EVA, KPS e PPI pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida

Os dados referentes à EVA, KPS e PPI estão apresentados nas Tabelas 33 e 34.

O aumento de uma unidade do KPS pré-tratamento reduz em 7,6 vezes a chance de piorar a qualidade de vida pós-tratamento odontológico (OR= 0,924; IC95%= 0,861-0,992; p=0,028). O aumento do KPS pós-tratamento odontológico reduz em 10 vezes a chance de piorar a qualidade de vida (OR=0,901; IC95%= 0,832-0,977; p=0,012). (Tabela 33).

Tabela 33 - Impacto do EVA, KPS e PPI comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	Pré- tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
EVA	0,992 (0,805-1,223)	0,943	1,175 (0,916-1,509)	0,205
KPS	0,924 (0,861-0,992)	0,028*	0,901 (0,832-0,977)	0,012*
PPI	1,266 (0,886-1,807)	0,195	1,141 (0,831-1,568)	0,414

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; OR= odds ratio "razão de chances;" IC= Intervalo de confiança

A piora da EVA aumenta em 425 vezes a chance de piorar a qualidade de vida (OR= 5,250; IC95%= 0,850-32,430; p=0,074) (Tabela 34).

Tabela 34 - Impacto da piora/melhora do EVA, KPS e PPI pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	OR (IC 95%)	p
EVA (piora / melhora)	5,250 (0,850-32,430)	0,074*
KPS (piora / melhora)	3,250 (0,629-16,789)	0,159
PPI (piora / melhora)	0,308 (0,060-1,589)	0,159

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada $p < 0,10$; OR= odds ratio "razão de chances;" IC= Intervalo de confiança

5.3.6.1.4 Avaliação do impacto do número de queixas principais e de locais destas queixas, do número de sinais e sintomas orofaciais e de locais destes sinais e sintomas pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida

Em relação ao número de queixas principais, os dados estão apresentados na Tabela 35. Para cada aumento de uma unidade no número das queixas principais pós-tratamento odontológico aumenta em 129 vezes a chance de piorar da qualidade de vida (OR=2,294; IC95%= 0,985-5,344; p=0,054) e para cada aumento de uma unidade no número de locais destas queixas pós-tratamento odontológico aumenta em 128 vezes a chance de piorar da qualidade de vida (OR= 2,288; IC95%= 0,958-5,462; p=0,062).

Tabela 35 - Impacto do número das queixas principais e dos locais destas queixas, do número de sinais e sintomas orofaciais, de locais destes sinais e sintomas comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	Pré- tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Queixas principais	0,828 (0,481-1,427)	0,497	2,294 (0,985-5,344)	0,054*
Locais das queixas principais	0,904 (0,474-1,726)	0,760	2,288 (0,958-5,462)	0,062*
Sinais e sintomas	0,875 (0,728-1,052)	0,154	0,987 (0,831-1,173)	0,884
Locais dos sinais e sintomas	0,862 (0,669-1,109)	0,247	0,984 (0,750-1,290)	0,904

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Univariada p<0,10; OR= odds ratio "razão de chances;" IC= Intervalo de confiança

5.3.6.1.5 Avaliação do impacto do número e do tipo de medicações pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida

Em relação ao número de medicações comparativamente pré e pós-tratamento odontológico, foi associada à piora da qualidade de vida a seguinte variável: para cada aumento de uma unidade do número de medicações analgésicas pós-tratamento odontológico aumenta em 137 vezes a chance de piorar da qualidade de vida (OR= 2,376; IC95%=0,865-6,523; p=0,093) (Tabela 36).

Tabela 36 - Impacto do número total de medicações, número de medicações analgésicas, adjuvantes, sintomáticas, para doenças de base comparativamente pré e pós-tratamento odontológico na piora da qualidade de vida (n=30)

Medicações	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Total	0,942 (0,704-1,261)	0,688	1,362 (0,926-2,003)	0,117
Analgésicas	1,113 (0,482-2,575)	0,802	2,376 (0,865-6,523)	0,093*
Adjuvantes	1,624 (0,717-3,679)	0,246	1,616 (0,673-3,879)	0,283
Sintomáticas	0,675 (0,410-1,111)	0,122	1,123 (0,649-1,945)	0,678
Doenças de base	1,192 (0,560-2,536)	0,649	1,239 (0,575-2,674)	0,584

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Univariada $p < 0,10$; OR= odds ratio "razão de chances;" IC= Intervalo de confiança

5.3.6.1.6 Avaliação dos fatores preditores de piora da qualidade de vida dos doentes

Na análise de Regressão Logística Multivariada, o KPS pré-tratamento odontológico foi preditor independente de piora da qualidade de vida, ou seja, se o valor do KPS estiver muito baixo pré-tratamento, poucas chances terão de melhorar a qualidade de vida pós-tratamento odontológico (OR=0,928; IC95%=0,864-0,996; p=0,039) (Tabela 37 e Figura 12).

Tabela 37 - Fator preditor independente de piora da qualidade de vida (n=30)

Variável	OR (IC 95%)	p
KPS – pré-tratamento odontológico	0,928 (0,864-0,996)	0,039*

(*) variável selecionada pela Regressão Logística Multivariada $p < 0,05$; OR= odds ratio “razão de chances;” IC= Intervalo da confiança

Figura 12 - Capacidade funcional pré-tratamento odontológico e a sua influência na piora da qualidade de vida (n=30)

5.4 Avaliação do tempo de sobrevida dos doentes da amostra

5.4.1 Avaliação do tempo e da probabilidade de sobrevida

Durante a realização do estudo, 70,0% (n=28) dos doentes foram a óbito. O tempo mediano de sobrevida destes doentes foi de 4,0 meses (IC95%=2,5-5,5).

Pela curva de sobrevida de Kaplan-Meier observamos que em 17 meses a probabilidade de sobrevida destes doentes foi de 0,060 (6,0%) (Figura 13).

Figura 13 - Curva de sobrevida Kaplan-Meier da amostra avaliada (n=40)

5.4.2 Avaliação do impacto dos fatores associados ao tempo de sobrevida dos doentes da amostra

5.4.2.1 Avaliação do impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral no tempo de sobrevida dos doentes da amostra

Para avaliar os fatores associados ao tempo de sobrevida, foi realizada a análise de Regressão Logística Univariada. Nesta análise, foram associadas ao óbito as seguintes variáveis: localização tumoral – alguma localização tumoral foi associada ao tempo de sobrevida ($p=0,015$); localização tumoral faringe / cavidade bucal – a presença do tumor na faringe reduz em 74 vezes a chance de óbito ($HR=0,259$; $IC95\%=0,100-0,674$; $p=0,006$); localização tumoral laringe / cavidade bucal – a presença do tumor na laringe reduz em 72 vezes a chance de óbito ($HR= 0,273$; $IC95\%= 0,072-1,032$; $p=0,056$); TX – a classificação de tumor TX aumenta em 715 vezes a chance de óbito ($HR=8,154$; $IC95\%= 0,848-78,423$; $p=0,069$); N – alguma classificação de nódulo foi associada ao tempo de sobrevida ($p=0,024$); N1/N0 – a classificação de nódulo N1 reduz em 70 vezes a chance de óbito ($HR=0,214$; $IC95\%= 0,037-1,232$; $p=0,084$); N2/N0 – a classificação de nódulo N2 reduz em 90 vezes a chance de óbito ($HR=0,096$; $IC95\%=0,018-0,519$; $p=0,007$) (Tabela 38).

Tabela 38 - Impacto do gênero, idade, localização e estadiamento tumoral no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	HR (IC 95%)	p
Gênero (masculino / feminino)	1,874 (0,439-8,002)	0,396
Idade (>60 / <60 anos)	0,920 (0,433-1,958)	0,829
Laringe	0,929 (0,369-2,339)	0,876
Faringe	0,997 (0,329-3,024)	0,996
Cavidade bucal	1,846 (0,852-4,001)	0,120
Localização tumoral		0,015*
Faringe / cavidade bucal	0,259 (0,100-0,674)	0,006*
Laringe / cavidade bucal	0,273 (0,072-1,032)	0,056*
Tumor	0,659 (0,186-2,331)	0,517
TX	8,154 (0,848-78,423)	0,069*
N		0,024*
1/0	0,214 (0,037-1,232)	0,084*
2/0	0,096 (0,018-0,519)	0,007*
3/0	0,510 (0,115-2,266)	0,376

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada $p < 0,10$; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança; T= tumor; N=nódulo; TX= tumor primário não pode ser avaliado; N0=ausência de metástases em linfonodos regionais; N1/N2/N3= comprometimento crescente dos linfonodos regionais

5.4.3 Avaliação do impacto da qualidade de vida no tempo de sobrevivência

Para avaliar o impacto da qualidade de vida no tempo de sobrevivência, foi realizada a análise de Regressão Logística Univariada. Nesta análise, foram associadas ao óbito as seguintes variáveis: atividade - para cada aumento de uma unidade no escore pós-tratamento odontológico reduz em uma vez a chance de óbito (HR= 0,987; IC95%=0,973-1,001; p=0,078); recreação - para cada aumento de uma unidade no escore pós-tratamento odontológico, reduz em uma vez a chance de óbito (HR= 0,987; IC95%=0,973-1,001; p=0,076); deglutição - para cada aumento de uma unidade no escore da deglutição reduz em três e em duas vezes, a chance de óbito pré (HR= 0,964; IC95%=0,939-0,989; p=0,006) e pós-tratamento odontológico (HR= 0,976; IC95%=0,957-0,996; p=0,020), respectivamente; mastigação - para cada aumento de uma unidade no escore da mastigação pós-tratamento odontológico, reduz em 2,3% a chance de óbito (HR= 0,977; IC95%=0,954-0,999; p=0,044) (Tabela 39).

Em relação à QGA, QGB e QGC os dados estão apresentados na Tabela 39. Quanto a QGA - para cada piora da classificação desta questão pós-tratamento odontológico aumenta em 70 vezes a chance de óbito (HR= 1,726; IC95%=1,026-2,904; p=0,040); QGB - para cada piora da classificação aumenta em 569 e em 80 vezes a chance de óbito pré (HR= 1,569; IC95%=0,979-2,514; p=0,061) e pós-tratamento odontológico (HR= 1,797; IC95%=1,078-2,997; p=0,025), respectivamente; Qualidade de vida -

para cada aumento de uma unidade no escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico reduz em três vezes a chance de óbito (HR= 0,967; IC95%=0,937-0,998; p=0,036).

Tabela 39 - Impacto dos diversos domínios, QGA, QGB, QGC e do escore total do UW-QOL comparativamente pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	HR (IC 95%)	p	HR (IC95%)	p
Dor	1,004 (0,992-1,016)	0,521	1,002 (0,987-1,017)	0,845
Aparência	0,993 (0,977-1,010)	0,425	0,984 (0,964-1,005)	0,144
Atividade	1,000 (0,983-1,017)	0,954	0,987 (0,973-1,001)	0,078*
Recreação	0,998 (0,985-1,011)	0,756	0,987 (0,973-1,001)	0,076*
Deglutição	0,964 (0,939-0,989)	0,006*	0,976 (0,957-0,996)	0,020*
Mastigação	0,992 (0,975-1,008)	0,323	0,977 (0,954-0,999)	0,044*
Fala	0,996 (0,981-1,010)	0,556	0,996 (0,981-1,010)	0,556
Ombro	1,014 (0,997-1,032)	0,103	1,008 (0,994-1,022)	0,283
Paladar	1,002 (0,992-1,011)	0,700	1,003 (0,992-1,013)	0,631
Saliva	0,995 (0,977-1,014)	0,621	0,983 (0,957-1,009)	0,191
Humor	0,998 (0,984-1,012)	0,748	0,990 (0,976-1,004)	0,157
Ansiedade	1,003 (0,991-1,014)	0,638	0,992 (0,982-1,002)	0,110
QGA	1,184 (0,803-1,745)	0,393	1,726 (1,026-2,904)	0,040*
QGB	1,569 (0,979-2,514)	0,061*	1,797 (1,078-2,997)	0,025*
QGC	1,122 (0,755-1,667)	0,569	1,149 (0,655-2,016)	0,627
Escore total	0,994 (0,963-1,025)	0,686	0,967 (0,937-0,998)	0,036*

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança

Em relação ao impacto da piora/melhora da qualidade de vida pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida, foram associadas ao óbito as seguintes variáveis: atividade - a piora do escore da atividade pós-tratamento odontológico aumenta em 148 vezes a chance de óbito (HR= 2,487; IC95%=0,911-6,785; p=0,075); escore total da qualidade de vida - a piora do escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico aumenta em 222 vezes a chance de óbito (HR= 3,220; IC95%=1,258-8,242; p=0,015) (Tabela 40).

Tabela 40 - Impacto da piora/melhora dos diversos domínios, QGA, QGB, QGC e do escore total do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	HR (IC 95%)	p
Dor (piora / melhora)	1,953 (0,770-4,950)	0,158
Aparência (piora / melhora)	1,070 (0,441-2,597)	0,881
Atividade (piora / melhora)	2,487 (0,911-6,785)	0,075*
Recreação (piora / melhora)	1,615 (0,539-4,842)	0,392
Deglutição (piora / melhora)	0,728 (0,166-3,193)	0,673
Mastigação (piora / melhora)	31,648 (0,247-4054,658)	0,163
Fala (piora / melhora)	1,360 (0,394-4,695)	0,626
Ombro (piora / melhora)	2,848 (0,356-22,778)	0,324
Paladar (piora / melhora)	1,946 (0,560-6,758)	0,295
Saliva (piora / melhora)	0,899 (0,108-7,508)	0,922
Humor (piora / melhora)	1,392 (0,553-3,502)	0,482
Ansiedade (piora / melhora)	1,600 (0,640-4,000)	0,315
QGA (piora / melhora)	0,927 (0,306-2,803)	0,893
QGB (piora / melhora)	1,504 (0,587-3,852)	0,396
QGC (piora / melhora)	1,016 (0,420-2,459)	0,972
Média do UW-QOL (piora/melhora)	3,220 (1,258-8,242)	0,015*

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança

5.4.4 Avaliação do impacto do EVA, KPS e do PPI pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida

Em relação ao impacto da EVA, KPS e do PPI no tempo de sobrevida, os dados estão apresentados na Tabela 41. Nesta análise, foram associadas ao óbito as seguintes variáveis: KPS - para cada aumento de uma unidade do KPS reduz em três e quatro vezes, respectivamente a chance de óbito pré (HR= 0,962; IC95%=0,937-0,986; p=0,003) e pós-tratamento odontológico (HR= 0,957; IC95%=0,929-0,987; p=0,005); PPI - para cada aumento de uma unidade do PPI, aumenta em 33 e 27 vezes a chance de óbito pré (HR= 1,330; IC95%=1,123-1,577; p=0,001) e pós-tratamento odontológico (HR= 1,274; IC95%=1,072-1,515; p=0,006), respectivamente.

Tabela 41 - Impacto da EVA, KPS e PPI comparativamente pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	Pré-tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	HR (IC 95%)	p	HR (IC 95%)	p
EVA	0,981 (0,880-1,093)	0,722	1,019 (0,904-1,148)	0,758
KPS	0,962 (0,937-0,986)	0,003*	0,957 (0,929-0,987)	0,005*
PPI	1,330 (1,123-1,577)	0,001*	1,274 (1,072-1,515)	0,006*

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança

Em relação ao impacto da piora/melhora da EVA, KPS e do PPI pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida, foi associada ao óbito a seguinte variável: KPS - a piora do KPS aumenta em 120 vezes (HR= 2,211; IC95%=0,896-5,459; p=0,085) a chance de óbito (Tabela 42).

Tabela 42 - Impacto da piora/melhora do EVA, KPS e PPI pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	HR (IC 95%)	p
EVA (piora / melhora)	1,043 (0,433-2,514)	0,925
PPI (piora / melhora)	0,834 (0,335-2,079)	0,697
KPS (piora /melhora)	2,211 (0,896-5,459)	0,085*

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada $p < 0,10$; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança

5.4.5 Avaliação do impacto do número e do tipo de medicações pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida

Em relação ao impacto do número e do tipo de medicações pré e pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida, foram associadas ao óbito as seguintes variáveis: medicações analgésicas - para cada aumento de uma unidade no número de medicações analgésicas, aumenta em 54 vezes a chance de óbito pós-tratamento odontológico (HR= 1,537; IC95%=0,969-2,437; p=0,068); medicações sintomáticas - para cada aumento de uma unidade no número de medicações sintomáticas aumenta em 27 e em 35 vezes a chance de óbito pré (HR= 1,273; IC95%=1,007-1,609; p=0,044) e pós-tratamento odontológico (HR= 1,347; IC95%=1,010-1,797; p=0,043), respectivamente (Tabela 43).

Tabela 43 - Impacto do número total de medicações, número de medicações analgésicas, número de medicações adjuvantes, sintomáticas e para doenças de base no tempo de sobrevida comparativamente pré e pós-tratamento odontológico (n=30)

Medicações	Pré- tratamento odontológico		Pós-tratamento odontológico	
	HR (IC 95%)	p	HR (IC 95%)	p
Total	1,127 (0,951-1,335)	0,168	1,163 (0,971-1,394)	0,102
Analgésicas	1,241 (0,818-1,883)	0,310	1,537 (0,969-2,437)	0,068*
Adjuvantes	0,925 (0,638-1,340)	0,680	0,867 (0,585-1,285)	0,478
Sintomáticas	1,273 (1,007-1,609)	0,044*	1,347 (1,010-1,797)	0,043*
Doenças de base	0,964 (0,705-1,319)	0,820	0,937 (0,680-1,293)	0,693

(*) variável selecionada para a Regressão Logística Multivariada p<0,10; HR= hazard ratio; IC= Intervalo de confiança

5.4.6 Avaliação dos fatores preditores de óbito

Na análise de Regressão Logística Multivariada foram selecionados os seguintes fatores preditores independentes de óbito: mastigação - para cada aumento de uma unidade no escore da mastigação pós-tratamento odontológico, reduz em quatro vezes a chance de óbito (HR= 0,962; IC95%=0,937-0,989; p=0,005); escore total da qualidade de vida - a piora do escore total da qualidade de vida aumenta em 470 vezes a chance de óbito (HR= 5,727; IC95%=1,652-19,853; p=0,006); QGA - a piora da classificação da QGA pós-tratamento odontológico aumenta em 167 vezes a chance de óbito (HR= 2,678; IC95%=1,498-4,788; p=0,001) (Tabela 44).

Tabela 44 - Fatores preditores independentes de óbito (n=30)

Variável	HR (IC 95%)	p
Domínio mastigação – UW-QOL pós-tratamento odontológico	0,962 (0,937-0,989)	0,005*
Escore total da qualidade de vida - UW-QOL (piora / melhora)	5,727 (1,652-19,853)	0,006*
Questão geral A – UW-QOL pós-tratamento odontológico	2,678 (1,498-4,788)	0,001*

(*) variável selecionada pela Regressão Logística Multivariada $p < 0,05$; HR=hazard ratio; IC= Intervalo da confiança

5.4.7 Avaliação do impacto do tratamento odontológico na sobrevida dos doentes

Em relação ao impacto do tratamento odontológico no domínio mastigação do UW-QOL e na sobrevida dos doentes avaliados, observou-se que os doentes que obtiveram qualquer grau de melhora em relação ao domínio mastigação após o tratamento odontológico apresentaram 10,0 meses em média de sobrevida, e os doentes que pioraram ou mantiveram o escore do domínio mastigação em zero, apresentaram 3,4 meses em mediana de sobrevida. Portanto, melhorar a qualidade de vida em relação ao domínio mastigação proporciona uma melhora da curva de sobrevida destes doentes ($p=0,034$) (Tabela 45 e Figura 14).

Tabela 45 - Impacto da melhora do domínio mastigação do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida ($n=30$)

Variável	Tempo de sobrevida (meses)
Domínio mastigação – UW-QOL pós-tratamento odontológico	Mediana (IC95%)
Escore =0	3,4 (1,7-5,0)
Escore >0	10,0 (média)

*Nos dados >0 não foi possível calcular a mediana

(*) nível de probabilidade do teste de Log-Rank

Figura 14 - Curva de Kaplan-Meier relacionando o domínio mastigação do UW-QOL pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30)

Em relação ao impacto do tratamento odontológico na questão geral A do UW-QOL (*Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria a sua qualidade de vida relacionada à saúde?*) e no tempo de sobrevida dos doentes avaliados, observou-se que os doentes que relataram uma qualidade de vida muito pior quando comparado há um mês antes do diagnóstico do tumor após o tratamento odontológico apresentaram 2,1 meses em mediana de sobrevida, e os doentes que relataram outra alternativa para descrever a sua qualidade de vida apresentaram 5,3 meses em mediana de sobrevida. Portanto, muita piora na questão geral A do UW-QOL pós-tratamento odontológico promove a decréscimo da sobrevida nestes doentes em 3,3 meses em mediana ($p < 0,001$) (Tabela 46 e Figura 15).

Tabela 46 - Impacto da melhora da questão geral A do UW-QOL pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	Tempo de sobrevida (meses)
Questão geral A - UW-QOL pós-tratamento odontológico	Mediana (IC95%)
Outra alternativa	5,3 (5,1-10,3)
Alternativa muito pior	2,1 (1,5-3,0)

(*) nível de probabilidade do teste de Log-Rank

Figura 15 - Curva de Kaplan-Meier relacionando a QGA do UW-QOL pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30)

Em relação ao impacto do tratamento odontológico na qualidade de vida e no tempo de sobrevida dos doentes avaliados, observou-se que os doentes que obtiveram qualquer grau de melhora do escore total da qualidade de vida apresentaram 7,6 meses em mediana de sobrevida, e os doentes que pioraram ou mantiveram o seu escore total da qualidade de vida apresentaram 3,3 meses em mediana de sobrevida. Portanto, melhorar a qualidade de vida nestes doentes proporciona um acréscimo de 4,3 meses no seu tempo de sobrevida ($p=0,015$) (Tabela 47 e Figura 16).

Tabela 47 - Impacto da melhora do escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico no tempo de sobrevida (n=30)

Variável	Tempo de sobrevida (meses)
Escore total da Qualidade de vida – UW-QOL	Mediana (IC95%)
Melhora	7,6 (2,7-12,6)
Piora / manteve	3,3 (1,9-4,7)

(*) nível de probabilidade do teste de Log-Rank

Figura 16 - Curva de Kaplan-Meier relacionando o escore total da qualidade de vida pós-tratamento odontológico e a sua influência no tempo de sobrevida (n=30)

6 DISCUSSÃO

Até o presente momento, de acordo com as bases de dados pesquisadas (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO), este parece ser o primeiro estudo a revelar as características orofaciais e a condição de saúde bucal em doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço em cuidados paliativos em instituição universitária de atendimento terciário, além de testar a efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio de sintomas bucais, incluindo a dor e a melhora da qualidade de vida e sua relação com a sobrevida dos doentes, através de instrumentos de avaliação reconhecidos pela comunidade científica. Por isso, torna-se difícil uma comparação entre nossos resultados e os encontrados na literatura especializada. Esta em geral apresenta informações abundantes sobre queixas e complicações do câncer em geral, incluindo o de cabeça e pescoço, mas raramente sobre doentes em fase final de vida e, particularmente em situações críticas como as encontradas nos doentes deste estudo.

Este estudo permitiu a observação e a compreensão desta amostra tão delicada de doentes ao revelar o impacto e a gravidade do câncer avançado de cabeça e pescoço na qualidade de vida. Esta observação foi realizada através de um mapeamento das queixas orofaciais, sinais, sintomas e necessidades de tratamento odontológico ao longo de todo o período do estudo. Embora a amostra estudada seja pequena, ela é complexa e representa a necessidade de cuidados bucais em doentes

terminais com câncer de cabeça e pescoço, algo ainda não adequadamente estudado em nosso meio e, portanto, pouco compreendido. Isso se torna ainda mais crítico porque pouco ou nada se sabe a respeito de quantos doentes com câncer intratável evoluem para a necessidade de cuidados especiais.

Caracterização da amostra: condição clínica dos doentes

O gênero masculino foi predominante na amostra estudada, confirmando os dados já existentes na literatura sobre esse tipo de câncer (Dedivitis et al., 2004). A faixa etária variou de 38 a 79 anos, semelhante à observada por Antunes e Antunes (2004). A maioria dos doentes eram ex-tabagistas e ex-etilistas e a associação entre eles ocorreu em metade da amostra. Vários estudos mostram forte relação entre a associação do álcool e do tabaco com o câncer de laringe e cavidade bucal (Schlecht et al., 1999; Dobrossy, 2005), o que pode aumentar em 15 vezes o risco para estas doenças (Zender, Petruzzelli, 2005).

O consumo de álcool, além de ser um dos principais fatores etiológicos para o câncer de cabeça e pescoço, também constitui um dos principais fatores que causam comprometimento social desta população. O alcoolismo interfere no cuidado ao doente, pois causa conflitos e ruptura de laços familiares, desorganização familiar e problemas financeiros. Os dados do presente estudo reforçam a precária condição familiar e social dos doentes. Esta situação, na sua fase final de vida, culmina em falta de

cuidado por parte dos familiares, abandono e isolamento social. O alcoolismo aumenta o risco de problemas sociais, empregatícios, familiares, físicos e legais, e por si só é considerado um problema de saúde pública (Reinaldo, Pillon, 2008). Isto torna os doentes com câncer de cabeça e pescoço complexos no seu cuidado e por isso necessitam de abordagem multidisciplinar e multidimensional (Ledeboer et al., 2008).

O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico prevalente na amostra, corroborando com a literatura científica especializada (Durazzo et al., 2005; Cuffari et al., 2006; Scully, Félix, 2006). O sítio anatômico mais frequentemente acometido foi a orofaringe o que está de acordo com Wünsch-Filho (2002) e Berto et al. (2006). Porém, outros trabalhos apontam a cavidade bucal como localização mais frequente para o acometimento tumoral (Durazzo et al., 2005; Vartanian et al., 2006a; Vartanian, Kowalski, 2009). É possível que a dificuldade de visualização da orofaringe durante exame físico dificulte o diagnóstico precoce (Berto et al., 2006). Consequentemente, o diagnóstico em fase avançada reduz as chances de cura, situação em que o tratamento passa a ser exclusivo por cuidados paliativos. A prevalência do câncer de boca neste estudo assemelha-se à citada pela literatura (Dobrossy, 2005; Alvarenga et al., 2008).

Portanto, em relação às características do tumor é válido inferir que, sendo semelhantes às da literatura vigente, a amostra estudada representa a população a que pertencem os doentes, a despeito de seu tamanho.

Gravidade da doença / doentes

A gravidade dos doentes da presente amostra pode ser observada pela presença de metástase em metade da amostra; pela múltipla localização do tumor no seu sítio primário; pelos múltiplos tratamentos do câncer a que foram submetidos, sendo que em um quarto da amostra foi exclusivamente paliativo; pela presença de morbididades crônicas associadas (Tabela 5) e, sobretudo pelo uso de dispositivos ou aparelhos que necessitam para sobreviver (sonda nasogástrica e gastrostomia). O prognóstico (PPI), com sobrevida estimada em 60 dias e a funcionalidade dos doentes confirmam uma precária condição de saúde.

Estudos brasileiros revelam diferenças significantes em relação à apresentação clínica e as características do tumor comparativamente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde geralmente a doença é diagnosticada tardiamente, isto se dá pela falta de acesso a um sistema de saúde de qualidade (Carvalho et al., 2004; Vartanian et al., 2004). Essa demora leva a mutilações e deformidades, com impacto nos aspectos sócio-econômicos do doente e dos seus familiares. Salaria a importância do diagnóstico precoce através da implementação de programas educativos e de triagem para que se possa mudar este panorama. Deficiências quanto ao registro do estadiamento tumoral nos prontuários médicos como as verificadas na amostra estudada, contribuem para o desconhecimento das características desses doentes e também para a adoção de medidas mais eficientes no seu tratamento.

A dor foi o sintoma inicial e principal da doença que levou o doente ao diagnóstico nesta amostra. Ela pode ser a principal queixa, às vezes o único sintoma que motiva os doentes a procurar atendimento à saúde e definição do diagnóstico (Siqueira et al., 2004; Cuffari et al., 2006).

Segundo o relato dos doentes, o diagnóstico da doença foi realizado por diferentes profissionais, incluindo dentre eles o cirurgião dentista, otorrinolaringologista e o cirurgião de cabeça e pescoço. Faria et al. (2003) observaram que o local e o tipo de câncer de boca interferem na percepção do paciente sobre o papel dos dentistas e dos médicos na avaliação das suas queixas; as queixas na região orofaríngea e nos lábios normalmente levam o doente à procura por um médico, enquanto que as queixas nas regiões alveolares ou assoalho da boca levam o doente a procurar um dentista. Por isso, os cirurgiões dentistas devem receber preparo adequado para avaliar, diagnosticar e encaminhar corretamente os doentes, para que seja instituído o tratamento o mais precocemente possível. Felizmente esse problema já é abordado amplamente em instituições de ensino e saúde em nosso país.

A literatura científica mostra que morbidades associadas são frequentes em doentes com câncer (Carvalho et al., 2010), inclusive a depressão (Amar et al., 2002). A situação desses doentes se agrava também pela dificuldade de acesso a recursos importantes do Sistema Único de Saúde (SUS), como mostram as extensas filas de espera para a realização de um exame de imagem para o diagnóstico precoce, estadiamento e o planejamento do tratamento em tempo hábil. Isto pode ser

comprovado pelo extenso tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o encaminhamento dos doentes à clínica de cuidados paliativos.

Dentre as morbidades associadas, a mais frequentemente observada foi a doença cardiovascular, seguida da depressão. Esta é freqüente em doentes com câncer (Amar et al., 2002), particularmente naqueles em fase final de vida, contribuindo para a piora da qualidade de vida.

A presença de morbidades crônicas associadas tem impacto negativo sobre o prognóstico de doentes com câncer de cabeça e pescoço, e, além disso, o uso do tabaco e do álcool aumentam a morbidade e a mortalidade. Também contribui o fato de que pacientes com morbidades crônicas tendem a ter atraso no diagnóstico, além de receber tratamentos menos agressivos (Paleri et al., 2010). Além disso, quando há possibilidade de terapêutica, os doentes com morbidades associadas apresentam maior incidência e maior gravidade de complicações do tratamento (Piccirillo et al., 2004). Considerando o fato de que havia idosos nesta amostra (idade média de 60,4 anos), há que se destacar um desafio ainda maior neste caso, devido à presença de morbidades próprias da idade. Tudo isto, somado aos efeitos adversos de muitas medicações (cerca de seis medicações por doente), causam impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

Queixas principais, sinais e sintomas orofaciais à avaliação odontológica

No momento da avaliação pré-tratamento odontológico, à anamnese, observou-se que nem sempre as queixas principais representavam todos os problemas encontrados. Isso significa que durante o exame clínico, foram encontrados outros sinais e sintomas que, muito embora não fossem relatados pelos doentes, apresentavam relevância e impacto na sua saúde geral e qualidade de vida. Isto deve ser levado em consideração, visto que nem sempre os doentes se queixam espontaneamente de seus problemas e desconfortos com a boca por acreditarem serem próprios da doença, principalmente no câncer de cabeça e pescoço avançado.

Portanto, esses doentes devem ser questionados e avaliados regularmente também nesses aspectos de saúde (Sweeney, Bagg, 2000). Por isso, é fundamental que sejam feitas reavaliações frequentes de todo o segmento cérvico-facial, para a detecção precoce de dor e sintomas que tendem a surgir ou aumentar com a progressão da doença. A dor no paciente com câncer é multifatorial, incluindo tumor, tratamento e morbididades associadas. Todos apresentavam múltiplos sinais e sintomas orofaciais, o que dificulta entender a origem dessas queixas: se decorrentes das complicações da doença, do seu tratamento, de morbididades associadas, como as doenças odontológicas, ou se devido às complicações da doença. Essa condição clínica pode ser realçada pelo exemplo das seguintes queixas obtidas à anamnese:

“...Doutora, está com quase um ano que eu não telefono!”

“...pra falar, pra comer, é a maior tristeza!”

“...não consigo engolir, me alimento tudo líquido.”

As queixas principais mais comumente relatadas pelos doentes foram dor e disfagia, semelhante ao relatado por Forbes (1997), Paunovich et al. (2000) e Price et al. (2009). A dor é a principal queixa de doentes com câncer em todas as fases da doença (Bonica, 1985; Epstein et al., 1999; Pimenta et al., 1997).

Os doentes deste estudo eram altamente sintomáticos e apresentaram cerca de nove sinais e sintomas (variou de 3-20) observados durante a avaliação odontológica. Estudos prévios relatam dados inferiores (Forbes et al., 1997; Lin et al., 2011) e encontraram dor, perda ponderal, dificuldades para alimentação, disfagia, sintomas respiratórios, xerostomia, infecções fúngicas e dificuldades para a fonação como os sinais e sintomas mais frequentemente apresentados e referidos pelos doentes. Outras séries de estudos (Shedd et al., 1980; Aird et al., 1983) encontraram mais frequentemente dor, disfagia, obstrução das vias aéreas, feridas neoplásicas e xerostomia.

A maioria dos doentes apresentava lesões bucais e extrabuciais, a maioria tumoral (85,7%), ou seja, superior ao encontrado por Aird et al. (1983), que encontraram lesões tumorais em apenas 14,0% dos doentes. Este dado realça ainda mais a gravidade da amostra; além disso, feridas tumorais acarretam dor, infecção secundária, odor desagradável, exsudato e sangramento (Grocott, 1995b). Por exemplo, um quarto dos doentes

apresentava odor fétido. O odor é um sintoma que causa constrangimento e isolamento social, comprometendo ainda mais a autoimagem corporal e qualidade de vida (Grocott, 2000).

Apesar da definição de Hockstein et al. (2004) e Meningaud et al. (2006) é necessário revisar o conceito de sialorréia. A sialorréia, por definição^{*}, refere-se ao aumento do fluxo salivar. A sialorréia pode ou não vir acompanhada de corrimento[†] pelos lábios. Este corrimento de saliva pelos lábios não caracteriza, necessariamente, a sialorréia, muito embora estes dois fatos sejam considerados como um único aspecto clínico, chamados apenas de sialorréia. A experiência clínica em doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço sugere que o corrimento salivar ocorre devido à disfagia e/ou odinofagia, seja por edema de língua ou obstrução tumoral, e, por isso, não é propriamente consequência de uma sialorréia verdadeira (aumento de produção salivar), situação em que aqui será tratada como babação (pseudosialorréia).

A babação pode ser considerada uma pseudosialorréia (corrimento salivar), como foi observada em 45,5% da amostra, embora não tenha sido medido o fluxo salivar dos doentes, tendo como possível causa o próprio crescimento tumoral. Ela se deve ao edema lingual e, portanto, decorre de alterações mecânicas no espaço bucal. A literatura também cita a babação como sequela do tratamento oncológico, da perda da sensibilidade ou deformidade da cavidade bucal e da língua (Olsen, Sjögren, 1999). Nos

^{*} Fluxo excessivo de saliva (Dicionário Médico Enciclopédico de Taber).

[†] Humor que escorre anormalmente de alguma parte do corpo (Dicionário Michaelis).

doentes do presente estudo, o aumento da língua era de origem inflamatória, e a babação foi uma consequência da falta de espaço para o volume de saliva secretado, foi reduzida com o tratamento odontológico implantado, e a redução do edema lingual.

Infecções oportunistas foram comuns na amostra. Estão relacionadas à presença de feridas expostas, à higiene bucal precária, debilidade geral, boca seca e ao uso de esteróides que favorecem o seu aparecimento (Sweeney, Bagg, 2000). Causam alterações do paladar e, quando graves disfagia, bacteremia e septicemia.

A dor foi a queixa mais frequente, tanto à anamnese como ao exame físico. Em média 58,0% dos doentes com câncer, têm dor intolerável e esta frequência aumenta para 85,0% em doentes terminais (Portenoy, 1989; Folley, Macaluso, 1992). Recentemente, em revisão sistemática englobando 52 artigos, van den Beuken-van Everdingen et al. (2007) observaram que ocorre em 64,0% dos doentes com câncer avançado ou metastático e em 59,0% dos doentes em tratamento. O câncer de cabeça e pescoço é o que causa mais dor entre os cânceres (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007), fato que pode ser justificado pela grande vascularização e inervação trigeminal complexa da cabeça e do pescoço (Katz et al., 2003). E também por afetar inúmeras funções cotidianas como a fala, mastigação, deglutição e a expressão de emoções.

Nos doentes da amostra estudada, a prevalência álgica foi superior a do estudo de van den Beuken-van Everdingen et al. (2007), a despeito de 70,0% da amostra fazer uso do III degrau da escada analgésica da OMS

(Organização Mundial da Saúde, 1996), Essa quantidade foi superior à relatada como queixa principal, durante a anamnese (Tabela 5), visto que foi relatada por questionamento direto (Tabela 7); Outros estudos com amostras de doentes com câncer de cabeça e pescoço em fase final de vida relatam frequência variável de 50,0 a 85,0% (Sheed et al., 1980; Ethunandan et al., 2005).

A dor com duração mediana de 8,0 meses é considerada crônica, mas, especialmente em cuidados paliativos, suas manifestações referem-se a presença, progressão ou evolução da neoplasia ou sequela de tratamentos oncológicos. Entretanto, isto não exclui os mecanismos fisiopatológicos clássicos da dor. A dor pode estar relacionada, também à infiltração das estruturas orofaciais pelo câncer, presença de lesões em mucosas e problemas dentários. Em câncer de cabeça e pescoço, a dor afeta as funções bucais com prejuízos na qualidade de vida do doente (Connelly, Schmidt, 2004; Benoliel et al., 2007).

Outro dado relevante deste estudo refere-se ao fato de que metade da amostra também relatou dor em outras partes do corpo há mais de seis meses, o que os caracteriza como doentes com dor crônica. Esta evidencia a complexidade da dor no câncer e a importância da abordagem biopsicossocial, considerando o doente como alvo da atenção e não apenas a doença. Essa abordagem é comum tanto no tratamento do câncer como de doentes com dor crônica, ou sob cuidados paliativos.

Saúde bucal e o tratamento odontológico

Em relação às condições de higiene bucal, todos os doentes apresentavam higiene bucal precária, com acúmulo de resíduos alimentares, ressecamento mucoso, o que contribuía para infecções, agravamento de condições bucais pré-existentes e dor. Além disso, em alguns doentes havia a presença de dentes na massa tumoral, fato que limitou o tratamento. É relevante o fato de que as doenças dentais são infecciosas e, portanto, morbididades que devem ser eliminados por piorar a condição do próprio tumor ou das feridas abertas.

Quase metade da amostra era desdentada, o que reflete a condição dentária da população brasileira, como se observou no CPO-D da população estudada (Tabela 16), resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado na população brasileira com a mesma faixa etária (Projeto SB Brasil, 2003).

Infecções odontogênicas quando associadas à progressão do tumor, candidíase bucal, xerostomia, trismo, dor (Bjordal et al., 2001), radioterapia e quimioterapia contribuem ainda mais para piorar a condição bucal do doente.

Qualidade de vida relacionada à saúde no pré-tratamento odontológico

A exemplo de outros estudos (Vartanian et al., 2004), os domínios mastigação e deglutição foram os piores desta amostra. Curiosamente, houve diferença entre os gêneros, sendo maiores para as mulheres nos

domínios atividade ($p=0,031$), deglutição ($p=0,043$) e ao escore total ($p=0,020$), que pode ser justificado pelo fato de que os homens estão mais expostos aos fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço (Blot et al., 1988) e as lesões anatomicamente podem ser mais agressivas. Estes dados corroboram com os resultados encontrados por Carvalho et al. (2001), que observaram que o câncer de cabeça e pescoço em mulheres apresentam diferenças clínico-epidemiológicas particulares, tais como menor agressividade relacionada à localização dessas lesões e estadiamento.

Outro fato que merece destaque foi a baixa pontuação dada ao domínio ombro ($p=0,028$) pelos doentes com localização tumoral em faringe ($p<0,05$) comparativamente à cavidade bucal. Fato que pode ser justificado pela limitação provocada pelas fibroses pós-operatórias, secundárias a amplas ressecções cirúrgicas e esvaziamento cervical, observado nos doentes com recidiva da lesão, bem como devido a metástases cervicais que provocam limitação do movimento cervical por dor ou pelo volume tumoral (Vartanian et al., 2004).

Neste estudo, os doentes que apresentaram longos períodos de doença e dor apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde ($p=0,031$; $p=0,030$) e particularmente no caso de doença avançada, a aparência ($p=0,031$) e a saliva ($p=0,004$) foram os domínios mais afetados. A dor ou desconforto, a imagem corporal, o significado da doença, seus desejos, relacionamentos, valores ou crenças espirituais contribuem para a sua experiência da doença e do sofrimento (Sepúlveda et al., 2002).

A percepção do desconforto é individualizado e construído pelos doentes em variadas formas, observou-se que nos doentes com muitas queixas principais ($p=0,005$; $p=0,002$) e em muitas localizações, a qualidade de vida relacionada à dor foi pior, comprovando o seu impacto sobre desfechos clínicos como dor e ansiedade (Wilson et al., 2002).

Os doentes que não recebiam alimentos por boca possuíam uma pior qualidade de vida relacionada à aparência ($p=0,023$), que pode ser explicado pelo fato de alguns doentes fazerem uso de sondas nasogástricas para alimentação, devido à disfagia provocada pelo crescimento tumoral que comprometia deglutição ($p=0,031$), a nutrição e a qualidade de vida global do doente ($p=0,010$).

Além disto, complicações da doença podem acometer estes doentes, contribuindo ainda mais para a piora global da qualidade de vida, como a babação ($p=0,034$), que nos nossos doentes ocorreu essencialmente de duas causas: 1) o edema lingual, devido a um prejuízo no retorno venoso pela infiltração tumoral; 2) a presença de extensas lesões na boca, o que levou a um impedimento mecânico da deglutição. A babação afetou a aparência ($p=0,027$), ainda mais comprometida pelo uso de sonda nasogástrica para alimentação, presente em parte deles. As dificuldades com a fala provocam constrangimento, isolamento social e afetam gravemente a recreação ($p=0,048$) destes doentes (Hockstein et al., 2004).

Os dados deste estudo evidenciam que a perda da locomoção compromete a qualidade de vida dos doentes, quanto à atividade ($p=0,004$) e a qualidade de vida geral ($p=0,001$), o que parece ser óbvio.

Intensidade e alívio da dor no pós-tratamento odontológico

Em relação ao alívio da dor, após a realização do tratamento odontológico, um doente deste estudo, ao ser questionado sobre melhora, salientou, após a extração de um dente:

“...doutora, a minha dor foi aliviada aqui! Antes de tirar o dente eu tomava 30 comprimidos por dia e 300 gotas de dipirona!”

Em relação ao quadro algico, observou-se uma melhora significativa da dor ($p=0,015$), o que demonstrou a efetividade do protocolo de cuidados odontológicos aplicado. Alguns fatores contribuíram para isto, como: o controle periférico da dor, obtido através de soluções analgésicas bucais, pomadas tópicas analgésicas, eliminação de afecções bucais pré-existentes, como cárie e doença periodontal, limpeza e oclusão de feridas bucais e extrabuciais dentre outros cuidados (Jales, Siqueira, 2009).

A mucosa bucal é acessível para a aplicação de medicações tópicas, devido a sua fina barreira tecidual e grande inervação local, apesar da redução do tempo de contato desta com o tecido bucal devido à diluição salivar. Medidas tópicas são boas opções no caso de lesões bucais, pois permitem uma boa analgesia com redução dos efeitos adversos das medicações sistêmicas, a exemplo dos opióides (Epstein et al., 2007).

Fato comprovado após a realização do protocolo de tratamento odontológico foi a redução do número total de medicações ($p=0,052$) e das

medicações analgésicas ($p=0,032$), com isso reduzindo os efeitos adversos e proporcionando a melhora da qualidade de vida do doente.

A necessidade de múltiplos fármacos para controle da dor e de outros desses sintomas pode piorar a qualidade de vida devido aos efeitos colaterais. O desenvolvimento de protocolos para esse tipo de atendimento contribui para a redução do uso de fármacos e melhora da condição bucal desses doentes.

Alguns fatores podem ter contribuído para o controle algico inadequado como a incapacidade ou a dificuldade de deglutir as medicações, receio dos efeitos adversos ou da dependência provocada pelo uso dos opióides, dificuldade para entendimento da posologia, falta de suporte por parte dos cuidadores, quantidade inadequada de opióides, invasão tumoral a estruturas ósseas, dor neuropática subtratada. Dados inferiores ao relatados por Sakai et al. (1992), após a avaliação de 52 doentes em fase final de vida, encontraram dor não controlada em 40,0% deles. Ao passo que no presente estudo somente 20,0% não tiveram controle da dor, o que comprova a importância do controle periférico da dor e da eliminação de afecções bucais pré-existentes através dos cuidados preventivos, curativos e paliativos implementados.

Portanto, este estudo destaca a importância da realização de rigorosa avaliação e tratamento dos problemas dentários em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A adaptação dos cuidados odontológicos pelos doentes e cuidadores, aliado, ao próprio tratamento das doenças bucais contribuiu para reduzir a dor, as queixas principais, o número de medicações

em uso e também de complicações, infecções e hemorragias. A realização de reavaliações frequentes da boca é importante, pois a dor e os sintomas orofaciais tendem a aumentar com a progressão da doença (Lapeer, 1990). Por isso, a vigilância e a adoção de cuidados específicos contribuem para eliminar a dor, assegurar conforto, identificar e eliminar possíveis focos de infecção (Chiodo et al., 1998). A atenção para o cuidado odontológico é essencial na realização de cuidados paliativos para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A participação do cirurgião dentista como um membro da equipe de cuidados paliativos favorece a utilização de medidas padronizadas e protocolos de tratamento.

Os dados deste estudo mostram, em relação à melhora do número destas queixas, que o protocolo de cuidados odontológicos aplicados a estes doentes mostrou-se efetivo na redução do seu número, bem como de locais destas queixas ($p < 0,001$). Compreender que a boca é uma região do corpo humano sujeita a inúmeras agressões é fundamental para o controle de sintomas como a dor.

Esta é uma área que necessita de atenção, de modo a conjugar a necessidade desses doentes, motivada por problemas decorrentes do tumor ou de doenças odontológicas corriqueiras, muitas delas infecciosas, que comprometem mais ainda sua condição de saúde (Siqueira et al., 2009b).

Neste cenário, a participação do cirurgião dentista contribui grandemente para a melhora das condições de saúde geral e o torna indispensável na equipe de cuidados paliativos. Orientar doentes e cuidadores e discutir estes aspectos com a equipe multiprofissional de

cuidados paliativos, ajuda na sua integração neste importante segmento da área da saúde (Siqueira et al., 2009a).

Qualidade de vida relacionada à saúde e sobrevida no pós-tratamento odontológico

Ao longo do estudo, observou-se redução da capacidade funcional dos doentes da amostra ($p=0,008$), o que indica um declínio funcional decorrente da progressão da doença, esperada nesta fase de vida em que os doentes se encontravam em proximidade à morte. A intervenção proposta teve objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes, não do seu estado funcional, o que foi obtido em parte da amostra e isto se justifica pela sua gravidade e heterogeneidade de complicações e sintomas.

Doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço apresentam tumores extensos e incuráveis além de sinais e sintomas inerentes à própria doença. Quando as estruturas da cabeça e pescoço são violadas pelo tumor, o processo de morte é lento, persistente e doloroso, e as áreas anatômicas envolvidas tendem a ser visíveis, gerando constrangimento, isolamento social e prejuízo nas funções relacionadas.

Oferecer cuidado odontológico a estes doentes possibilita o alívio destes sinais e sintomas e a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde. Isso foi alcançado em relação à aparência ($p=0,049$), que merece destaque pelo alívio da babação, do edema lingual e da limpeza e proteção das feridas, o que minimiza infecções secundárias e odor. Já a tendência de

piora para o domínio ombro ($p=0,058$) justifica-se pelas limitações decorrentes das metástases cervicais limitarem o movimento cervical, causando dor (Vartanian et al., 2004).

A idade elevada foi um importante fator associado à piora da qualidade de vida pré-tratamento odontológico nesses doentes ($p=0,033$), isto pode ser em parte explicado devido à limitação funcional, ao impacto das doenças de base e da polifarmácia normalmente presente.

Pela análise realizada, para cada aumento de uma unidade no número das queixas principais pós-tratamento odontológico aumenta em 129 vezes a chance de piorar da qualidade de vida ($p=0,054$) e isso é expressivo e reflete também a gravidade do doente.

A funcionalidade apresentada pelo doente pré-tratamento odontológico foi fator preditor independente de piora da qualidade de vida ($p=0,039$), isto reforça a importância do encaminhamento precoce dos doentes aos cuidados paliativos (Lin et al., 2011), possivelmente devido à questão própria da formação médica, isto não é feito rotineiramente. Os dados demonstram o seu impacto positivo na melhora da qualidade de vida pré ($p=0,028$) e pós-tratamento odontológico ($p=0,012$).

Os cuidados paliativos devem ser introduzidos o mais precocemente possível, desde o momento do diagnóstico; porém a introdução dos cuidados paliativos no Brasil ainda é recente e incipiente, com a necessidade de implementação e estruturação em muitos serviços e escolas de formação médica, o que justifica a sua posição 38^a/40^a no ranking mundial (The Economist, 2010).

A amostra deste estudo foi muito crítica. A capacidade funcional destes doentes estava moderadamente comprometida, como demonstrado pela escala de capacidade funcional de Karnofsky (média de 69,5). Mais de dois terços dos doentes que estavam em cuidados paliativos e que foram motivo deste estudo faleceram no transcorrer do mesmo. Sua probabilidade de sobrevida em 17 meses não ultrapassou 6,0%. Esses dados mostram a gravidade dos mesmos e as dificuldades inerentes à sua avaliação e acompanhamento.

Isso torna imperativa a instituição de cuidados paliativos o mais precocemente possível, desde o momento do diagnóstico da doença, perdurando por todo o seu tratamento, e se tornando exclusivo e intenso na fase final de vida, prevenindo as complicações e provendo conforto (Maciel, 2007). Não se deve considerar a inclusão dos cuidados paliativos somente na sua fase final de vida, em que os sinais e sintomas tomam dimensões exageradas.

Essa realidade sempre presente na vida destes doentes, dos seus familiares e na própria equipe de saúde (Lovel, 2000) realça a dificuldade de avaliar os resultados das intervenções realizadas sem levar em consideração todas as variáveis envolvidas, particularmente de se conseguir um acompanhamento uniforme para todos os doentes, cuja mediana neste estudo foi de 2,7 meses, entretanto, com variações muito amplas com um mínimo de 9,0 dias e um máximo de 16,8 meses.

Na condição de doentes terminais, em que se esgotaram as possibilidades oncológicas curativas, ocorre o comprometimento das suas

funções bucais, direta ou indiretamente pela doença, tornando-os altamente sintomáticos. Com isso, acarretando comprometimentos físicos e psicológicos devido à exposição e desfiguração do indivíduo. Essa condição muda o objetivo do tratamento convencional, neste tipo de câncer, para a melhora da qualidade de vida desses doentes (Caponero, Melo, 2002). O conhecimento dos cuidados a serem feitos já existe e o melhor que podemos fazer é garantir que todos os benefícios aos doentes sejam feitos a partir deste conhecimento.

A importância de manter a qualidade de vida em níveis adequados reflete-se pelos dados que indicam seu envolvimento direto com a sobrevida dos doentes ($p=0,036$). O óbito também está associado às variáveis de funcionalidade (KPS) e prognóstico (PPI). A localização do tumor também está relacionada à qualidade de vida e à sobrevida. Tumores localizados na faringe e na laringe quando comparados com a cavidade bucal, propiciam maior tempo de sobrevida. Portanto, os tumores da cavidade bucal têm maior gravidade e complicações aos doentes. O que exige a maior atenção nos cuidados paliativos locais.

Outro dado que refletiu essa relação foi o número de medicações ($p=0,044$), pois certamente, quanto maior, maior também será a gravidade do doente. Duas variáveis de qualidade de vida que chamam atenção são a mastigação e a deglutição, pois quando melhoraram após o tratamento odontológico realizado, houve redução da probabilidade de óbito em cerca de duas vezes ($p=0,044$ e $p=0,020$, respectivamente para mastigação e

deglutição), o que demonstra novamente a efetividade e a importância dos cuidados nessa população.

O impacto do tratamento odontológico na qualidade de vida e no tempo de sobrevivência dos doentes ainda é realçado pelo dado que mostra que os doentes que obtiveram qualquer grau de melhora do escore total da qualidade de vida tiveram aumento de sobrevivência em 4,3 meses ($p=0,015$), bem como através de melhora clinicamente significantes na sua qualidade de vida.

A efetividade do tratamento também ficou demonstrada pela redução da intensidade da dor, do número de medicações e do número de queixas, a despeito do avanço da doença, e da piora da funcionalidade. Por outro lado, a melhora estatística do domínio aparência reflete a influência do tratamento odontológico nos doentes. É possível que tenha havido alguma influência emocional nos doentes, além da melhora física.

Além do mais, realça a importância do tratamento odontológico realizado o fato de que quando ele melhora a qualidade de vida dos doentes, ele dobra o seu tempo de vida ($p=0,015$). Assim, em conjunto estes dados indicam que independente da gravidade dos doentes e do progresso da doença, quando são instituídas medidas que reduzem o desconforto e melhoram a aparência eles podem viver mais tempo e com melhor qualidade de vida, o que certamente se traduz na recuperação, pelo menos em parte, da dignidade nesta fase terminal das suas vidas.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo incluem a sua natureza descritiva, a pequena dimensão da amostra e a irregularidade do acompanhamento. No entanto, a avaliação e o tratamento desses poucos pacientes foram muito importantes para a criação e o aperfeiçoamento de um protocolo padronizado para tratamento odontológico de pacientes com câncer avançado de cabeça e pescoço.

Durante o período de realização deste trabalho encontramos algumas dificuldades, algumas delas já discutidas na literatura especializada, como: 1) quantidade insuficiente de doentes encaminhados ao ambulatório; 2) encaminhamento tardio dos doentes ao ambulatório de cuidados paliativos, que dentre os possíveis motivos esteja uma questão cultural na formação médica brasileira ou devido ao grande tempo dispensado, ao esgotar todas as possibilidades terapêuticas de cura, e com isso muitos doentes avaliados não preencheram os critérios de inclusão, por estarem muito incapacitados funcionalmente; 3) elevado índice de mortalidade dos doentes em fila de espera para atendimento; 4) dificuldade no acompanhamento dos doentes, devido irregularidade nos períodos de seguimento, fato justificado por se tratar de uma população com doença avançada e em fase terminal de vida, com limitações funcionais impostas pela doença, como debilidade, emagrecimento e desfiguração. Por isso, necessitavam de transporte especial para o comparecimento aos atendimentos. Além de sucessivas internações e dificuldades sociais e familiares sofridas por estes doentes,

tornaram esta amostra difícil para avaliar e para uniformizar o tempo mínimo e máximo de avaliação.

Portanto, a principal limitação encontrada na realização deste estudo foi a irregularidade no período de seguimento destes doentes, o que obrigou a avaliação dos doentes somente em dois momentos, um momento inicial (pré-tratamento odontológico) e um momento final (pós-tratamento odontológico), e excluindo-se as demais consultas obtidas em alguns doentes.

Ciente disto, optou-se pela realização de estudo clínico não controlado, pois a inclusão de um grupo controle não seria possível devido a questões éticas.

Considerações finais

O mérito deste estudo foi fazer a caracterização da amostra de doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço, tanto de sua condição clínica geral como orofacial, desenvolver e aplicar cuidados odontológicos preventivos, curativos e paliativos, dentro da necessidade de cada doente, o que permitiu definir e aplicar um protocolo próprio para esses doentes, de modo inédito, e, finalmente, avaliar a efetividade desse protocolo no controle da dor, das queixas dos doentes e, principalmente, seu impacto na qualidade de vida e sobrevida dos doentes. Isso tudo exigiu grande esforço.

Outro aspecto fundamental foi que o desenvolvimento deste protocolo merece destaque pelo trabalho em equipe, em parceria também com o setor

de farmácia, na elaboração das fórmulas magistrais, que na ausência de produtos disponíveis no mercado, necessidade de novas vias de acesso ou por dificuldades financeiras que impossibilitem o acesso as fórmulas convencionais pode-se recorrer às adaptações desenvolvidas neste protocolo.

Embora existam vários estudos epidemiológicos sobre o câncer, ainda faltavam dados sobre doentes em fase final de vida, particularmente aqueles com câncer de cabeça e pescoço. Certamente, doentes com câncer avançado de cabeça e pescoço possuem necessidades médicas, odontológicas e sociais importantes, como demonstrados no presente estudo.

Em conjunto, os dados deste estudo mostram que o estado de saúde dos doentes era crítico, mas que é possível reduzir a dor e outras queixas, e, acima de tudo, que ao melhorar sua qualidade de vida também aumenta a sobrevida. O fato de que doenças corriqueiras, como cárie, doença periodontal e infecções oportunistas serem regularmente negligenciadas, imaginando-se que doentes com doenças, certamente graves como o câncer, não sofrem sua influência, é uma constante e espera-se que os resultados deste estudo ajudem a mudar esse pensamento realçando o óbvio: toda doença infecciosa deve ser tratada, seja ela causa primária ou não do padecimento do doente. Portanto, a inclusão do cirurgião dentista nas equipes de Cuidados Paliativos, principalmente quando treinados para tratar dor, inclusive no câncer, passa a ser uma necessidade. Da fase à ênfase ao diagnóstico a Odontologia passa a esta nova fase, que é de

contribuir com sua competência técnica para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida também do doente com câncer de boca em fase avançada.

7 CONCLUSÕES

Através da metodologia aplicada pode-se concluir o seguinte:

- 7.1 O gênero masculino foi mais acometido; a orofaringe foi a localização mais frequente; a dor e a disfagia foram as queixas mais relatadas; lesões bucais ou extrabuciais estavam presentes em todos os doentes que apresentavam higiene bucal precária e infecções odontogênicas ou oportunistas. Os sinais e os sintomas observados ao exame clínico foram os seguintes: dor, disfagia, lesões bucais e extrabuciais, babação (pseudosialorréia), trismo, xerostomia, edema lingual, odor das feridas, sangramento tumoral, disgeusia, osteorradionecrose;
- 7.2 Quanto à funcionalidade houve piora ao longo do acompanhamento;
- 7.3 Quanto à qualidade de vida, foi melhor no gênero feminino; pior nos doentes com tempo de diagnóstico e de dor superior a 12 meses; pior nos doentes que apresentavam babação; pior nos que não se alimentavam por via oral e pior nos que não deambulavam; a funcionalidade pré-tratamento odontológico foi preditora independente de qualidade de vida;
- 7.4 Os doentes estavam em fase avançada da doença; apresentaram baixíssima taxa de sobrevida; após o tratamento odontológico houve redução da intensidade da dor, do número de medicação sistêmica

utilizada pelos doentes para o controle da dor e do número de queixas e a melhora da mastigação teve impacto positivo na sobrevida. Os doentes que melhoraram a qualidade de vida tiveram a sobrevida duas vezes superior.

8 ANEXOS

Anexo A – Ficha clínica EDOF-HC

Ficha Clínica da Equipe de Dor Orofacial / ATM Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP

Dentista: _____ Data: _____ Procedência: _____ RGHC: _____
 Nome: _____ Sexo: _____
 Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Profissão: _____ Cor: () B () N () Outra _____
 Estado civil: _____ O paciente está: () só () acompanhado por _____ () cadeira de rodas

I. ANAMNESE – CARACTERÍSTICAS DA DOR

1 – QP (Qual é a sua queixa?)

2.- Há quanto tempo você tem essa dor? _____ () Dias () Meses () Anos 3. Periodicidade: () Diária... () 2-3 X sem () Sem () Quinz () Mensal.

4. Período do dia que tem dor: () M () T () N () Indiferente 5. Como ela aparece? () Espontânea: () N () S; () Provocada: () N () S

Como? _____ 6. Quanto tempo dura a sua dor? () segs () mins () horas () dias () Outro _____

7. Tipo (característica) da dor: () Pontada () Peso () Queimor () Choque () Latejante () Contínua () Outro _____

8 - Intensidade da dor: () fraca () moderada () forte 9.- Nota de 0 a 10: _____ 10 – Essa dor te acordava durante o sono? () N () S

11 – Período do dia em que a dor é pior: () M () T () N () sono () indiferente () outro: _____

13. Sabe o que iniciou a sua dor? () N: () S- Como? _____

14 – O que piora a sua dor? _____

15 – O que acalma a sua dor? _____

16 - Tratamentos realizados para a dor e melhora (M,PM,SM) _____

17 - Possui o hábito de morder: () língua () bochecha () lábios () objetos: _____

18 – Você mastiga do lado: () D () E () na frente () bil (dos 2 lados) 19 – Você acha que sua mastigação é: () boa () ruim () péssima
 () não sabe () causa dor – Onde? _____

20 – Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? () N () S: – () rosto () ouvido () cabeça () dentes () pescoço () corpo () Outro _____

21 - Sente o rosto cansado com frequência: () N () S - () ao acordar () ao mastigar () ao falar () ao sorrir () outro _____

22 – Sabe se range os dentes: () à noite () de dia () não sabe () N () S: Quem disse? _____

23 - Sente ruídos na () face () cabeça () N () S- Lado? _____ Quando? () AB () fala () mastiga () outro _____

24 - Tem dor provocada por algum movimento da boca? () N () S - () AB () Protrusão () later. D () Later. E () outro _____

25 - Tem dor de ouvido? () N () S: Lado? () D () E Passou pelo médico (ORL)? () N () S – O que ele disse? _____

26 - Tem dor de cabeça? () N () S: Onde? _____

27 - Passou pelo médico (Neuro)? () N () S – o que ele disse ou receitou? _____

28 - Tem dor no corpo: () N () S: Onde? _____

29- Passou pelo médico? () N () S- Qual? _____ O que ele disse ou receitou? _____

30 – Teve algum acidente, cirurgia ou doença grave? () N () S – Qual, como e onde afetou seu corpo? _____

12- Mostre onde é a sua dor. _____ () D () E () Bilateral; e as dores do seu corpo.

III. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:

() Artrite reumatóide () Asma () Bronquite () Hepatite () Amigdalite () Derrame (AVC)
 () Fibromialgia () Sinusite () Pressão alta (HAS) () Diabetes () Úlcera () Gastrite
 () Rinite alérgica () Coração () Doença renal (rins) () Depressão () Infecções () Enxaqueca
 () Herpes zoster (cobreiro) () Parkinson () Outra: _____

31 – Tratou-se de alguma destas doenças:

() Derrame (AVC)
 () Gastrite
 () Enxaqueca

32 – Está em tratamento médico atual? Doenças que tem e remédios que usa: _____

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

33 – Comportamento durante a consulta: _____

V. EXAME FÍSICO:

34 - Face: ()Assimetria facial ()Prognatismo ()Laterognatismo:-D E Hipertrofia: ()Masseter ()Temporal – ()D ()E

35 – Pele da Face: _____

36 – Linfonodos: _____

37 – Mucosa oral: _____

38 – Língua: _____

39 – Alterações neurológicas: _____

40 - Período: _____

41 – Dentes: _____

42 - Percussão (Vert e Horiz) (0 a 3) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

43 - Ausências dentárias (/) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

44 - Interferências oclusais: _____

45 - Mordida aberta: ()S ()N 46. Mordida cruzada: ()Ant ()Post- ()D ()E 47- Sobremordida profunda: ()N ()S - ()a ()b ()c

48 - Desgastes dentários: ()N ()S - ()incisais ()1/3 incisal ()1/3 médio ()1/3 cervical 49 - Angle: ()CI I ()CI II ()CI III

50 - Desdentado Total: ()Sup ()Inf ()Duplo 51- PPR: ()N ()S – Qual: _____ 52 -Perda de DV:()N ()S -

_____mm 53 - Tempo de uso de PT: _____; 54 - Tempo da PPT atual: _____; 55 - Tempo de uso da PPR: _____

56 – Movimentos mandibulares: **AB:** _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____ **P:** + _____mm – ()sem dor ()com dor – local:

_____ **LD:** _____mm – ()sem dor ()com dor – local: _____ **LE:** _____mm – ()sem dor ()com dor – local:

Linha Média: DLMf: _____mm ()E ()D DLMa: _____mm – ()E ()D

57 – Ruídos na ATM: ()Ausentes ()POP ()crepitação ()D ()E Estalo D- ()IA ()MA ()FA ()IF ()MF ()FF

Estalo E -()IA ()MA ()FA ()IF ()MF ()FF

58 – Palpação da ATM e dos músculos da mastigação e do pescoço:

ATM ou Músculos Dir Esq Obs.

ATM – pólo lateral

ATM – pólo posterior

Masseter Inferior

Masseter Médio

Masseter Superior

Masseter Intra-Oral

Temporal Anterior

Temporal Médio

Temporal Posterior

Temporal Intra-Oral

Digástrico anterior

Digástrico posterior

ECM superior

ECM médio

ECM inferior

Esplênio cervical

Esplênio da cabeça

Suboccipitais

Trapézio ombro

Trapézio pescoço

59. Movimentos cervicais dolorosos? ()N ()S- rotação D ()rotação E ()extensão ()flexão obs. _____

60 – Rx, exames ou interconsultas solicitadas: _____

61 - Hipótese Diagnóstica para a dor (CID): _____

62 – Diagnósticos secundários (CID): _____

63 – Diagnóstico final (dor): _____

64 – Tratamento sugerido para a dor: _____

65 – Reabilitações sugeridas: _____

VI. TRATAMENTO INICIAL (dor): _____ Data: ____/____/____

1º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

2º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

3º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

4º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

5º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

Obs.: _____

História pregressa da doença:

1. Manifestação inicial:
2. Profissional que diagnosticou:
3. Tempo de diagnóstico:
4. Tratamentos realizados:

Hábitos:

- () Tabagista
- () Etilista
- () Ex-tabagista
- () Ex-etilista
- () Tempo em meses

Locomoção:

- () Cadeira de rodas
- () Maca
- () Normal

Traqueostomia

- () Presente

Vias de alimentação:

- () Sonda naso-gástrica
- () Gastrostomia
- () Via oral

Fonação:

- () Atonia
- () Disfonia
- () Normal

Avaliação do odor nas feridas tumorais:

- () Grau I
- () Grau II
- () Grau III

Avaliação do edema lingual:

- () Leve – até 1 cm
- () Moderado - 1 a 2 cm
- () Intenso - acima de 2 cm

Anexo B – Índice CPO-D e Índice gengival

Índice CPO-D e Índice gengival

Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP

Pesquisa: **Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado**

Pesquisador executante: **Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

1. Índice CPOD

História Pregressa da Doença Cárie (Saúde Bucal):			
Índice CPO-d (Permanentes)			
C	P	O	Total

2. Índice gengival

Índice gengival			
IG = 0	IG = 1	IG = 2	IG = 3
gengiva normal	gengiva com moderada inflamação, discreta mudança de cor, discreto edema, sem sangramento a sondagem	gengiva com moderada inflamação, vermelhidão, edema e com sangramento a sondagem	gengiva inflamação acentuada, vermelhidão, edema as ulcerações e com sangramento espontâneo

Anexo C – Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington Versão 4.0 validada em português Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas – FMUSP

Pesquisa: **Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado**

Pesquisador executante: **Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias. Por favor responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Eu não tenho dor
- 75 [] Há dor leve não necessitando de medicação
- 50 [] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- 25 [] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- 0 [] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Não há mudança na minha aparência
- 75 [] A mudança na minha aparência é mínima
- 50 [] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo
- 25 [] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido à minha aparência
- 0 [] Eu não posso estar com outras pessoas devido à minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Eu estou tão ativo quanto sempre estive
- 75 [] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente
- 50 [] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa
- 25 [] Eu não saio de casa porque eu não tenho força
- 0 [] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

4. Recreação (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
- 75 [] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir
- 50 [] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso
- 25 [] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV
- 0 [] Eu não posso fazer nada agradável

5. Deglutição (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Eu posso engolir tão bem como sempre
- 67 [] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
- 33 [] Eu posso engolir somente comidas líquidas
- 0 [] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Eu posso mastigar tão bem como sempre
- 50 [] Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas
- 0 [] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

7. Fala (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Minha fala é a mesma de sempre
- 67 [] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone
- 33 [] Somente minha família e amigos podem me entender
- 0 [] Eu não sou entendido pelos outros

8. Ombro (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu não tenho problemas com meu ombro
67 ☐ Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força
33 ☐ Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho
0 ☐ Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

9. Paladar (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu sinto sabor da comida normalmente
67 ☐ Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
33 ☐ Eu posso sentir o sabor de algumas comidas
0 ☐ Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

10. Saliva (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Minha saliva é de consistência normal
67 ☐ Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente
33 ☐ Eu tenho muito pouca saliva
0 ☐ Eu não tenho saliva

11. Humor (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
75 ☐ Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
50 ☐ Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer
25 ☐ Eu estou um pouco deprimido por causada do meu câncer
0 ☐ Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
67 ☐ Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
33 ☐ Eu estou ansioso por causa do meu câncer
0 ☐ Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?

Marque [X] em até 3 alternativas

☐ Dor	☐ Deglutição	☐ Paladar
☐ Aparência	☐ Mastigação	☐ Saliva
☐ Atividade	☐ Fala	☐ Humor
☐ Recreação	☐ Ombro	☐ Ansiedade

Questões gerais

A) Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde: (marque uma alternativa [X])

- ☐ Muito melhor
☐ Um pouco melhor
☐ Mais ou menos o mesmo
☐ Um pouco pior
☐ Muito pior

B) Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [X])

- ☐ Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Média ☐ Ruim ☐ Muito ruim

C) De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa [X])

- ☐ Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Média ☐ Ruim ☐ Muito ruim

Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais se necessário).

Anexo D – Escala de Karnofsky

Escala de Karnofsky Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP

Pesquisa: **Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado**

Pesquisador executante: **Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Graduação	Significado
100	Normal; ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais; sintomas mínimos
80	Atividade normal com esforço; alguns sintomas
70	Não requer assistência para cuidados pessoais; incapaz de realizar atividades normais
60	Requer assistência ocasional; necessita de cuidados a maior parte do tempo
50	Requer considerável assistência e freqüentes cuidados
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência
30	Severamente incapacitado, hospitalizado, morte não iminente
20	Muito doente, cuidados de suporte ativo necessários
10	Moribundo; processo fatal progredindo rapidamente

Anexo E – Palliative Prognostic Index

Palliative Prognostic Index Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP

Pesquisa: **Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado**

Pesquisador executante: **Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

KPS

10-20	4.0
30-50	2.5
>50	0 (zero)

Sintomas e sinais

Ingesta oral

Muito reduzida	2.5
Moderadamente reduzida	1.0
Normal	0 (zero)

Edema 1.0

Dispnéia de repouso 3.5

Delirium 4.0

Escore total

0 - 2.0
2.1 – 4.0
> 4.0

Sobrevida média de dias

90
60
12

Anexo F – Protocolo para tratamento odontológico de doentes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativo sugerido pela Equipe de Dor Orofacial/ATM - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (EDOF-HC)

Quadro 1 - Protocolo de tratamento odontológico

Sinais e sintomas	Etiologias	Cuidados medicamentosos	Cuidados não-medicamentosos
Dor	Úlceras bucais Mucosite Odontalgias Invasão tumoral	- Cloridrato de Benzidamina - Água fenicada 2% diluída/bochechos - Pomadas a base de lidocaína 2%	- Laser terapêutico - Exodontia - Acesso a câmara pulpar (endodontia)
Xerostomia	Radioterapia Quimioterapia Medicamentos	- Saliva artificial - Hidratantes bucais: uréia 5% + gel de carboximetilcelulose 3%; Uréia 8% (não-alcóolica) + gel de carbopol 2%	- Orientação de higiene bucal - Orientação dietética - Orientação de hidratação
Sialorréia	Infiltração tumoral Ressecções palatofaríngeas	- Atropina 1%, uma gota 2-3 vezes ao dia - Escopolamina 20-40 gotas 3-5 vezes ao dia	-
Candidíase bucal	Quimioterapia Radioterapia Hipossalivação	- Nistatina 100.000UI bochechos 4x ao dia por 14 dias - Clorexidina 0,12% sob a forma de bochechos	- Orientação de higiene bucal - Orientação de higiene das próteses e escovas dentárias
Infecções virais	Herpes simples Herpes-Zoster	- Aciclovir 200mg 5 vezes ao dia cada 4hs por 7 dias (Herpes simples) - 800mg/dia 5 vezes ao dia por 7 dias (Herpes Zoster) - Pomada tópica de Aciclovir 5% a cada 6hs - Cloridrato de Benzidamina - Água fenicada 2% diluída/bochechos	- Laser terapêutico de baixa potência
Cáries	Radioterapia Hipossalivação Má higiene bucal	- Prevenção com a aplicação de fluoreto de sódio 1,23% - Goteira com flúor gel	- Escariação - Aplicação de cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol - Exodontia - Arredondamento dos ângulos dentários agudos Continua

Quadro 1 - Protocolo de tratamento odontológico (continuação)

Sinais e sintomas	Etiologias	Cuidados medicamentosos	Cuidados não-medicamentosos
Doença periodontal	Hipossalivação Má higiene bucal	- Bochechos a base de clorexidina a 0,12% - Água fenicada a 2%	- Orientação de higiene bucal - Raspagem e alisamento coronoradicular
Dor músculo-esquelética (dor e disfunção mandibular)	Massa tumoral extensa em face Estresse Bruxismo	- Analgésicos - Antiinflamatórios não esteroidais	- Medidas físicas de calor e frio localmente sob a forma de bochechos e compressas - Placa miorelaxante
Feridas	Massa tumoral Aftas Traumatismos diversos ex. dentaduras desadaptadas Radioterapia Quimioterapia	- Pomadas à base de óxido de zinco, metronidazol, nistatina, gentamicina a 2%, lidocaína a 2%, sulfadiazina de prata a 1%, carvão ativado; - Água fenicada a 2% diluída em bochechos - Bochechos de morfina 1mg/gota	- Orientação de higiene com soro fisiológico / antissépticos e gaze - Oclusão das feridas com gaze, atadura e esparadrapo, trocar curativo 2x ao dia ou quando molhar o curativo - Cuidados para próteses desadaptadas
Osteorradionecrose	Radioterapia Traumatismo pós-irradiação	- Irrigação da ferida com colutórios a base de clorexidina a 0,12% - Antibioticoterapia	- Remoção de sequestros ósseos e proteção da ferida bucal com pomadas
Mucosite	Quimioterapia Radioterapia	- Água bicarbonatada a 3% - Solução para bochecho à base de lidocaína a 2%, hidróxido de magnésio e nistatina 100.000UI - Creme dental sem lauril sulfato de sódio - Bochechos de morfina 1mg/gota	- Chá de camomila gelado - Laser terapêutico de baixa potência
Disgeusia	Radioterapia das papilas gustativas Hipossalivação e alterações salivares Medicamentoso Deficiências nutricionais	Suplementos a base de sulfato de zinco 70mg	Hidratação bucal Orientação dietética

Continua

Quadro 1 - Protocolo de tratamento odontológico (conclusão)

Sinais e sintomas	Etiologias	Cuidados medicamentosos	Cuidados não-medicamentosos
Trismo	Deficiências nutricionais Invasão tumoral Radioterapia	-	- Exercícios fisioterápicos, dependendo da etiologia - Compressas com calor úmido
Próteses desadaptadas	Atrofia da musculatura facial Caquexia Xerostomia	- Saliva artificial - Hidratantes bucais	
Lábios ressecados	Hipossalivação	- Uréia a 2% ou 10% lanette	- Hidratação bucal
Odinofagia	Invasão tumoral Infecção orofaríngea por candidíase	- Solução a base de lidocaína a 2%, hidróxido de alumínio e nistatina 100.000UI	- Orientação dietética
Edema de língua e edentação lingual	Diminuição do retorno venoso	- Água fenicada a 2% diluída/bochechos	- Protetores bucais à base de acetato e sílica de adição
Prurido facial	Dor neuropática por invasão tumoral	- Pomada de conforto à base de cânfora, mentol, salicilato de metila	-
Odor/halitose	Necrose tumoral Infecção secundária Infecção dentária	- Pomada a base de metronidazol e nistatina - Antibiótico sistêmico - Bochechos com antissépticos	- Orientação de higiene bucal - Orientação de higiene das feridas - Oclusão das feridas - Troca regular de curativos (2x ao dia)
Sangramento	Rupturas de vasos do tumor Doença periodontal Restaurações ásperas	- Antifibrinolíticos locais macerados - Colutórios antibacterianos - Arredondamento de cúspides dentárias	- Orientação de higiene bucal - Orientação de hemostasia - Orientação de higiene das feridas

Estas formulações magistrais foram desenvolvidas e adaptadas de acordo com as matérias-primas disponíveis na Divisão de Farmácia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo após discussão e planejamento junto farmacêutica Solange Petillo Bricola e Maria de Fátima Silva.

Quadro 2 - Protocolo de tratamento odontológico – limpeza bucal e extrabucal**Limpeza bucal e extrabucal**

- Mecânica através de técnicas de escovação dentária (dentados); com a utilização de escova de dente macia com pressão dependente da fase de evolução do tumor e/ou tratamento; creme dental sem lauril sulfato de sódio ou limpeza com gaze e antisséptico (desdentados).
- Limpeza de feridas extrabucais expostas com gaze e soro fisiológico 0,9% ou solução de Dakin; remoção das próteses à noite, deixa-las imersas em solução com cloro a 2% (5mL ou uma colher de chá de alvejante em 250mL ou um copo de água) uma vez por semana por 20 minutos e lava-la abundantemente
- Medicamentosa: Água fenicada a 2% (uma colher de sopa da solução diluída em meio copo de água morna, realizar quatro bochechos, com duração de meio minuto cada, três vezes ao dia), clorexidina a 0,12%, realizar bochechos, por um minuto, duas vezes ao dia.

9 REFERÊNCIAS

Agency for Healthcare Policy and Research. Pressure ulcer treatment quick reference guide for clinician. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1994. Report No.: AHCPR95-0653.

Aguiar AA. *Água fenicada 2%* [Monografia]. São Paulo: Curso de Odontologia Hospitalar, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Aird DW, Bihari J, Smith C. Clinical problems in the continuing care of head and neck cancer patients. *Ear Nose Throat J.* 1983;62(5):230-43.

Al-Sarraf M. Chemotherapeutic management of head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev.* 1987;6(3):181-98.

Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP; Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74(1):68-73.

Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernandez L, Pappous E, Kyriannis C, Parker R, Chrzanowski G, Comfort CP. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *J Palliat Med.* 2007;10(5):1161-89.

Amar A, Rapoport A, Franzi AS, Bisordi C, Lehn CN. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2002;68(3):400-3.

Amerongen AVN, Veerman ECI. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Support Care Cancer*. 2003;11(4):226-31.

Andrews N, Griffiths C. Dental complications of head and neck radiotherapy: part 2. *Aust Dent J*. 2001;46 (3):174-82.

Antunes AA, Antunes AP. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(4):295-300.

Appleton M, Corboy K. When palliative medicine is not palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2005;22(3):169-70.

Ashford RF, Plant GT, Maher J, Pickering D, Coe MA, Drury A, Goold MA, Teare EL. Metronidazole in smelly tumours. *Lancet*. 1980;1(8173):874-5.

Barton P, Parslow N. Malignant Wounds: Holistic Assessment and Management. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG (eds). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Health Care Professionals*, 3a edition. Wayne, PA: HMP Communications: 2001.p.699-710.

Bates-Jensen B, Early L, Seaman S. Skin disorders. In: Ferrell BR, Coyle N. *Textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press: 2001. p.226-34.

Benoliel R, Epstein J, Eliav E, Jurevic R, Elad S. Orofacial pain in cancer: part I--mechanisms. *J Dent Res*. 2007;86(6):491-505.

Bernier J, Domette C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefèbvre JL, Greiner RH, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer: European organization for research and treatment of cancer trial 22931. *N Engl J Med*. 2004;350(19):1945-52.

Berto JC, Rapoport A, Lehn CN; Cestari Filho GA; Javaroni AC. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer da faringe. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006;33(4):2007-10.

Bettendorf O, Piffkò J, Bänkfalvi A. Prognostic and predictive factors in oral squamous cell cancer: important tools for planning individual therapy? *Oral Oncol*. 2004;40(2):110-9.

Bhide SA, Harrington KJ, Nutting CM. Otological toxicity after postoperative radiotherapy for parotid tumours. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2007;19(1):77-82.

Bhide SA, Nutting CM. Advances in chemotherapy for head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2010a;46(6):436-8.

Bhide SA, Nutting CM. Advances in radiotherapy for head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2010b;46(6):439-41.

Biazevic MGH, Antunes JLF. Câncer bucal. In: Antunes JLF, Peres MA. *Fundamentos de odontologia. Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2006. p.180-94.

Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2105-14.

Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E. et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: longitudinal data. *Laryngoscope*. 2001;111(8):1440-52.

Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res*. 1988;48(11):3282-7.

Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. *Pain* 1985;9:589-616.

Braam PM, Roesink JM, Moerland MA, Raaijmakers CP, Schipper M, Terhaard CH. Long-term parotid gland function after radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;62(3):659-64.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de out de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*. 1996;21(1):52-61.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. In: INCA-MS, editor. Rio de Janeiro; 2001.124pgs.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência do câncer no Brasil/Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p. [online]. 2009 dezembro 09: [1 tela] [citado 9 de dezembro de 2009]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Registro Hospitalar de Câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998*. Distribuição dos casos de câncer por localização topográfica, segundo o sexo. Rio de Janeiro: INCA; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *TNM: classificação de tumores malignos* / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004b. 254p. Tradução. [online]. 2006 setembro 02: [1 tela] [citado 02 de setembro de 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>.

Caponero R, Melo AGC. Cuidados paliativos. In: *1º Consenso Nacional de Dor Oncológica*. 1a ed. São Paulo: Editora de Projetos Médicos; 2002. v.1, p.103-12.

Carvalho AL, Bruvanesh S, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck*. 2004;26(1):31-8.

Carvalho AL, Nishimoto IN, Califano JA, Kowalski LP. Trends in incidence and prognosis for head and neck cancer in the United States: a site-specific analysis of the SEER database. *Int J Cancer*. 2005;114(5):806-16.

Carvalho AMC, Koifman RJ, Koifman S. Caracterização da demanda de atenção para neoplasias de cabeça e pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2010;39(4):255-60.

Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder F, Menezes MB, Franzi SA, de Magalhães MR, Curioni OA, Marcel R, Szeliga S, Sobrinho JA, Rapoport A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Ass Med Brasil*. 2001;47(3):208-14.

Cerchietti LC, Navigante AH, Korte MW, Cohen AM, Quiroga PN, Villaamil EC et. al. Potential utility of the peripheral analgesic properties of morphine in stomatitis-related pain: a pilot study. *Pain*. 2003;105(1-2):265-73.

Chambers MS, Jones CU, Biel MA, Weber RS, Hodge KM, Chen Y, et al. Open-label, long-term safety study of cevimeline in the treatment of postirradiation xerostomia. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007;69(5):1369-76.

Chambers MS, Tomsett KL, Artopoulou II, Garden AS, El-Naggar AK, Martin JW, et al. Salivary flow rates measured during radiation therapy in head and neck cancer patients: a pilot study assessing salivary sediment formation. *J Prosthet Dent*. 2008;100(2):142-6.

Chandu A, Smith AC, Rogers SN. Health-related quality of life in oral cancer: a review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64(3):495-502.

Chiba T. Cuidados paliativos. In: Lopes AC. *Tratado de Clínica Médica*. Volume III. São Paulo-SP. Roca: 2006. p. 4446-54.

Chiodo GT, Tolle SW, Madden T. The dentist's role in end-of-life care. *Gen Dent*. 1998;46(06):560-65.

Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J*. 2010;7(4):214-35.

Clark J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. *Br J Nurs*. 2002;11(6 Suppl):S54-60.

Coldwell DM, Sewell PE. The expanding role of interventional radiology in the supportive care of the oncology patient: from diagnosis to therapy. *Semin Oncol*. 2005;32(2):169-73.

Collier M. The assessment of patients with malignant fungating wounds--a holistic approach: Part 1. *Nurs Times*. 1997;93(44):suppl 1-4.

Connelly ST, Schmidt BL. Evaluation of pain in patients with oral squamous cell carcinoma. *J Pain*. 2004;5(9):505-10.

Cooper JS, Fu K, Marks J, Silverman S. Late effects of radiation therapy in the head and neck region. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;31(5):1141-64.

Cuffari L, Siqueira, JTT, Nemr NK, Rapaport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: A descriptive study. 2006. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102(1):56-61.

Davies AN, Brailsford SR, Beighton D, Shorthose K, Stevens VC. Oral candidosis in community-based patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(5):508-14.

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(1):35-40.

Dijkstra PU, Kalk WW, Roodenburg JL. Trismus in head and neck oncology: a systematic review. *Oral Oncol*. 2004;40(9):879-89.

Dijkstra PU, Sterken MW, Pater R, Spijkervet FK, Roodenburg JL. Exercise therapy for trismus in head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2007;43(4):389-94.

Dobrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. *Cancer and Metastasis Rev*. 2005;24(1):9-17.

Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, Bianchi C, Tavares MR, Silva Filho GB, Ferraz AR. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics*. 2005;60(4):293-8.

Ellies M, Laskawi R, Rohrbach-Volland S, Arglebe C. Up-to-date report of botulinum toxin therapy in patients with drooling caused by different etiologies. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(4):454-7.

Epstein JB, Elad S, Eliav E, Jurevic R, Benoliel R. Orofacial pain in cancer: Part II - Clinical Perspectives and Management. *J Dent Res*. 2007;86(6):506-18.

Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND, Phillips N, Stevenson-Moore P, et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck*. 1999;21(1):1-11.

Ethunandan M, Rennie A, Hoffman G, Morey PJ, Brennan PA. Quality of dying in head and neck cancer patients: a retrospective analysis of potential indicators of care. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;100(2):147-52.

Evans E, Gray M. Do topical analgesics reduce pain associated with wound dressing changes or debridement of chronic wounds? *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32(5):287-90.

Fabri GM, Siqueira SR, Simione C, Nasri C, Teixeira MJ, Siqueira JT. Refractory craniofacial pain: is there a role of periodontal disease as a comorbidity? *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(2B):474-9.

Faria PR, Cardoso SV, Nishioka S, Silva SJ, Loyola AM. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first seen by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clin Oral Investig*. 2003;7(1):46-51.

Finlay IG, Bowszyc J, Ramlau C, et al. The effect of topical 0.75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers. *J Pain Symptom Manage*. 1996;11(3):158-62.

Firmino F. Doentes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras de Cancerol*. 2005;51(4):347-59.

Fischman SL. The patient with cancer. *Dent Clin North Am*. 1983;27(2):235-46.

Folley KM, Macaluso C. Adjuvant analgesics in cancer pain management. In: Aronoff, GM. *Evaluation and treatment of chronic pain*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992; p.340-4.

Fonder M, Lazarus G, Cowan D, Aronson-Cook B, Kohli A, Mamelak A. Treating the chronic wound: a practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(2):185-206.

Forbes, K. Palliative care in patients with cancer of the head and neck. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1997;22(2):117-22.

Gagnon B, Mancini I, Pereira J, et al. Palliative management of bleeding events in advanced cancer patients. *J Palliat Care*. 1998;14(4):50-4.

Goldstein M, Maxymiw WG, Cummings BJ, Wood RE. The effects of antitumor irradiation on mandibular opening and mobility: a prospective study of 58 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;88(3):365-73.

Goldstein NE, Genden E, Morrison RS. Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle". *JAMA*. 2008;299(15):1818-25.

Grocott P. Assessment of fungating malignant wounds. *J Wound Care*. 1995a;4(7):333-6.

Grocott P. Care of patients with fungating malignant wounds. *Nurs Stand*. 2007;21(24):57-66.

Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J Wound Care*. 1995b;4(5):240-2.

Grocott P. The palliative management of fungating wounds. *J Wound Care*. 2000;9(1):4-9.

Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds - Generalising from multiple case study data using a system of reasoning. *Int J Nurs Stud*. 2001;38(5):533-45.

Guiblin MI. Tratamento farmacológico. In: *1º Consenso Nacional de Dor Oncológica*. 1a ed. São Paulo: Editora de Projetos Médicos; 2002. v.1, p.51-66.

Hahnel S, Behr M, Handel G, Bürgers R. Saliva substitutes for the treatment of radiation-induced xerostomia – a review. *Support Care Cancer*. 2009;17(11):1331-43.

Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nurs Forum*. 1999;26(6):1055-64.

Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Manage*. 1997;43(1):56-66.

Hammerlid E, Taft C. Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *Br J Cancer*. 2001;84(2):149-56.

Harrison JS, Dale RA, Haveman CW, Redding SW. Oral complications in radiation therapy. *Gen Dent*. 2003;51(6):552-61.

Haveman, CW. Xerostomia management in head and neck radiation patient. *Tex Dent J*. 2004;121(6):483-97.

Hockstein NG, Samadi DS, Gendron K, Handler SD. Sialorrhea: a management challenge. *Am Fam Physician*. 2004;69(11):2628-34.

Houston S, Hougland P, Anderson JJ, LaRocco M *et al*. Effectiveness of 0,12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *Am J Crit Care*. 2002;11(6):567-70.

Huber MA, Terezhalmay GT. The head and neck radiation oncology patient. *Quintessence Int*. 2003;34(9):693-717.

Hummel SK, Marker VA, Buschang P, De Vengencie J. A pilot study to evaluate palate materials for maxillary complete dentures with xerostomic patients. *J Prosthodont*. 1999;8(1):10-7.

Institute for Clinical Systems Improvement. Health care order set: palliative care. November 2007. URL <http://www.icsi.org> [acessado em 24 de novembro de 2010].

Jales SMCP, Siqueira JTT. Papel do dentista em Cuidado Paliativo. In: Pinto AC *et al*. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p.241-44.

Jeba J, George R, Thangakunam B, Christopher DJ. Pain assessment and analgesic prescription for cancer patients in a medical ward: the influence of an educational intervention. *Natl Med J India*. 2009;22(4):177-80.

Jham BC, Reis PM, Miranda EL, Lopes RC, Carvalho AL, Scheper MA, et al. Oral health status of 207 head and neck cancer patients before, during and after radiotherapy. *Clin Oral Invest*. 2008;12(1):19-24.

Kalavrezos N, Bhandari R. Current trends and future perspectives in the surgical management of oral cancer. *Oral Oncol*. 2010;46(6):429-32.

Kalinski C, Schnepf M, Laboy D, Hernandez L, Nusbaum J, McGrinder B, Comfort C, Alvarez OM. Effectiveness of a topical formulation containing metronidazole for wound odor and exudate control. *Wounds*. 2005;17(4):84-90.

Kanatas AN, Rogers SN. A systematic review of patient self-completed questionnaires suitable for oral and maxillofacial surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2010;48(8):579-90.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenall JF: The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*. 1948;1(4):634-56.

Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support. *Head Neck*. 2003;25(2):103-12.

Kelly C et al. Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136(1):108-11.

Kerawala CJ. Complications of head and neck cancer surgery - prevention and management. *Oral Oncol.* 2010;46(6):433-5.

Konings AW, Coppes RP, Vissink A. On the mechanism of salivary gland radiosensitivity. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;62(4):1187-94.

Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30(3):167-73.

Krajnik M, Zbigniew Z. Topical morphine for cutaneous cancer pain. *Palliative Med.* 1997;11(4):325.

Kwong KK. Prevention and treatment of oropharyngeal mucositis following cancer therapy. Are there new approaches? *Cancer Nurs.* 2004;27(3):183-205.

Lapeer GL. The dentist as a member of the palliative care team. *J Clin Dent Assoc.* 1990;56(3):205-7.

Ledeboer QC, Offerman MP, van der Velden LA, de Boer MF, Pruyn JF. Experience of palliative care for patients with head and neck cancer through the eyes of next of kin. *Head Neck.* 2008;30(4):479-84.

Lema MJ, Foley KM, Hausheer FH. Types and epidemiology of cancer-related neuropathic pain: the intersection of cancer pain and neuropathic pain. *Oncologist*. 2010;(15 Suppl 2):3-8.

Lin YL, Lin IC, Liou JC. Symptom patterns of patients with head and neck cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 2011;14(5):556-9.

Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2699-708.

Louise Kent M, Brennan MT, Noll JL, Fox PC, Burri SH, Hunter JC, Lockhart PB. Radiation-induced trismus in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2008;16(3):305-9.

Lovel T. Palliative care and head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2000;38(4):253-4.

Maciel MGS. Cuidados Paliativos: princípios gerais. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JJT, Teixeira MJ et al. *Dor, princípios e prática*. Porto Alegre-RS. Artmed. 2009. p.133-40.

Maciel MGS. Definições e Princípios. In: *Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.15-32.

Maciel MGS. Ética e cuidados paliativos na abordagem de doenças terminais. *A Terceira Idade*. 2007;18(38):37-48.

Marchese MR, Almadori G, Giorgio A, Paludetti G. Post-surgical role of botulinum toxin-A injection in patients with head and neck cancer: personal experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28(1):13-6.

Marshall JA, Mahanna GK. Cancer in the differential diagnosis of orofacial pain. *Dent Clin North Am.* 1997;41(2):355-65.

Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: *Manual de Cuidados paliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: Diagramic; 2009. p.14-9.

McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med.* 2006;9(2):285-95.

Mealey BL, Semba SE, Hallmon WW. Dentistry and the cancer patient: part 1-oral manifestations and complications of chemotherapy. *Compendium.* 1987;8(1):41-3,46-7,50.

Mendenhall WM. Mandibular osteoradionecrosis. *J Clin Oncol.* 2004;22(24):4867-8.

Meningaud JP, Pitak-Arnop P, Chikhani L, Bertrand JC. Drooling of saliva: A review of the etiology and management options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101(1):48-57.

Meurman JH, Grönroos L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral Oncol.* 2010;46(6):464-7.

Minson FP, Garcia JBS, Júnior JOO, Siqueira JTT, Jales Júnior LHJ. Epidemiologia do câncer e da dor no câncer In: II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: Moreira JR; 2011. p.13-23.

Montoro, JRMC, Hicz HA, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC, Mamede RCM. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev Bras otorrinolaringol*. 2008;74(6):861-6.

Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 1999;7(3):128-33.

Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 2004;350(25):2582-90.

Murakami M, Kuroda Y, Sano A, et al. Validity of local treatment including intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy for fungating adenocarcinoma of the breast. *Am J Clin Oncol*. 2001;24(4):388-91.

Narayanan RS, Nair MK, Padmanabhan TK. Palliation of pain in advanced oral cancer. *Headache*. 1988;28(4):258-9.

Nash MS, Nash LH, Garcia RG, Neimark P. Nonselective debridement and antimicrobial cleansing of a venting ductal breast carcinoma. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80(1):118-21.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 2a ed, 2009 National Consensus Project, Pittsburgh, PA, USA. URL <http://www.nationalconsensusproject.org/Guidelinesdownload.asp-8k-cached> [acessado em 23 novembro 2010].

Naylor GD, Terezhalmay GT: Oral complications of cancer chemotherapy: prevention and management. *Spec Care Dentist*. 1988;8(4):150-6.

Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs*. 2001;10(22 Suppl):S33-6, S38, S40, passim.

Naylor W. Palliative management of fungating wounds: clinical management. *Eur J Palliat Care*. 2003;10(3):93-7.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2ed. 2002:pg. 398-404.

Nieder C, Zimmermann FB, Adam M, Molls M. The role of pentoxifylline as a modifier of radiation therapy. *Cancer Treat Rev*. 2005;31(6):448-55.

Nutting C et al. First results of a phase III multicenter randomized controlled trial of intensity modulated (IMRT) versus conventional radiotherapy (RT) in head and neck cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27:18.

Nyman S, Lindhe J. Exame de doentes com doença Periodontal in Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de periodontia clinica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS; 2005. p.391-400.

Olsen AK, Sjögren P. Oral glycopyrrolate alleviates drooling in a patient with tongue cancer. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(4):300-2.

O'Meara S., Al-Kurdi D, Ovington L. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD003557.

Organização Mundial da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da saúde. *O alívio da dor do câncer*. 2a ed. 1996.

Oude Lashof AM, De Bock R, Herbrecht R, de Pauw BE, Krcmery V, Aoun M, et al. An open multicentre comparative study of the efficacy, safety and tolerance of fluconazole and itraconazole in the treatment of cancer patients with oropharyngeal candidiasis. *Eur J Cancer*. 2004;40(9):1314-9.

Ozyar E, Cengiz M, Gurkaynak M, Atahan IL. Trimus as a presenting symptom in nasopharyngeal carcinoma. *Radiother Oncol*. 2005;77(1):73-6.

Paleri V, Wight RG, Silver CE, Haigentz M Jr, Takes RP, Bradley PJ, Rinaldo A, Sanabria A, Bień S, Ferlito A. Comorbidity in head and neck cancer: a critical appraisal and recommendations for practice. *Oral Oncol*. 2010;46(10):712-9.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108.

Paunovich ED, Aubertin MA, Saunders MJ, Prange M. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. *Tex Dent J*. 2000;117(6):36-45.

Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. *Oncologist*. 2004;9(5):561-70.

Perry AR, Shaw MA, Cotton S. An evaluation of functional outcomes (speech, swallowing) in patients attending speech pathology after head and neck cancer treatments: results and analysis at 12 months post intervention. *J Laryngol Otol*. 2003;117(5):368-81.

Piccirillo JF, Spitznagel EL Jr, Vermani N, Costas I, Schnitzler M. Comparison of comorbidity indices for patients with head and neck cancer. *Med Care*. 2004;42(5):482-6.

Piggin C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9(5):216-21.

Pimenta CAM. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionadas à dor no câncer. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 1997; 43(1). http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2_completo.html.

Poletti NAA, Caliri MHL, Simão CDSR, Juliani KB, Tácito VE. Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Rev Bras de Cancerol*. 2002;48(03):411-7.

Portenoy RK. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. *Cancer*. 1989;63(11 Suppl):2298-307.

Porter SR, Fedele S, Habbab KM. Xerostomia in head and neck malignancy. *Oral Oncol*. 2010;46(6):460-3.

Poteete V. Case study: Eliminating odors from wounds. *Decubitus*. 1993;6(4):43-6.

Price P, Harding K. Cardiff wound impact schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J*. 2004;1(1):10-7.

Price KA, Moore EJ, Moynihan T, Price DL. Symptoms and terminal course of patients who died of head and neck cancer. *J Palliat Med.* 2009;12(2):117-8.

Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília. Ministério da Saúde. 2005. 48pgs.

Redding SW, Dahiya MC, Kirkpatrick WR, Coco BJ, Patterson TF, Fothergill AW, et al. *Candida glabrata* is an emerging cause of oropharyngeal candidiasis in patients receiving radiation for head and neck cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(1):47-52.

Reinaldo MAS, Pillon SC. Os efeitos do álcool sobre as relações familiares: um estudo de caso. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008;16:529-34.

Rogers SN. Quality of life of head and neck cancer patients - Has treatment planning altered? *Oral Oncol.* 2009;45(4-5):435-9.

Rogers SN. Quality of life perspectives in patients with oral cancer. *Oral Oncol.* 2010;46(6):445-7.

Rogers SN, Fisher SE, Woolgar JA. A review of quality of life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999a;28(2):99-117.

Rogers SN, Johnson IA, Lowe D. Xerostomia after treatment for oral and oropharyngeal cancer using the University of Washington saliva domain and a xerostomia-related quality-of-life scale. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010;77(1):16-23.

Rogers SN, Laher S, Overend L, Lowe D. Domain importance-rating using the UW-QOL questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *J Cranio Maxillofac Surg.* 2002;30(2):125-32.

Rogers SN, Lowe D. Screening for dysfunction to promote MDT intervention using the University of Washington quality of life questionnaire (UW-QOL). *Archiv Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(4):369-75.

Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. A prospective quality of life study in patients treated with primary surgery for oral cancer. *Head Neck.* 1999b;21:394-401.

Rosenberg SW. Oral care of chemotherapy patients. *Dent Clin North Am.* 1990;34(2):239-50.

Rosner, B. *Fundamentals of Biostatistics*, Duxbury Press, 4a ed; New York, 1994, 682 pgs.

Sakai T, Mineta H, Mizuta K, Nozue M. Evaluation of terminal care for head and neck cancer patients. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 1992;95(3):324-8.

Samarawickrama DY. Salivar substitutes: how effective and safe are they? *Oral Dis.* 2002;8(4):177-9.

Sandgren A, Fridlund B, Nyberg P, Strang P, Petersson K, Thulesius H. Symptoms, care needs and diagnosis in palliative cancer patients in acute care hospitals: a 5-year follow-up survey. *Acta Oncol.* 2010;49(4):460-6.

Saroja G, Devi PS, Namrata R. Oral morphine solution as an oral rinse or mouth gargle for mucositis pain. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(1):54-5.

Sawynok J. Topical and peripherally acting analgesics. *Pharmacol Rev.* 2003;55(1):1-20.

Schlecht NF, Franco EL, Pintos J, Negassa A, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Interaction between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancers of the upper aero-digestive tract in Brazil. *Am J Epidemiol.* 1999;150(11):1129-37.

Schulz V, Triska OH, Tonkin K. Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(6):572-7.

Scott B, Butterworth C, Lowe D, Rogers SN. Factors associated with restricted mouth opening and its relationship to health-related quality of life in patients attending a maxillofacial oncology clinic. *Oral Oncol.* 2008;44(5):430-8.

Scully C, Félix DH. Oral medicine for the dental practitioner oral cancer. *Br Dent J.* 2006;200(1):13-7.

Seaman S. Dressing selection in chronic wound management. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2002;92 (1):24-33.

Seaman S. Home care for pain, odor, and drainage in tumor associated wounds. In practice corner: what methods do you use to manage tumor-associated wounds? *Oncol Nur Forum.* 1985;22(6):987.

Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2006;22(3):185-93.

Selby P, Maguire P. Assessing quality of life in cancer patients. *Br J Cancer*. 1989;60(3):437-40.

Semba SE, Mealey BL, Hallmon WW. Dentistry and the cancer patient: Part 2 - Oral health management of the chemotherapy patient. *Compendium*. 1994;15(11):1378, 1380-7; quiz 1388.

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91-6.

Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J. Analysis of treatment results for oral tongue cancer. *Laryngoscope*. 2002;112(4):616-25.

Shedd DP, Carl A, Shedd C. Problems of terminal head and neck cancer patients. *Head Neck Surg*. 1980;2(6):476-82.

Shoeller MT. Dor oncológica In: *1º Consenso Nacional de Dor Oncológica*. 1a ed. São Paulo: Editora de Projetos Médicos; 2002. v.1, p.13-8.

Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlations between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*. 1964;22:121-35.

Siqueira JTT, Ching LH, Nasri C, Siqueira SRDT, Teixeira MJ, Heir G, et al. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(2):988-96.

Siqueira JTT, Jales SMCP, Vilarim RCB, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer. *Prática Hospitalar*. 2009a;62:127-33.

Siqueira JTT, Jales SMCP, Vilarim RCB, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Dor em doentes com câncer de boca: do diagnóstico aos cuidados paliativos. *Rev Dor*. 2009b;10(2):150-7.

Siqueira JTT, Siqueira SRDT, Fajarra F, Camparis CM, Savioli C, Teixeira MJ. Dor orofacial - Experiência interdisciplinar em hospital universitário. *Rev Dor*. 2003;4(3):122-35.

Siqueira JTT, Teixeira MJ, Vilarim RCB. Dor orofacial decorrentes de tumores. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor orofacial, diagnóstico, terapêutica, e qualidade de vida*. Curitiba: Ed. Maio; 2001. p.351-70.

Solomon CS, Shaikh AB, Arendorf TM. An efficacious oral health care protocol for immunocompromised patients. *Spec Care Dentist*. 1995;15(6):228-33.

Souza EW, Barbosa JRA. Procedimentos odontológicos em doentes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. *Odonto Mod*. 1991;18(5):23-5.

Specht L. Oral complications in the head and neck radiation patient: Introduction and scope of the problem. *Support Care Cancer*. 2002;10(1):36-9.

Spolidorio DMP et al. Avaliação quantitativa do streptococcus do grupo mutans e candida sp. e fatores salivares da cavidade bucal de doentes submetidos à radioterapia. *Pesqui Odontol Bras.* 2001;15(4):354-8.

Stewart BW, Kleihues P. World cancer report. Lyon: IARC Press; 2003.

Sweeney MP, Bagg J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. *Dent Update.* 1995;22(10):424-27.

Sweeney MP, Bagg J. The mouth and palliative care. *Am J hosp Palliat Care.* 2000;17(2):118-24.

Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP, Aitchison TC. Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncol.* 1998;34(2):123-6.

Talmi YP, Finklestein Y, Zohar Y, Lurian N. Reduction of saliva flow with Scopoderm TTS. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1988;97(2):128-30.

The Quality of death: Grim reappings, an attempt to rank end-of-life care in different countries. The Economist, New York [online newspaper]. 2010 july 15th: [1 screen] [cited 2011jun 20]: Available from: www.economist.com.

Trotti A. et al. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. *Radiother Oncol.* 2003;66(3):253-62.

van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49.

Vartanian JG, Carvalho AL, Toyota J, Kowalski ISG, Kowalski LP. Socioeconomic Effects of and Risk Factors for Disability in Long-term Survivors of Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006a;132(1):32-5.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CLB, Toyota J, McDowell JA, Weymuller Jr EA, Kowalski LP. Brazilian–portuguese validation of the University of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2006b;28(12):1115-21.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AV, de Melo RL, Correia LM, Köhler HF, Toyota J, Kowalski IS, Kowalski LP. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(10):1209-13.

Vartanian JA, Kowalski LP. Acceptance of Major Surgical Procedures and Quality of Life Among Long-term Survivors of Advanced Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(4):376-79.

Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(3):199-212.

Visvanathan V, Nix P. Managing the patient presenting with xerostomia: a review. *Int J Clin Pract.* 2010;64(3):404-7.

Walsh IJ. The current status of low level laser therapy in dentistry. Part 1. Soft tissue applications. *Austr Dent J.* 1997;42(4):247-54.

White PH, Kuhlenschmidt HL, Vancura BG, Navari RM. Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(5):438-43.

Whitmyer CC, Waskowski JC, Iffland HA. Radiotherapy and oral sequelae: preventive and management protocols. *J Dent Hyg*. 1997;71(3):96.

Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL. Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25(13):1691.

Wilson V. Assessment and management of fungating wounds: a review. *Br J Community Nurs*. 2005;10(3):28-34.

Wilwert M. Should dentists be included as members of the hospice care team? *Spec Care Dentist*. 2003;23(3):84-5.

Wiseman MA. Palliative care dentistry. *Gerodontology*. 2000;17(1):49-51.

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

World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. WHO Technical Report Series 804, 1990. WHO, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. *Oral Health surveys: Basic methods*. 4a ed. Geneva. WHO;1997.

World Health Organization (WHO). The solid facts: palliative care. Copenhagen, 2004.

World Health Organization. WHOQOL-brief. Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health/World Health Organization, Dec. 1996.18p.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: wound exudate and the role of dressings. A consensus document. London: MEP Ltd, 2007: p.1-10.

Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002;38(8):737-46.

Zender CA, Petruzzelli GJ. Why do patients with head and neck squamous cell carcinoma experience distant metastases: can they be prevented? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;13(2):101-4.

Zeppetella G, Paul J, Ribeiro MDC. Analgesic efficacy of morphine applied topically to painful ulcers. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(6):555-8.

Zereu M, Porsh H A, Lopes G, Lago S. Dor no paciente oncológico. *Acta Méd.* 1994;15:545-56.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M Ž F Ž
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M Ž F Ž
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado

PESQUISADOR: **Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

CARGO/FUNÇÃO: **Doutoranda**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA Nº: **86967CRO-SP**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Divisão de Odontologia/ ICHC**

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : **16 meses**

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. **Justificativa e os objetivos da pesquisa:** Sr(a), pacientes que têm dor na face, como é o seu caso, que apresentam, complicações na boca como cáries, feridas, boca seca, alteração no paladar, mau hálito, dentre outros desconfortos, necessitando de orientação e cuidado odontológico. Este estudo tem o objetivo de identificar as queixas mais comuns na boca, bem como suas condições de saúde para que possamos direcionar os cuidados, como higiene oral adequada e controle dos sintomas, com isso poderemos contribuir proporcionando o alívio desses desconfortos a fim de que o Sr(a) tenha uma melhor qualidade de vida.
 2. **Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:** Serão realizados os exames de rotina em Odontologia, como o exame da boca, dos músculos da face e das articulações da mandíbula, além de questionários direcionados para avaliar a sua condição de saúde bucal, estes que já fazem parte da nossa rotina para avaliação odontológica dos pacientes aqui no hospital. Todos esses procedimentos são bem conhecidos e indispensáveis para identificar suas principais queixas e as condições de saúde bucal, e a influência em sua qualidade de vida, para assim estabelecermos medidas para a melhora de sua condição bucal.
 3. **Desconfortos e riscos esperados:** Os riscos dos exames odontológicos são mínimos e são os habituais desses procedimentos, ou seja, um pouco de irritação ou sangramento nas gengivas devido ao exame, um pouco de cansaço no maxilar por permanecer com a boca aberta e um possível desconforto ao realizar a palpação da musculatura da face.
 4. **Benefícios que poderão ser obtidos:** A identificação de problemas na boca e nos maxilares pode contribuir para o cuidado direcionado para diminuir o desconforto bucal, além de permitir a melhora de suas funções como a alimentação.
 5. **Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo**
-

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales – End.: Rua Alves Guimarães Nº 408 – apto 31 – Bairro Pinheiros - São Paulo

e-mail: sumatrajales@yahoo.com.br

Tel.: (0XX11) 3564-4732

Tel.: celular: (0XX11) 8246-2673

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2009.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales

Apêndice 2 – Parecer do Comitê de Ética

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13.09.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **785/06**, intitulado: **"Avaliação orofacial de pacientes com câncer de cabeça e pescoço avançado"** apresentado pela Divisão de **ODONTOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Dr(a): José Tadeu Tesseroli de Siqueira**

Pesquisador (a) Executante: **Dr(a): Sumatra Melo da Costa Pereira Jales**

CAPPesq, 13 de setembro de 2006.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Apêndice 3 – Parecer do Comitê de Ética

A
Divisão de Odontologia do ICHC

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 05.11.10 tomou conhecimento que o Protocolo de Pesquisa nº 0785/06 intitulado **"AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO DE CABEÇA E PESCOÇO"**, aprovado em 13.09.06 será tese de doutorado da aluna SUMATRA MELO COSTA PEREIRA JALES, tendo como orientador DR. JOSÉ TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA.

CAPPesq, 05 de novembro de 2010.

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente da Comissão Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar - CEP 05430 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax: 011 - 3069 6492 - e-mail: cappesq@hcnet.usp.br
matc

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales

Apêndice 4 – Parecer do Comitê de Ética

CIÊNCIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 22/06/2011, **TOMOU CIÊNCIA do(s) documento(s)** abaixo mencionado(s) referente ao Protocolo de Pesquisa nº **0785/06**, intitulado: "**Avaliação orofacial de pacientes com câncer de cabeça e pescoço avançado**", aprovado em 13/09/06, contempla o sub-projeto intitulado: "Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: Ensaio clínico não-controlado", que será tese de doutorado da aluna Sumatra Melo da Costa Pereira Jales, tendo como orientador o Prof. Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira.

CAPPesq, 27 de maio de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales