

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PPG - MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Rafael Almeida Rocha

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL.**

Juiz de Fora

2016

Rafael Almeida Rocha

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL.**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós - Graduação em Clínica
Odontológica, da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
de Juiz de Fora, como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre. Área
de concentração: Clínica Odontológica**

**Orientador: Dra. Maria das Graças Afonso Miranda Chaves
Co-orientador: Dra. Fernanda de Oliveira Bello Corrêa**

Juiz de Fora
2016

Rocha, Rafael Almeida.

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO
TRANSVERSAL. / Rafael Almeida Rocha. -- 2016.

65 p.

Orientadora: Maria das Graças Afonso de Miranda Chaves

Coorientadora: Fernanda de Oliveira Bello Corrêa

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia. Programa de Pós
Graduação em Clínica Odontológica, 2016.

1. Qualidade de vida. 2. Oncologia. 3. neoplasias. I. Chaves,
Maria das Graças Afonso de Miranda, orient. II. Corrêa, Fernanda de
Oliveira Bello, coorient. III. Título.

Rafael Almeida Rocha

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL.**

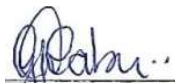
**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós - Graduação em Clínica
Odontológica, da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
de Juiz de Fora, como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre. Área
de concentração: Clínica Odontológica**

Aprovada em 11/07/2016

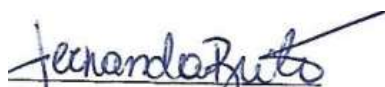
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Das Graças Afonso de Miranda Chaves - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Giseli Maria Campos Fabri
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Fernanda de Brito Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes que participaram desta pesquisa. Que seus desejos, anseios, perguntas e obstáculos sejam superados. Acreditando em Deus vão conquistar a saúde e paz que buscam. Influenciaram minha vida e mostraram como o carinho, cuidado e atenção são importantes!!! Força e sucesso para todos!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar comigo durante todo o trabalho. A força e inspiração Dele foi fundamental para lidar com as diversas situações enfrentadas durante as entrevistas.

A Prof^a Maria das Graça Afonso Miranda Chaves, pela oportunidade, o acolhimento, o carinho e aos ensinamentos de uma verdadeira mestre.

A Prof^a Fernanda Bello ao aceitar a coorientação deste trabalho.

A minha esposa, companheira, amiga e colega de trabalho Carla. Que possamos colher os frutos deste trabalho e continuar crescendo juntos nessa caminhada.

Aos meu pais, por todo apoio, carinho e força! Este trabalho é também para vocês.

As Prof^{as}. Noéli Boscato e Marília Goettems, pelo suporte na análise estatística dos dados deste trabalho.

A clínica NEO/HBS, doutor José Pedro e Juan Zonis, que disponibilizaram os espaços e acreditaram nesta pesquisa.

A Oncoleste, aos doutores Célio, Eusana e Ana Beatriz assim como a psicóloga Margarete, pelo carinho, acolhimento, e disponibilidade ao acesso para realização deste trabalho.

A equipe de enfermagem da Oncoleste, foram essenciais no apoio e suporte para as entrevistas.

A todos os pacientes entrevistados, sem eles nada seria possível! Conviver com essas pessoas me mostrou como a vida é especial e como devemos ser melhores, mais felizes, e o poder que temos em intervir de modo positivo na vida das pessoas!

“ O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.” Cicely Saunders
"A vida é um momento, é um sopro, e a gente só leva daqui, o amor que deu e recebeu, a alegria, o carinho e mais nada" Hilda A

ROCHA, Rafael Almeida. **Percepção da qualidade de vida e saúde de pacientes oncológicos: um estudo epidemiológico transversal**. 2016. 65p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

RESUMO

O câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, surgem 600 mil novos casos por ano, tornando esta enfermidade a segunda maior causa de morte no país segundo o INCA, 2015. O objetivo deste estudo epidemiológico transversal foi investigar o impacto dos fatores sociodemográficos, psicossociais e clínicos na qualidade de vida geral e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos. Participaram deste estudo todos os pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço (CRCP) e demais regiões do corpo (CDRC), tratados respectivamente na Clínicas NEO e Oncoleste, no período compreendido entre agosto/2015 e fevereiro/2016 em Governador Valadares – MG, sendo 50 pacientes com CRCP e 50 com CDRC. Um único examinador treinado coletou os dados sociodemográficos e aplicou questionários para avaliação do impacto da doença nos fatores de qualidade de vida (*WHOQOL-bref*) e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14). A associação entre as variáveis independentes e os escores globais e por domínio obtidos para o OHIP-14 e *WHOQOL-bref* foram comparados utilizando a análise de variância (ANOVA), para a amostra geral e por localização dos sítios de tumores. A avaliação do WHOQOL demonstrou maior impacto na qualidade de vida em todos os domínios avaliados para baixa renda familiar e pacientes com CRCP. Ao comparar os pacientes com CRCP e CDRC, foi observado maior impacto, tanto para o WHOQOL como para o OHIP-14, para todos os domínios, para pacientes com CRCP. A partir do uso dos questionários WHOQOL e OHIP-14, conclui-se que os indivíduos com câncer em região de cabeça e pescoço e os fatores como baixa renda familiar, sexo masculino, estado civil e idade avançada tiveram maior impacto e influenciaram negativamente na percepção de qualidade de vida geral e bucal, nos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: qualidade de vida, fatores de risco, neoplasias bucais, oncologia

ROCHA, Rafael Almeida. **Quality of life and health profile perception in oncologic patients:** an epidemiological study. Thesis (MS). Graduate Program in Dentistry. Federal University of Juiz de Fora, Juiz de Fora.

ABSTRACT

Cancer is an important public health problem worldwide. Differences in perception with regard to Health-Related Quality of Life may significantly affect care guidelines. The aim of this cross-sectional epidemiological study was to investigate the impact of sociodemographic, psychosocial and clinical factors on global quality of life and quality of life related to oral health of oncologic patients. Fifty Head and Neck Cancer Patients (HNCP) and 50 others sites cancer patients (OSC) were enrolled in this research. They are, respectively, treated in Clinical NEO and Oncoleste durring period of August / 2015 and February / 2016 in Governador Valadares – MG. Only one trained researcher collected sociodemographic data and applied World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) and Oral Health Impact Profile (OHIP-14) adapted for use in Brazil. The association between the independent variables and the global scores and domain obtained for the OHIP-14 and WHOQOL-BREF were compared using analysis of variance (ANOVA) for the overall sample and location of the tumor sites. The evaluation of the WHOQOL-BREF demonstrated greater impact on quality of life in all domains for low socio-economic class for and patients with HNPC. Comparing patients with HNPC and OSC, a greater impact, through both WHOQOL and OHIP-14, was observed in all domains for patients with HNPC. In conclusion, the data showed a significant greatest impact on quality of life in individuals with cancer in the head and neck site and factors and related to low socio-economic class, male gender, marital status and age. Of note, these features influence negatively the perception quality general and oral life in cancer patients.

Keywords: quality of life, risk factors, mouth neoplasms, Medical Oncology

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1	Esperança de vida ao nascer, por sexo no Brasil, 2000 a 2060 (INCA,2015)	17
Figura 1	Macrorregião do município de Governador Valadares http://www.citybrazil.com.br/mg/microregiao	17
Gráfico 2	Incidência de casos de câncer em região de cabeça e pescoço na macrorregião de Governador Valadares - NEO/RHC - 2014	18
Gráfico 3	Incidência de casos de câncer em região de cabeça e pescoço, por sexo - NEO/RHC - 2014	18
Quadro 1	Domínios e facetas do WHOQOL-BREF (Pedroso et al. 2010)	35
Quadro 2	Domínios do índice OHIP segundo problemas apresentados	36
Gráfico 4	Estrato socioeconômico/ONCOLESTE	38
Gráfico 5	Estrato socioeconômico/Neo	38
Gráfico 6	Estrato socioeconômico/Amostra n=100	38
Gráfico 7	Localização das neoplasias - ONCOLESTE	39
Gráfico 8	Localização das neoplasias - NEO	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do estrato socioeconômico em relação a renda domiciliar média (Real – R\$).....	37
Tabela 2	Agrupamento dos tumores em sistemas do corpo humano	40
Tabela 3	Distribuição simples e análise univarida entre dados sociodemográficos e sítios de neoplasias relacionados aos escores dos domínios-específicos do WHOQOL - BREEF (média±DP). Governador Valadares, 2015 (n=100)	41
Tabela 4	Distribuição simples e análise univariada entre dados sociodemográficos e escores do OHIP-14 de acordo com os centros de tratamento. Governador Valadares, 2015 (n=100)	43
Tabela 5	Associação entre os centros de tratamento (diferentes sítios de tumor) e domínios-específicos do OHIP e escores do WHOQOL BREEF. Governador Valadares, 2015 (n = 100)	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRCP	Câncer em região de cabeça e pescoço
CDRC	Câncer demais regiões do corpo
HDNCP	Head and neck cancer patients
ORCP	Other regions cancer patients
WHO	World Health Organization
INCA	Instituto Nacional do Câncer
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
OHIP	Oral Health impacts (questionário)
NEO	Núcleo de especialistas em oncologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ABEPE	Associação Brasileira de Pesquisas Econômicas
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
EORTC	Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer
QVRS	Qualidade de vida relacionada a saúde
QLQ-H&N35	Questionário de qualidade de vida relacionado ao câncer de cabeça e pescoço
QV	Qualidade de vida
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life-Questionário abreviado
OIDP	Oral impacts daily performance (questionário)
SF-36	Questionário short-form 36
GPE	Global Perceived Effect scale
RC	Radioterapia convencional
RA	Radioterapia acelerada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	16
1. Epidemiologia	16
2. Conceitos e estudos de qualidade de vida (QV).....	20
3. Cuidado, equipe e terapêutica do paciente oncológico	27
3 PROPOSIÇÃO	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 Delineamento do estudo	32
4.2 População de Estudo.....	32
4.2.1 Critérios de inclusão:	33
4.2.2 Critérios de exclusão:	33
4.3 Obtenção do Consentimento Esclarecido.....	33
4.4 Coleta e Obtenção dos Dados.....	33
4.5 Escolha e aplicação dos questionários.....	33
4.5.1 Dados Sociodemográficos	34
4.5.2 Avaliação da Qualidade de Vida (OMS)	34
4.5.3 Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida	35
4.6 Processamento dos Dados e Análise Estatística.....	36
5 RESULTADOS	37
5.1 QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREEF	40
5.2 QUESTIONÁRIO OHIP-14	42
5.3 ASSOCIAÇÃO WHOQOLBREEF X OHIP 14.....	43
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
ANEXO 1 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA	55
ANEXO 2 - TCLE	57
ANEXO 3 - Questionário Dados Sociodemográfico	58
ANEXO 4 - Organização Mundial de Saúde - Qualidade de Vida	59
(WHOQOL-BREF)	59
ANEXO 5 - Impacto Pessoal em Saúde Bucal (OHIP-14)	63
ANEXO 6 – ONCOLESTE	64
ANEXO 7 – Núcleo de Especialistas em Oncologia	65

1 INTRODUÇÃO

A saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade (WHO, 1948 apud RIBEIRO, 2015). É a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e também, de modificar ou lidar com o meio envolvente. A saúde é um recurso para a vida do dia a dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida (WHO, 1986 apud RIBEIRO, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

O termo "qualidade de vida" é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, 2000; ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Câncer, em latim, significa caranguejo, palavra já utilizada pelos gregos com referência a uma doença de rápido crescimento e com capacidade de disseminação no organismo (Figura 1). Galeno, médico romano, atribuía o nome a doença, devido ao intumescimento das veias no local acometido que assumia aspecto de patas de caranguejo (MARQUES, 2013; INCA, 2012; GOIATO *et al.* 2009).

O termo câncer engloba diversas doenças, com diferentes expressões clínicas. É uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo

ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro. (MARQUES, 2013; INCA 2012).

Os principais fatores de risco para o câncer são o tabagismo, etilismo, má alimentação, inatividade física e obesidade. Problemas de estilo de vida estão associados também a risco aumentado para doenças cardiovasculares e diabetes. Para se prevenir da manifestação do câncer são necessárias mudanças básicas no estilo de vida, afim de alcançar reduções significativas nas taxas de incidências e mortalidade. As recomendações incluem evitar o tabagismo, manter o peso ideal, praticar atividade física, ter dieta rica em frutas e vegetais e evitar o excesso de sal (MARQUES, 2013). A redução dos fatores de risco parece ser a ferramenta mais eficaz na tentativa de diminuir a morbidade e mortalidade de câncer (VAN DER WAAL, 2013).

Os tratamentos convencionais contra o câncer vêm fazendo aumentar os índices de sobrevida. Desde a década de 70, têm-se conseguido elevados índices de cura para tumores diagnosticados em fases iniciais, o que também é conseguido através de um bom controle da doença (MARQUES, 2013).

O tratamento do câncer pode ser composto por várias modalidades: abordagem cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e imunoterapia. A particularidade do caso ditará a abordagem terapêutica a ser executada, entretanto o tratamento é sempre multidisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e odontólogos) visando um tratamento integral aos pacientes (MARQUES, 2013; HANCOCK, EPSTEIN, SADLER, 2003; SHAH E GIL 2009; NYQVIST *et al.* 2016).

A mastectomia, prostectomia, colectomia, maxilectomia ou mandibulectomia, e a traqueostomia são exemplos de deformidades resultantes do tratamento oncológico cirúrgico. A toxicidade a longo prazo de radioterapia e quimioterapia podem gerar prejuízos funcionais e estéticos nos pacientes. A radioterapia em região de cabeça e pescoço pode apresentar sequelas na cavidade bucal como a xerostomia, disfagia, digeusia, cáries, doenças periodontais, perda ponderal e até osteorradioneecrose (GEDEN *et al.* 2010; DIRIX, NUYTS, BOGAERT 2006; EPSTEIN *et al.* 2012; LUO *et al.* 2016). Para os pacientes com câncer o mais importante é sobreviver. No entanto, a doença e seu tratamento muitas vezes têm um grande impacto na saúde

relacionados com qualidade de vida e estado funcional (BORGREVEN *et al.* 2007, QUINTEN *et al.* 2014, KIM *et al.* 2016).

Dessa forma além da cura terapêutica e taxas de sobrevivência, deve-se buscar qualidade de vida, inserção no meio social, condições de autocuidado, independência e respeito aos pacientes acometidos pelo câncer (BOTTOMLEY *et al.* 2005).

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. Epidemiologia

O câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. Nas últimas décadas, sua incidência e prevalência cresceu por toda parte na lista de estatística de morbidade e mortalidade em todos os continentes. O INCA (Instituto Nacional do Câncer) afirma que em 2016 existam 20 milhões de pessoas no mundo com o diagnóstico de câncer. No Brasil, surgem 600 mil novos casos por ano, tornando esta enfermidade a segunda maior causa de morte no país (MARQUES, 2013; INCA, 2015).

Este crescimento exponencial pode ser explicado, em parte, pelo “envelhecimento” da população (Gráfico 1), associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente. Houve uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas, como o câncer, como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (INCA, 2015).

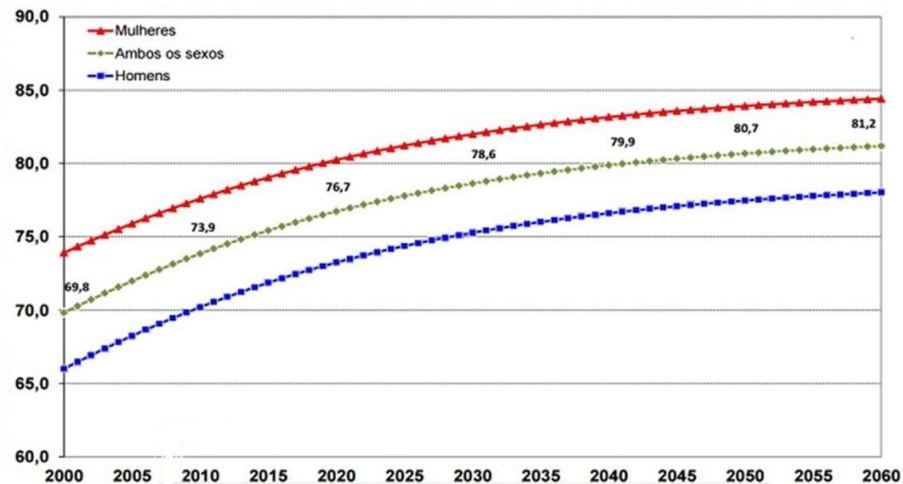


Gráfico 1 - Esperança de vida ao nascer, por sexo no Brasil, 2000 a 2060 (INCA,2015)

No ano de 2014, na macrorregião de Governador Valadares (Figura 1/ Gráfico 2), foram registrados 58 novos casos de câncer somente na região de cabeça e pescoço, segundo o Registro Hospitalar de Câncer/NEO (Gráfico 3). A idade média desses pacientes foi de 61,87 anos, sendo 77% dos casos do sexo masculino.



Figura 1 - Macrorregião do município de Governador Valadares
http://www.citybrazil.com.br/mg/microregiao_detalhe.php?micro=37

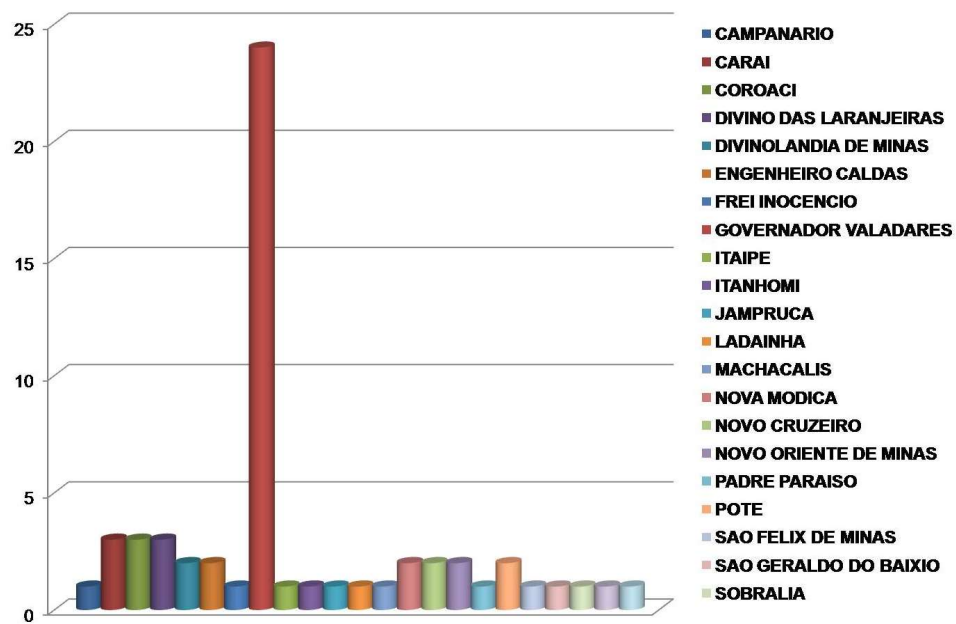


Gráfico 2 - Incidência de casos de câncer em região de cabeça e pescoço na macrorregião de Governador Valadares - NEO/RHC - ano 2014

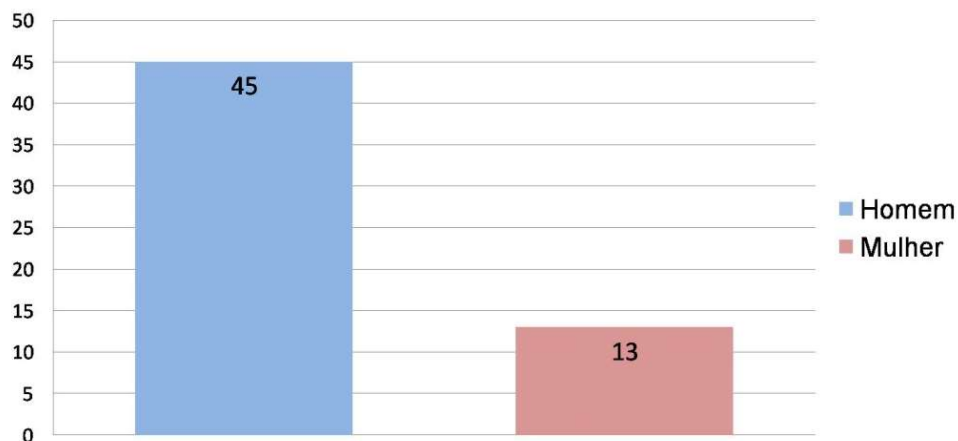


Gráfico 3 - Incidência de casos de câncer em região de cabeça e pescoço, por sexo - NEO/RHC - ano 2014

SHAH E GIL (2009) afirmam que o câncer de boca é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, com uma alta prevalência no Sul da Ásia. O tabaco e consumo de álcool continuam a ser os fatores de risco mais dominantes. Os fatores que afetam a escolha do tratamento estão relacionados com o tumor e o paciente. O tumor primário, localização, tamanho, proximidade de osso e a profundidade de infiltração são fatores que influenciam uma abordagem cirúrgica específica. Os tumores que se aproximam ou envolvem a mandíbula exigem compreensão específica do mecanismo de envolvimento ósseo. Ao longo dos últimos trinta anos, tem havido

melhoria na sobrevida dos pacientes , em grande parte devido à melhor compreensão da biologia dos locais progressão, a identificação precoce, o tratamento de linfonodos metastáticos no pescoço, o emprego de radioterapia pós-operatória e a quimiorradioterapia adjuvante. A cirurgia continua, assim, a base da gestão da maioria das neoplasias que surgem em área de cabeça e pescoço. Do mesmo modo, o papel do cirurgião é essencial em toda a história de vida de um paciente com um neoplasia maligna, desde o diagnóstico inicial até o tratamento definitivo, vigilância pós-tratamento, tratamento de complicações, a reabilitação das sequelas do tratamento e, finalmente, para o tratamento paliativo dos sintomas.

GEDEN *et al.* (2010) verificaram em seu trabalho que o câncer oral representa uma entidade comum que compreende um terço de todos os tumores malignos da cabeça e pescoço. As opções para o tratamento curativo do câncer de cavidade oral não mudaram significativamente nas últimas três décadas; no entanto, a abordagem de vigilância, e a opções para a reconstrução têm evoluído de forma significativa. Por causa da importância estética e funcional da cavidade oral, a administração das lesões cancerosas requer um conhecimento profundo da progressão da doença, abordagens de gestão e opções para a reconstrução.

VAN DER WAAL (2013) relatou em seu estudo a prevalência de 1% a 2% do câncer de boca em relação a todos os tipos de câncer. A maioria dos cânceres orais consiste em carcinomas de células escamosas. O câncer de boca carrega uma taxa de mortalidade considerável, sendo principalmente relacionado ao estágio da doença no diagnóstico. Em todo o mundo cerca de 50% dos pacientes com câncer de boca detectados encontram-se em estágio avançado. Existem várias maneiras de tentar diagnosticar o câncer de boca em estágios iniciais, sendo o rastreio em massa ou triagem em pacientes selecionados, redução de pacientes "em atraso" (que não retornam a consulta ou não continuam o tratamento), e redução dos médicos em atraso (falta de profissionais nos serviços básicos). Normalmente, a morbidade do tratamento do câncer é medida pela qualidade de vida utilizando questionários. Nas últimas décadas, este tópico tem atraído muita atenção em todo o mundo. É um desafio reduzir a morbidade sem comprometer substancialmente a taxa de sobrevivência dos pacientes, associada às diversas modalidades de tratamento para o câncer oral. A cessação do tabagismo contribui para reduzir o risco de câncer oral, com uma redução de 50% do risco no prazo de cinco anos. De fato, a redução dos

fatores de risco parece ser a ferramenta mais eficaz na tentativa de diminuir a morbidade e mortalidade de câncer oral.

2. Conceitos e estudos de qualidade de vida (QV)

MINAYO (2000), propôs em seu trabalho o debate nas relações entre saúde e qualidade de vida. Mostrou os principais instrumentos construídos nos últimos anos para medir qualidade de vida e as discussões que provocam. Na área da saúde, discutiu a tendência de se estreitar o conceito de qualidade de vida ao campo biomédico, vinculando-o à avaliação econômica. Considerou a proposta de promoção da saúde como a mais relevante estratégia do setor, para evitar o reducionismo médico e realizar um diálogo intersetorial.

JOHN *et al.* (2004) investigaram em sua pesquisa a relação entre estado da dentição (presentes e ausentes), fatores socioeconômicos e a qualidade de vida relacionada a saúde oral. Foi utilizado o questionário OHIP-G, com 53 perguntas em 2050 indivíduos alemães. Foram verificados o estado dentário, idade, gênero, educação (menos de 10 de escolaridade, entre 10 e 12 anos de escolaridade e mais de 12 anos de escolaridade) e área residencial (urbana ou rural) no questionário OHIP-G. Homens com idade acima dos 46 anos e com escolaridade menor que 10 anos apresentavam menos dentes. Em relação a comparação entre residir em área urbana ou rural não foi encontrada diferença estatística significativa. O estado da dentição é um aspecto de grande impacto na qualidade de vida relacionado a saúde oral, e as variáveis demográficas assim como a idade e a escolaridade possuem influência nesta comparação.

BOTTOMLEY *et al.* (2005) afirmam que investigações relacionando a saúde com a qualidade de vida se tornaram uma parte cada vez mais importante em muitos programas de pesquisa e ensaios clínicos associados ao câncer. Este trabalho de revisão apresenta todos os estudos de qualidade de vida relacionada a saúde publicado pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), uma das maiores organizações de ensaios clínicos na Europa. Foram encontrados 24 ensaios clínicos, totalizando mais de 9000 doentes. A qualidade de vida relacionada a saúde fornece valiosa fonte de informação útil para ambos médico e paciente ao fazer decisões durante o tratamento. Além disso, vários estudos

descobriram que o uso combinado de informações clínicas, juntamente com dados QVRS levaram ao desenvolvimento de novos padrões de tratamento em diferentes locais de tumores. Com mais de 40 estudos de QVRS em curso no EORTC, espera-se que QVRS possa desempenhar um papel ainda maior em ajudar a estabelecer o melhor tratamento e abordagem para pacientes com câncer.

OLIVEIRA e NADANOVSKY (2005) buscaram avaliar as propriedades da versão brasileira da forma abreviada do questionário validade Oral Health Impact Profile (OHIP14). Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal, destinado a avaliar o impacto da dor de dente na qualidade de vida de mulheres durante a gravidez. A amostra foi composta por 504 após o parto, a maioria das quais tinham problemas dentários não resolvidos e pertenciam a famílias de baixa renda. O questionário foi aplicado sob a forma de entrevistas por dois entrevistadores treinados, que também realizaram exames clínicos. A confiabilidade foi avaliada em termos de consistência interna e estabilidade. A validade de construto foi avaliada com base na comparação dos escores totais entre os grupos de acordo com: a auto percepção e necessidades de cuidados de saúde oral, o estado de saúde geral e bucal percebida, presença de lesões de cárie e perda do dente. A estabilidade e consistência interna, medida pelo coeficiente de correlação intra-classe (0,87) e pelo alfa de Cronbach (0,91), mostrou-se adequada. A validade de construto foi confirmada entre a correlação dos escores do OHIP14 com a auto percepção de saúde geral e oral. A versão brasileira do OHIP14 apresenta boas propriedades psicométricas, que são semelhantes aos do instrumento original.

ANDRADE, ANTUNES E DURAZZO (2006), em seu estudo avaliaram a versão em Português do questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL, 3ª versão), com o intuito de perceber sua capacidade em descrever padrões diferenciais de qualidade de vida de pacientes com câncer de boca no contexto brasileiro. Foram entrevistados 100 pacientes com carcinoma epidermóide oral no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados foram comparados por características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes. Após um ano, 20 pacientes haviam falecido e 24 não foram localizados. A re-entrevista dos demais permitiu o acompanhamento longitudinal de modificações na auto avaliação de qualidade de vida. Pacientes com tumores maiores e neoplasia na porção posterior da boca apresentaram indicadores de pior qualidade de vida ($p < 0.05$). Mastigação foi o item com pior avaliação e maior proporção de

queixas, tanto na avaliação inicial como no seguimento longitudinal. O questionário permitiu identificar relevantes contrastes (na comparação de características clínicas) e similaridades (na comparação de características sócio-demográficas) entre os grupos de respondentes. Seu uso regular no hospital pode contribuir para reduzir o impacto das aplicações terapêuticas e aprimorar a gestão dos tratamentos.

BORGGREVEN et al. (2007) pesquisaram a qualidade de vida relacionada à saúde pré-tratamento oncológico e o estado funcional de pacientes com câncer de boca e orofaringe avançada. Oitenta pacientes foram investigados. A qualidade de vida foi avaliada pelos questionários da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), o *Quality of Life Questionnaire-30* (QLQ - C30) e o questionário específico *Head and Neck Cancer Quality of Life Questionnaire* (H&N35). A avaliação do estado funcional foi estudada pela fala e testes de funções orais. Os resultados revelaram déficits funcionais antes do tratamento. As comparações foram: pacientes com tumores de cavidade oral versus tumores de orofaringe, pacientes com tumores T3-T4 versus tumores T2, e pacientes com comorbidade versus sem comorbidade. A qualidade de vida relacionada a saúde pareceu estar associada a extensão e localização primária do tumor (pacientes com tumores orais relataram mais dor em comparação com pacientes com tumores orofaríngeo) e a classificação tumor (pacientes com Tumores T3-T4 relataram mais problemas para abrir a boca e sentia mais dor em comparação com pacientes com tumores T2). Os pacientes com comorbidade tinham significativamente piores pontuações nos questionários. Os déficits funcionais foram relacionados à localização do tumor, classificação e comorbidade. Constatou-se que o paciente com a fala prejudicada e as funções orais debilitadas apresentavam uma pior qualidade de vida. Muitos pacientes com câncer bucal avançado e câncer de orofaringe tem a QVRS comprometida assim como o estado funcional afetado antes do início do tratamento. Além da localização e classificação do tumor, a comorbidade parece ter um impacto significativo na qualidade de vida e estado funcional. O conhecimento do pré-tratamento e da QVRS e os escores funcionais são úteis para uma melhor compreensão do impacto do tratamento sobre esses resultados ao longo do tempo.

Ashing-Giwa e Lim (2009), examinaram como a saúde física e mental interferem na qualidade de vida (QV) em relação ao nível socioeconômico e etnia entre os sobreviventes de câncer da mama, além de determinar os fatores sociodemográficos que influenciam os resultados. Realizaram um transversal, com

indivíduos recrutados a partir do Programa de Vigilância de Câncer da Califórnia, a partir de registros hospitalares e de agências da comunidade no sul da Califórnia. A amostra foi constituída de 703 indivíduos com base na população multiétnica, incluindo Europeias, africanas, latinas, e as americanas asiáticas. As participantes preencheram um questionário enviado pelo correio ou responderam a um inquérito telefónico. Para identificar o nível socioeconómico e estresse socioecológico, foram utilizados quatro medidas: renda familiar, educação, tipo de trabalho, e o questionário *The Urban Life Stress Scale*. Depois de controlar a informação demográfica e médica, a QV foi relacionada à saúde e correlacionada à condição socioeconómica, de tal forma que os grupos com melhor nível socioeconómico expressaram melhor QV. As variações étnicas interferiram na QV de acordo com o nível socioeconómico. O estresse socioecológico foi o fator que mais afetou a QV associada a saúde física e mental. As evidências demonstraram que o baixo status socioeconómico e alto estresse socioecológico acarretam uma pior QV nas mulheres com câncer de mama.

BECKER *et al.* (2012) avaliaram a qualidade de vida no pós-operatório de pacientes com câncer oral que passaram por diferentes tipos de ressecção mandibular. O estudo transversal foi realizado com os pacientes tratados na Clínica de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade de Kiel na Alemanha entre 1997 e 2007. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário EORTC QLQ-C30 e H&N35, associado a um questionário sobre o contexto sociocultural dos pacientes. Como critério de inclusão o paciente deveria ter um ano após a ressecção do tumor. Do total de 235 questionários, 111 foram devolvidos (47%). As diferenças significativas na qualidade de vida foram encontradas entre os pacientes com ressecção de tecidos moles e ressecções ósseas. Havia valores significativamente piores para ressecções de continuidade, em comparação com apenas ressecções parciais. Sessenta e sete pacientes (60,4%) apresentaram nível de educação fundamental como maior escolaridade, e quatro pacientes (3%) não tinha nenhuma escolaridade, verificando-se um baixo nível de escolaridade na população estudada. A qualidade de vida no pós-operatório dos pacientes foi significativamente influenciada pela extensão da ressecção do tumor, o que deve ser considerado no planejamento cirúrgico.

BARRIOS *et al.* (2014), desenvolveram um estudo transversal com pacientes pós tratamento (mínimo de 6 meses) para o câncer oral com objetivo de avaliar se a saúde bucal e a qualidade de vida estavam associadas com o estado nutricional dos

indivíduos da amostra. A qualidade de vida relacionada a saúde foi medida utilizando dois questionários: Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e Oral Health Impact Profile (OHIP-14). O risco de desnutrição foi avaliado através da Mini Nutritional Assessment (MNA). A amostra foi composta por 133 pacientes, na qual 22,6% estavam desnutridos ou em risco de desnutrição. Mais do que 95% dos pacientes relataram um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada a saúde oral para ambas as medidas utilizadas. Os pacientes com desnutrição ou risco de desnutrição apresentaram significativamente uma pior qualidade de saúde oral do que aqueles sem desnutrição. Concluíram que pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição é um fator importante a longo prazo de piora de qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes tratados com câncer bucal.

OLIVEIRA *et al.* (2014) relataram existir vários questionários disponíveis para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com câncer de mama, no entanto a escolha muitas vezes não leva em conta a adequação das propriedades de medida destes questionários. O objetivo desta pesquisa foi testar as propriedades de medida de dois questionários genéricos para qualidade de vida e um questionário específico para qualidade de vida para de mulheres com câncer de mama. Foram avaliadas 106 mulheres após a cirurgia para câncer de mama. A avaliação incluiu a aplicação do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*), WHOQOL-bref (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde), e FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast), bem como o Global Perceived Effect scale (GPE) e escala numérica de dor. Os participantes foram entrevistados em três ocasiões distintas para investigar consistência, efeitos internos, construir validade, reprodutibilidade e responsividade. A maioria dos domínios dos instrumentos mostraram consistência interna (alfa de Cronbach variando 0,66 a 0,91) adequada. A confiabilidade variou de pobre a substancial (ICC 2,1 entre 0,39 e 0,87) e a concordância variou de negativo para muito bom. O SF-36 não apresentou boa correlação em seus domínios. Os domínios dos questionários genéricos apresentaram moderada a boa correlação com a FACT-B + 4 (Pearson de 0,31 a 0,69). A maioria das propriedades de medida testadas para o WHOQOL-bref e FACT-B + 4 foram adequados como foi sua capacidade de avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Ao contrário, o SF-36 mostrou inadequação e não deve ser usado em mulheres com câncer de mama.

PIERRE *et al.* (2014) pesquisaram a qualidade de vida a longo prazo e fatores preditivos após a cirurgia oncológica e reconstrução em pacientes com câncer de boca e orofaringe. Os pacientes foram tratados entre 2000 e 2009, e os que estavam vivos e livre de doença, pelo menos, um ano após a terapia, responderam ao questionário da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), o Quality of Life Questionnaire-30 (QLQ - C30) e o questionário específico Head and Neck Cancer Quality of Life Questionnaire (H&N35). Oitenta pacientes foram incluídos neste estudo. O escore global em relação a qualidade de vida foi de $69,3 \pm 22,7\%$. O estágio T do tumor, o envolvimento do tumor a base da língua, o retorno a atividade profissional e o estado emocional e social foram os principais determinantes da qualidade de vida para a mostra deste estudo.

QUINTEN *et al.* (2014) analisaram o valor prognóstico da saúde relacionado com qualidade de vida (QV) em relação a diferentes locais de tumores e a sobrevida destes pacientes, utilizando uma ferramenta de auto-avaliação padronizado e validado. Onze locais diferentes de tumores reunidos a partir de 30 pela Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) foram selecionados para este estudo randomizado controlado. No total, 7417 pacientes completaram o EORTC QLQ-C30 antes da randomização. No câncer de cérebro, o funcionamento cognitivo foi preditivo para sobrevida; no câncer da mama, o estado físico, emocional e de saúde geral, náuseas e vômitos foram preditivos para a sobrevida; no câncer de colon-retal, o estado físico, náuseas e vômitos, dor e perda de apetite foram indicadores de sobrevida; em relação ao cancer do esófago, estado físico e social foram preditivos para a sobrevida; em câncer de cabeça e pescoço, estado emocional, náuseas e vômitos e dispnéia foram preditivos para a sobrevida; no câncer do pulmão, o estado físico e dor foram preditivos para a sobrevida; no melanoma, estado físico foi preditivo para a sobrevida; no câncer de ovário, náuseas e vômitos foram indicadores de sobrevida; no câncer pancreático, estado de saúde geral, foi preditivo para a sobrevida; no câncer de próstata, desempenho sexual e perda de apetite foram preditivos para a sobrevida; e, no câncer de testículo, o desempenho sexual foi preditivo para a sobrevida. Os resultados sugerem que os escores de qualidade de vida relacionado a saúde proporcionam informações de prognóstico se associados com os dados sócio-demográficos e clínicos. Este estudo mostra que os dados de QVRS pode ajudar a prever a sobrevida em pacientes com câncer.

VAN LIEW *et al.* (2014) examinaram o impacto do medo de recorrência do câncer na saúde e relacionaram com a qualidade de vida e uso do tabaco entre pacientes em sobrevida de câncer da região de cabeça e pescoço. Um subconjunto de uma coorte transversal de pacientes (n=138) foi selecionado a partir de um estudo prospectivo de resultados oncológicos em câncer da região de cabeça e pescoço. O medo de recorrência foi avaliado pelo inventário do medo de recorrência do câncer e o inventário específico do câncer de cabeça e pescoço (HCN-specific). A qualidade de vida foi mensurada somente pelo inventário do câncer de cabeça e pescoço (HCN-specific). O uso do tabaco foi relatado pelo paciente em escalas: atual, anterior ou nunca. A qualidade de vida relacionada a saúde foi pior nos pacientes que apresentaram menores valores nos domínios do inquérito do câncer e cabeça de pescoço (mastigação, estética, fala, transtornos sociais e aumento do consumo de tabaco). O medo de recorrência do câncer é prevalente entre pacientes em sobrevida, está relacionado a diminuição da qualidade de vida relacionada a saúde e o aumento do uso do tabaco.

BARRIOS *et al.* (2015) avaliaram a qualidade de vida relacionada a saúde geral e bucal de pacientes em pacientes câncer de boca e orofaringe. O estudo transversal foi realizado com pacientes tratados de câncer oral, pelo menos, 6 meses de pós-tratamento (grupo teste) e um grupo de sexo e idade pareadas porém sistematicamente saudáveis como grupo controle. A qualidade de vida relacionada a saúde foi investigada pelo questionário *12- Item Short Form Health Survey* (SF-12), e a qualidade de vida relacionada a saúde oral foi avaliada utilizando o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) e os impactos orais sobre Performances diárias (OIDP). O Modelo de regressão multivariada foi utilizado para a associação entre os resultados do SF-12, OHIP-14 e OIDP. Para o grupo teste (n = 142) e controle (n = 142), 64,1% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 65,2 anos para o grupo teste e 67,5 anos para o grupo controle. O grupo teste obteve pior resultado no questionário SF-12, além de piores índices em relação ao OHIP-14 e OIDP quando comparados com o grupo controle. Pelo menos 6 meses após o tratamento, pacientes com câncer oral apresentaram pior qualidade de vida relacionada a saúde física e psicológica quando comparados a um grupo controle sem doença.

RIBEIRO (2015) demonstrou a importância e a necessidade da educação para a saúde, salientando os principais marcos na evolução. Em sua revisão, apresentou um breve histórico do conceito de saúde, referenciou os aspetos da educação como

a idade, contexto e objetivos que são particularidades individuais ou coletivas dentro da história. Afirma que métodos educativos baseados na educação para saúde podem ser eficazes nas mudanças de atitudes e comportamentos em relação a saúde individual e coletiva.

LUO *et al.* (2016) analisaram a qualidade de vida relacionada com a saúde e a qualidade de voz em um momento pós-cirúrgico de pacientes com carcinoma da laringe. Após a coleta de informações sobre as características clínicas (idade, estágio TNM, com ou sem preservação da laringe e / ou esvaziamento cervical, com ou sem irradiação e / ou quimioterapia pós-operatória, etc.), foi utilizada a escala *Voz Handicap Index* (VIH) e o questionário EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-H&N35. Um total de 92 pacientes foram incluídos neste estudo. As percepções de qualidade de vida relacionada à saúde foram significativas entre os pacientes com diferentes idades, estágios TNM e modalidades de tratamento. Os principais fatores impactantes na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com carcinoma de laringe foram presença de dor, distúrbio da fala, e boca seca (xerostomia).

3. Cuidado, equipe e terapêutica do paciente oncológico

HANCOCK, EPSTEIN, SADLER (2003) demonstraram em seu trabalho que o manejo clínico de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço apresentam sequelas na cavidade oral que podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes. Tais sequelas podem ser evitadas ou pelo menos melhor administradas se profissionais da saúde atuar em equipe. É essencial que os dentistas compreendam o tratamento do câncer e demonstrem conhecimento prático das opções de prevenção e de gestão de sequelas orais provocadas pelo tratamento do câncer. Uma consulta odontológica antes do início da terapia de pacientes com câncer de cabeça e pescoço deve ser realizada. Muitas condições orais, como a má higiene, dentes quebrados, restaurações insatisfatórias e doença periodontal, podem causar complicações durante e depois de um curso de radioterapia. As sequelas associadas à radioterapia necessitam de prevenção e tratamento de condições agudas e crônicas. Portanto as complicações da radioterapia devem ser tratadas para minimizar a morbidade oral destes pacientes antes, durante e depois o tratamento do câncer e ao longo da vida do paciente.

DIRIX, NUYTS, BOGAERT (2006) afirmaram através de revisão de literatura que a sensação de boca seca ou xerostomia é uma das complicações mais comuns durante e depois da radioterapia para tratamento do câncer de cabeça e pescoço, por causa de danos irreparáveis as glândulas salivares, que são incluídos nos campos de radiação. A xerostomia não só prejudica a qualidade de vida de doentes com câncer, mas pode também levar a distúrbios orais graves e de longo prazo. Como o tratamento da xerostomia é raramente eficaz, a prevenção é fundamental. Várias estratégias têm sido desenvolvidas para evitar a disfunção salivar induzida por radiação ionizante sem comprometer o tratamento. Estes incluem técnicas de radiação que protegem as glândulas salivares, tais como radiação tridimensional localizada ou a radioterapia de intensidade modulada, citoprotetores concomitantes, e transferência cirúrgica da glândula salivar. No entanto, estas abordagens preventivas não são aplicáveis a todos os pacientes, e novas pesquisas que incorporem novos conhecimentos biológicos para otimizar o índice terapêutico da radioterapia para câncer de cabeça e pescoço devem ser realizadas.

GOIATO *et al.* (2009), apresentaram em seu trabalho a incidência e causa de neoplasias maligna na área maxilofacial. Afirmaram que o câncer é considerado como a multiplicação anormal celular pelo organismo com um DNA diferenciado. Inicialmente, a doença não apresenta sinais clínicos aparentes, mas pode ser diagnosticada por exames laboratoriais. Quando o tumor está presente na região maxilofacial, o doente pode perder estruturas nesta área, podendo resultar em exclusão social. A proximidade de várias estruturas faciais com o tumor é uma importante dificuldade no tratamento cirúrgico e remoção da lesão. Além disso, os órgãos próximos são prejudicados por causa da necessidade da margem de segurança. É necessário e favorável recuperar a estética e função através de próteses, devolvendo a autoestima do paciente e reintegração no ambiente social.

EPSTEIN *et al.* (2012) observaram que as complicações orais resultantes do tratamento do câncer e os efeitos adversos agudos e tardios das terapias podem ser subnotificados, não reconhecidos e tratados inadequadamente. Os recentes avanços no tratamento do câncer têm levado a mudanças na incidência, natureza e severidade das complicações orais como a mucosite, infecções orais e dentárias, xerostomia, alterações neurossensoriais, além de necrose nos ossos maxilares. Embora algumas dessas complicações possam ser reduzidas, elas permanecem inevitáveis. O impacto negativo das complicações exige uma maior sensibilização e reconhecimento para

promover a prevenção e intervenção adequada. Portanto, é importante para o oncologista estar ciente destas complicações, além de conhecer medidas adequadas de tratamento. A prevenção é a melhor forma de cuidado e para isso é necessária uma equipe multidisciplinar, que devem ser integradas e comunicar de forma eficaz, a fim de proporcionar o melhor atendimento ao paciente de forma coordenada no momento apropriado.

VIET E SCHMIDT (2012) afirmaram que a dor do câncer é uma preocupação sempre presente no tratamento desta doença. Com as inovações no tratamento de pacientes, ocorreu um aumento da taxa de sobrevivência, mas a dor incontrolável cria uma má qualidade de vida. O câncer oral é o único em que causa dor intensa no sítio primário e prejudica seriamente a fala, a deglutição, mastigação e funções do sistema estomatognático. A dor do câncer bucal tem mecanismos biológicos que são gerados dentro do microambiente do tumor. Uma compreensão abrangente dos mediadores que controlam a relação entre o tumor e o sistema nervoso periférico, e possíveis intervenções, podem ser eficazes no controle da dor. Explorar os estudos atuais sobre a dor do câncer oral e suas implicações no manejo clínico é de grande relevância para a atuação dos agentes no tratamento da dor. Além disso, conhecer os sistemas endógenos opióides e a terapêutica da dor do câncer que interfiram nestes sistemas, poderia resolver a questão da tolerância aos opiáceos e melhorar a qualidade de vida em pacientes com câncer bucal.

KIM *et al.* (2016) avaliaram as taxas de sobrevivência em 5 anos com o objetivo de identificar os fatores que afetam o prognóstico de pacientes com câncer oral submetidos unicamente ao tratamento cirúrgico. Cento e trinta pacientes foram diagnosticados com tumor maligno oral no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial do hospital da Universidade Nacional de Chonnam e tratados somente com procedimentos cirúrgicos, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Dentre estes, 84 pacientes foram investigados e acompanhados por mais de 5 anos após a cirurgia do tumor primário na cavidade oral. A taxa de sobrevivência foi investigada de acordo com sexo, idade, tipo e localização do câncer, o estágio TNM, metástase em linfonodo cervical e seu estágio, recorrência ou metástase, o tempo de recidiva tumoral e a diferenciação. Neste contexto, a média de 5 anos de sobrevivência em pacientes que receberam apenas o tratamento cirúrgico foi de 81,2%, e em relação às especificidades da doença a taxa de sobrevivência em 5 anos foi de 83,1%. A taxa de sobrevivência em relação às especificidades da doença em 5 anos com base em sexo,

idade, tipo de tumor e tumor primário não apresentou diferença estatística com significância. Estes resultados sugerem que uma boa taxa de sobrevida só pode ser obtida com o tratamento cirúrgico. Fatores como o estágio do câncer oral, metástases em linfonodo cervical, recidiva ou metástase, tempo de recorrência, têm um influência significativa sobre a taxa de sobrevivência.

NYQVIST *et al.* (2016) buscaram avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde comparando a radioterapia convencional (RC) com a radioterapia acelerada (RA) em câncer de cabeça e pescoço. A amostra foi composta por 750 indivíduos com carcinoma de células escamosas (de qualquer grau e estágio) na cavidade oral, orofaringe, hipofaringe ou laringe, sem metástases à distância. Os pacientes foram divididos em 2 grupos randomizados e submetidos a radioterapia convencional (2 Gy / dia, 5 dias / semana, em 49 dias, a dose total 68 Gy) e radioterapia acelerada (1,1 + 2,0 Gy / dia, 5 dias / semana, em 35 dias, a dose total de 68 Gy). A qualidade de vida relacionada a saúde foi avaliada com os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-H&N35 no início e fim da radioterapia, 3 meses, 6 meses e 1 ano, 2 anos e 5 anos após o início do tratamento. O grupo que foi submetido a radioterapia acelerada relatou pior qualidade de vida relacionada a saúde após término imediato e 3 meses após tratamento para a maioria dos sintomas, escalas e funções. Poucas diferenças significativas foram observadas entre os grupos aos 6 meses e 5 anos pós tratamento. Em comparação com a radioterapia convencional, a radioterapia acelerada tem um efeito adverso mais significativo na qualidade de vida na fase aguda.

3 PROPOSIÇÃO

GERAL: investigar o impacto do câncer nos fatores de qualidade de vida geral e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos.

ESPECÍFICO: Analisar os fatores de risco e o impacto na qualidade de vida relacionada a saúde geral e bucal:

- Fatores Sociodemográficos: gênero, idade, estado civil e renda familiar.
- Fatores clínicos: alteração na fala, no paladar, manifestação de dor, desconforto na alimentação.
- Fatores psicossociais: Alterações dos sentimentos e do humor, auto estima, aparência e imagem corporal, memória e concentração.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, com a finalidade de investigar diferentes desfechos relacionados a saúde e bem-estar de pacientes em tratamento oncológico. Foram avaliados dois grupos não pareados, sendo o grupo de pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço (NEO/Hospital Bom Samaritano), e o grupo com câncer nas demais regiões do corpo (ONCOLESTE) no período correspondido entre agosto de 2015 a fevereiro de 2016.

A distribuição do local de obtenção da amostra considerando o sítio dos tumores ocorre em Governador Valadares devido ao fato que, a clínica NEO situada dentro da estrutura do Hospital Bom Samaritano é referência no tratamento oncológico no leste de Minas Gerais. Oferece serviço de quimioterapia e radioterapia necessário para o atendimento completo e integral do paciente com câncer.

A clínica Oncoleste oferece somente o atendimento clínico e quimioterápico para o tratamento do câncer, aos pacientes de convênios médicos e particulares, dessa forma, o número de pacientes é menor e não atende a todos os casos, como cânceres de cabeça e pescoço que rotineiramente necessita de radioterapia.

4.2 População de Estudo

A amostra do estudo foi de pacientes maiores de 18 anos em tratamento oncológico nas respectivas instituições:

1-Hospital Bom Samaritano - NEO (Núcleo de Especialistas em Oncologia): Foram convidados a participar do estudo todos os indivíduos que estejam em tratamento clínico no ambulatório do HBS-NEO, submetidos a entrevistas para obtenção de dados relacionados a fatores sociodemográficos, qualidade de vida e auto percepção em relação à saúde bucal.

2- ONCOLESTE: Foram convidados a participar do estudo todos os indivíduos que estejam em tratamento clínico no ambulatório da **ONCOLESTE**, submetidos a entrevistas para obtenção de dados relacionados a fatores sociodemográficos, qualidade de vida e auto percepção em relação à sua saúde bucal.

4.2.1 Critérios de inclusão:

- Ser capaz de compreender e se comunicar para responder as questões;
- Ser alfabetizado;

4.2.2 Critérios de exclusão:

- Não concordar em participar do estudo;
- Não ser alfabetizado
- Impossibilidade de comunicação e entendimento (cegueira, surdez, dificuldade motora dos membros superiores).

4.3 Obtenção do Consentimento Esclarecido

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o número de parecer 1.150.340 e CAAE 44108115.0.0000.5147 (ANEXO 1).

Previamente a realização das entrevistas, os pacientes participantes foram devidamente esclarecidos, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e levaram consigo uma via devidamente assinada pelos pesquisadores (ANEXO 2).

4.4 Coleta e Obtenção dos Dados

Para a coleta de dados, cada voluntário foi entrevistado com os questionários selecionados para a pesquisa. Um examinador treinado realizou a entrevista em ambiente determinado pelas respectivas instituições.

4.5 Escolha e aplicação dos questionários

Foram aplicados os questionários de acordo com os objetivos buscados neste estudo. Os mesmos foram selecionados após ter sido realizada uma revisão na literatura, buscando escolher a melhor forma de obtenção dos dados através deste instrumento de avaliação. Também serão coletadas informações demográficas, socioeconômicas.

4.5.1 Dados Sociodemográficos

No questionário de dados sociodemográficos foram coletadas informações como nome, endereço, idade, renda média domiciliar (ABEP 2014), estado civil, tempo de tratamento e local do tumor primário (ANEXO 3).

4.5.2 Avaliação da Qualidade de Vida (OMS)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de Qualidade de Vida está diretamente relacionado a questões de saúde, bem-estar e sentimentos positivos. Assim, foi desenvolvido um instrumento para avaliação de Qualidade de Vida, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). Por se tratar de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, que será realizado com pacientes oncológicos antes de consultas ambulatoriais, será utilizada a versão abreviada do WHOQOL, denominado WHOQOL-BREF (ANEXO 4).

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a auto-avaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-bref foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas. É composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente (Pedroso et al. 2010).

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades da vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Auto estima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III - Relações sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio IV- Meio-Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-bref (PEDROSO *et al.* 2010).

4.5.3 Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida

Para obtenção destes dados foi proposto o índice *Oral Health Impact Profile (OHIP)*. O objetivo do OHIP é medir o impacto da saúde ou condição bucal, na qualidade de vida. Primeiramente este índice foi composto por 49 itens (OHIP-49), posteriormente uma forma simplificada foi estabelecida, constituída por 14 itens: *Oral Health Impact Profile- short form (OHIP-14)*, o qual foi traduzido para diversos idiomas e neste estudo será utilizado a versão brasileira (OLIVEIRA e NADANOSVSKY, 2005). Este questionário é baseado em questões nos seguintes domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e incapacidade. Cada domínio possui duas questões, com escores variando de 0 à 4 pontos (0= nunca; 1=quase nunca; 2=ocasionalmente; 3=bastantes

vezes; 4= frequentemente). Os escores finais variam de 0 a 56 pontos, em que escores mais altos denotam maiores impactos na qualidade de vida.

Domínio	Perguntas
Limitação funcional	1-2
Dor física	3-4
Desconforto psicológico	5-6
Incapacidade física	7-8
Incapacidade psicológica	9-10
Incapacidade social	11-12
Desvantagem social	13-14

Quadro 2: Domínios do índice OHIP segundo problemas apresentados.

O OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (SANDERS *et al.*, 2009), além disso, trata-se de um questionário amplo e completo para mensuração do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (JOHN *et al.*, 2004), portanto, por estes motivos foi escolhido para ser utilizado neste estudo (ANEXO 5).

4.6 Processamento dos Dados e Análise Estatística

Os dados foram digitados em uma planilha do programa Excel, com posterior checagem para inconsistências.

A análise foi realizada no software Stata 14.0. Inicialmente foi feita a análise descritiva da população. A associação entre as variáveis independentes e os escores globais e por domínio obtidos para o OHIP-14 e para o WHOQOL foram comparados utilizando-se análise de variância (ANOVA), para a amostra geral do estudo e por localização dos sítios de tumores / local de tratamento.

5 RESULTADOS

A análise descritiva dos dados revela que dos cem (100) pacientes entrevistados, 57 eram do sexo masculino e 43 do sexo feminino. A idade média da população foi de 59,11 anos.

Em relação ao estrato sócio econômico das populações foi utilizado o critério da renda média domiciliar da ABEP 2014 que é dividido em 6 classes: D-E, C1, C2, B2, B1, A (Tabela 1). Na amostra da clínica Oncoleste, 52% dos pacientes se enquadra na categoria C1 que possui renda de até R\$ 2409,01 (gráfico 4). Já na população estudada na clínica Neo, 44% da amostra encontra-se na categoria C2 com renda de até R\$ 1446,24 (gráfico 5). Numa visão geral da amostra, 42% situa-se na classe C e A-B (gráfico 6).

Tabela -1. Distribuição do estrato socioeconômico em relação a renda domiciliar média (Real – R\$)

Estrato Socioeconômico	Renda média domiciliar
A1	R\$20.272,56
B1	R\$8.695,58
B2	R\$4.427,36
C1	R\$2.409,01
C2	R\$1.446,24
D-E	R\$639,78
TOTAL	R\$2.876,05

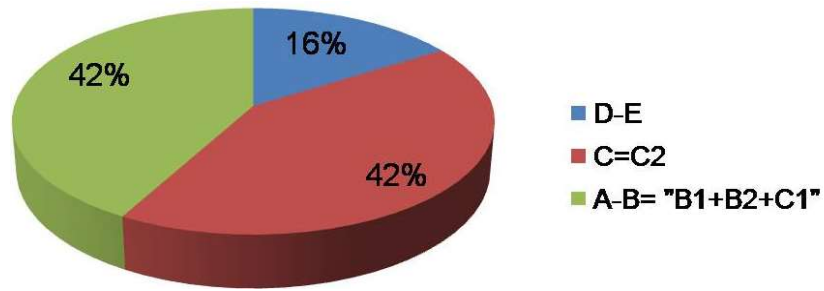


Gráfico 4 -Estrato socioeconômico/ONCOLESTE

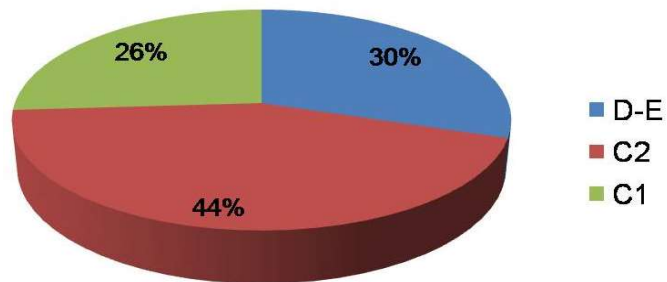


Gráfico 5 -Estrato socioeconômico/Neo

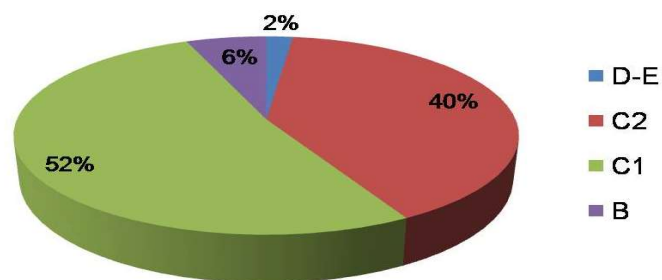


Gráfico 6 -Estrato socioeconômico/Amostra n=100

No que se refere a localização dos sítios dos tumores distribuídos por sexo, na Oncoleste foram entrevistadas 36 mulheres, sendo que 21 apresentavam câncer de mama, e 14 homens, sendo 4 deles diagnosticados com câncer de cólon e reto (gráfico 7). Na clínica NEO 43 pacientes avaliados eram homens, desses 10 apresentavam câncer em orofaringe, e das 7 mulheres, os tumores mais representativos foram em tireóide e língua (gráfico 8).

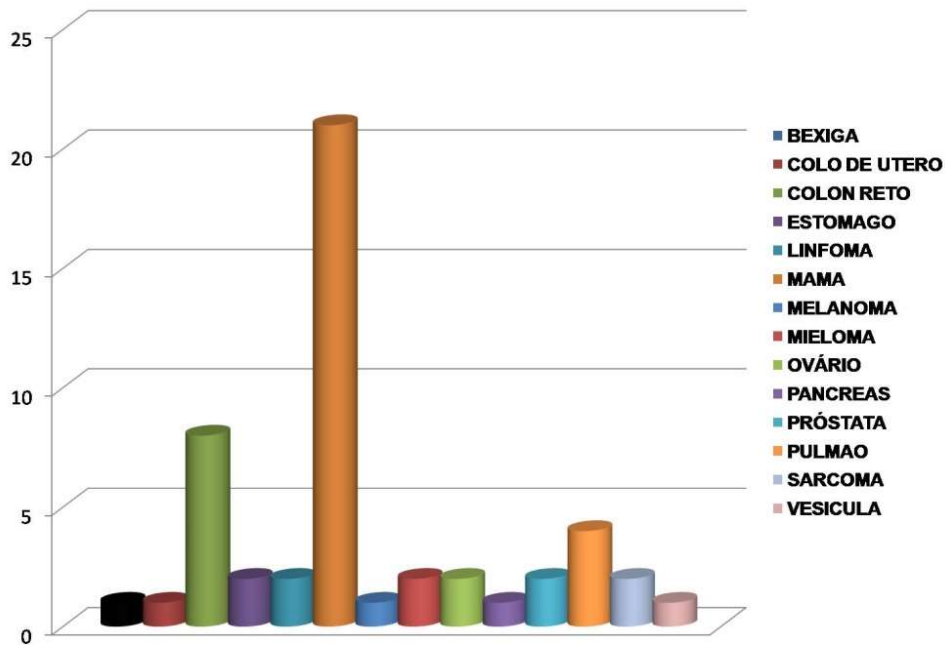


Gráfico 7 - Localização das neoplasias - ONCOLESTE

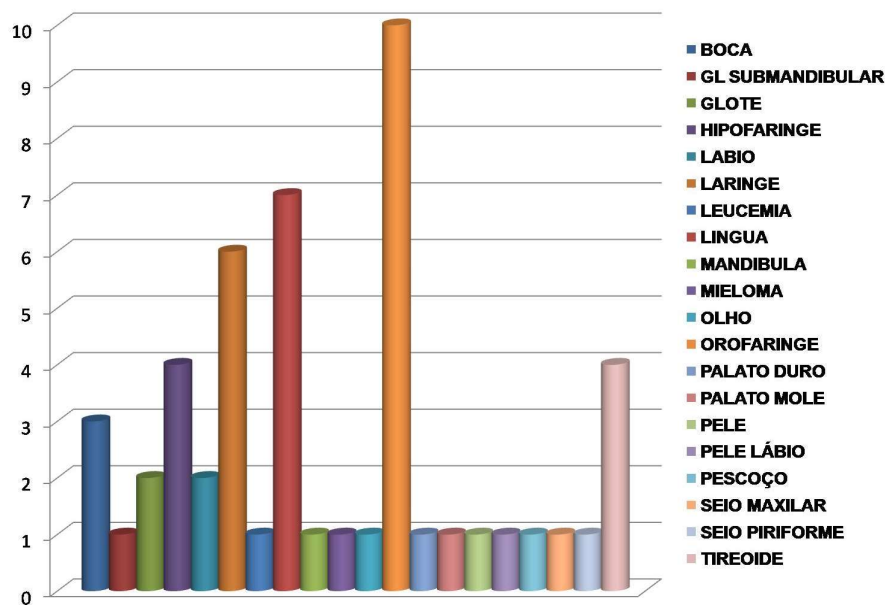


Gráfico 8 - Localização das neoplasias - NEO

5.1 QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREEF

Para a análise dos dados obtidos através do questionário WHOQOL, a amostra foi agrupada em sistemas do corpo humano (Tabela 2).

Neste instrumento, quanto maior as médias encontradas em cada domínio, melhor será a qualidade de vida do grupo avaliado. Os resultados dos domínios de cada grupo estão apresentados na tabela 3. Os valores de p devem ser analisados intra-grupos com correspondência nas variáveis.

Tabela – 2. Agrupamento dos tumores em sistemas do corpo humano

SISTEMAS	LOCALIZAÇÃO DOS TUMORES
CABEÇA E PESCOÇO	REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO
RESPIRATÓRIO	PULMÃO
DIGESTIVO	COLON RETO/ESTOMAGO/PANCREAS/VESICULA
URINÁRIO	BEXIGA
ENDOCRINO	MAMA/PRÓSTATA
ESQUELETICO	SARCOMA
TEGUMENTAR	MELANOMA
LINFÁTICO	LINFOMA/MIELOMA
REPRODUTOR	COLO DE UTERO/OVÁRIO

Tabela - 3. Distribuição simples e análise univariada entre dados sociodemográficos e sítios de neoplasias relacionados aos escores dos domínios-específicos do WHOQOL-BREF(média±DP). Governador Valadares, 2015 (n=100).

VARIÁVEIS	QUANTIDADE n(100)	DOMÍNIO FÍSICO (variação±DP)	p valor	DOMÍNIO PSICOLÓGICO (variação±DP)	p valor	DOMÍNIO SOCIAL (variação±DP)	p valor	DOMÍNIO AMBIENTE (variação±DP)	p valor
GÊNERO			0,0613		0.0402*		0,0668		0.0003*
Masculino	57 (57)	57,02 (13,78)		66,23 (14,70)		63,89 (13,93)		67,27 (11,30)	
Feminino	43 (43)	62,37 (14,31)		72,48 (15,13)		70,15 (19,86)		76,23 (12,54)	
RENDA FAMILIAR			< 0,0000*		<0.00001*		0,0027*		<0.0000*
Classe D-E	16 (16)	45,76 (14,06)		53,90 (14,94)		55,21 (10,92)		57,23 (7,80)	
Classe C	42 (42)	57,48 (11,72)		68,45 (14,84)		65,67 (18,05)		69,87 (10,69)	
Classe A-B	42 (42)	66,32 (12,30)		75,10 (11,14)		71,82 (15,61)		77,68 (11,23)	
FAIXA ETÁRIA			0,7918		0.8303		0,0084*		0.9028
Até 59	48 (48)	58,92 (14,90)		68,58 (16,42)		71,18 (17,61)		70,96 (12,31)	
60-82	52 (52)	59,68 (13,65)		69,23 (14,00)		62,34 (15,26)		71,27 (12,98)	52 (52) 0.6215
ESTADO CIVIL			0,8562		0.2507		0,0008*		0.6215
Casado/União Estável	68 (68)	59,45 (12,88)		69,85 (13,24)		70,83 (15,41)		71,60 (12,13)	
Solteiro/Divorciado	22 (22)	58,11 (17,40)		64,39 (17,85)		56,82 (16,19)		68,89 (13,06)	
Viuúvo	10 (10)	61,07 (16,36)		72,05 (20,05)		59,17 (18,61)		72,81 (15,38)	
SÍTIOS DE TUMORES			0,0274*		0.0018*		0,0001*		<0.0000*
CABEÇA E PESCOÇO	49 (49)	53,93 (12,67)		62,24 (14,14)		59,52 (12,95)		63,97 (8,58)	
RESPIRATÓRIO	4 (4)	59,82 (22,28)		69,79 (26,43)		66,67 (28,05)		70,31 (20,65)	
DIGESTIVO	12 (12)	63,99 (7,37)		71,18 (10,43)		77,08 (14,70)		76,56 (10,62)	
URINÁRIO	1 (1)	57,14 (0,0)		75,00 (0,0)		66,67 (0,0)		68,75 (0,0)	
ENDOCRINO	23 (23)	65,99 (16,04)		76,08 (12,82)		77,17 (17,08)		80,16 (12,01)	
ESQUELETICO	2 (2)	71,43 (5,05)		83,33 (5,90)		62,5 (17,68)		84,37 (0,0)	
TEGUMENTAR	1 (1)	50 (0,0)		70,83 (0,0)		25 (0)		71,87 (0,0)	
LINFÁTICO	5 (5)	62,14 (14,85)		76,66 (14,31)		68,33 (12,36)		74,37 (13,51)	
REPRODUTOR	3 (3)	67,86 (10,71)		87,50 (7,22)		72,22 (4,81)		84,37 (6,25)	

p<0.05 - Teste ANOVA; DP=desvio padrão.

Ao analisar a tabela 3, em todos os domínios do WHOQOL-*bref* (físico, psicológico, social e do ambiente) o sítio do tumor e a renda familiar influenciaram, estatisticamente, na percepção de qualidade de vida. Pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço e renda familiar baixa apresentaram pior percepção de qualidade de vida.

Nos domínios psicológico ($p=0.04$) e ambiental ($p=0,0003$), o sexo masculino demonstrou pior qualidade de vida.

No domínio social, a faixa etária ($p=0,008$) bem como o estado civil ($p=0,0008$) influenciaram na percepção de qualidade de vida, sendo que os indivíduos idosos (60-82 anos), solteiros ou divorciados, apresentaram pior qualidade de vida

5.2 QUESTIONÁRIO OHIP-14

Neste instrumento, quanto maior as médias encontradas, pior será a qualidade de vida relacionada a saúde da boca. Foi associado o gênero, estrato social, faixa etária e estado civil com os centros de tratamento (tabela 4). Os valores de p devem ser analisados intra-grupos com correspondência nas variáveis.

A tabela 4 demonstra que o gênero ($p=0,0001$) e a renda familiar ($p=0,001$) demonstraram alto impacto na qualidade de vida relacionado à saúde bucal em pacientes oncológicos, sendo o sexo masculino e a renda familiar baixa os com pior percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Ao avaliar separadamente pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço e câncer nas demais regiões do corpo (tabela 4), a renda familiar impactou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos indivíduos com câncer nas demais regiões do corpo ($p=0,0058$). Aqueles com mais baixa renda, pior percepção de qualidade de vida.

Tabela - 4. Distribuição simples e análise univariada entre dados sociodemográficos e escores do OHIP-14 de acordo com os centros de tratamento. Governador Valadares, 2015 (n=100).

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL DAS MÉDIAS	P valor	CLÍNICA NEO MÉDIA±DP	P valor	ONCOLESTE MÉDIA±DP	P valor
GÊNERO		0,0001*		0,81		0,87
Masculino	28,9(13,26)		32,31(12,97)		17,21(4,06)	
Feminino	19,43(8,46)		31,57(13,32)		17,00(4,29)	
RENDA FAMILIAR		0,001*		0,119		0,0058*
Classe D-E	98,33(13,08)		38,33(13,08)		-----	
Classe C	24,70(9,78)		30,14(9,97)		19,00(5,47)	
Classe A-B	20,17(10,91)		30,08(15,50)		15,72(2,30)	
FAIXA ETÁRIA		0705		0951		0857
Até 59	25,34(13,04)		32,52(13,83)		17,18(4,74)	
60-82	24,39(11,76)		32,75(12,11)		16,96(3,76)	
ESTADO CIVIL		0313		0,810		0,658
Casado/União estável	25,16(12,56)		32,76(13,18)		17,33(4,67)	
Solteiro/Divorçado	26,43(12,51)		33,42(12,30)		17,11(3,51)	
Viúvo	19,04(9,66)		28,00(15,72)		15,71(2,21)	
Total	24,85(12,33)		32,63(12,89)		17,06(4,19)	

$p < 0.05$ - Teste ANOVA; DP=desvio padrão.

5.3 ASSOCIAÇÃO WHOQOLBREEF X OHIP 14

Na tabela 5, ao comparar a percepção de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14) nos pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço (NEO) e demais regiões do corpo (ONCOLESTE), observou que pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço são os que apresentam pior percepção de qualidade de vida, com alto impacto na saúde geral e bucal, em todos os domínios avaliados ($p < 0,001$).

Tabela - 5. Associação entre os centro de tratamento (diferentes sítios de tumor) e domínios-específicos do OHIP e escores do WHOQOL BREEF. Governador Valadares, 2015 (n = 100).

	CLINICA-NEO (média±DP)	ONCOLESTE (média±DP)	P valor
OHIP-14 DOMÍNIOS			
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	5,92 (2,37)	3,10 (1,12)	< 0,001
DOR FÍSICA	5,72 (2,15)	2,74 (1,21)	< 0,001
DESCONFORTO PSICOLÓGICO	4,28 (1,93)	2,42 (1,09)	< 0,001
INCAPACIDADE PSICOLÓGICA	3,98 (1,80)	2,24 (0,72)	< 0,001
INCAPACIDADE FÍSICA	5,45 (2,25)	2,48 (1,05)	< 0,001
INCAPACIDADE SOCIAL	4,00 (1,91)	2,16 (0,65)	< 0,001
DESVANTAGEM	3,66 (1,78)	2,02 (1,14)	< 0,001
TOTAL	32,63 (12,89)	17,06 (4,19)	< 0,001
WHOQOL DOMÍNIOS			
FÍSICO	54,14 (12,63)	64,5 (13,89)	< 0,001
PSICOLÓGICO	62,33 (14,01)	75,5 (13,35)	< 0,001
SOCIAL	59,67 (12,86)	73,5 (17,79)	< 0,001
MEIO AMBIENTE	64,00 (8,50)	78,25 (12,04)	< 0,001
TOTAL	88,68 (10,64)	101,66 (11,86)	< 0,001

$p < 0.05$ - Teste ANOVA; DP=desvio padrão.

6 DISCUSSÃO

A localização e classificação do câncer manifestam forte impacto na qualidade de vida de pacientes acometidos por esta doença (BORGREVEN *et al.* 2007; GEDEN *et al.* 2010; ANDRADE, ANTUNES, DURAZZO 2006; GOIATO *et al.* 2009). Os resultados do presente estudo afirmam que os pacientes com tumores em região de cabeça e pescoço apresentaram pior QV e QVRS em todos os domínios do WHOQOL-bref e OHIP-14, comparados com indivíduos com câncer nas demais regiões do corpo. O câncer oral é o único que causa dor intensa no sítio primário e prejudica a fala, deglutição, mastigação e funções do sistema estomatognático (VIET E SCHMIDT 2012, LUO *et al.* 2016), interferindo nas dimensões da dor física, limitação funcional e deficiência física (BARRIOS *et al.* 2014), com impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Em concordância com os nossos achados, Barrios *et al.* (2015) demonstraram que pacientes com câncer oral e em orofaringe expressaram pior domínio físico em relação a qualidade de vida relacionada a saúde. O tratamento de neoplasias na cavidade oral interfere diretamente na alimentação, mastigação, deglutição, quantidade de saliva, fala, respiração, prejudica as relações interpessoais e gera um déficit funcional (BECKER *et al.* 2012; GOIATO *et al.* 2009; VIET E SCHMIDT 2012).

No trabalho de Pereira *et al.* (2015) pacientes com neoplasia manifestaram valores menores nos domínios físico, social e do ambiente de QV em geral quando comparados com o grupo controle sem câncer. O desconforto perante ao tratamento do câncer, e as consequências que são conhecidas, promovem mudanças na integridade física e emocional, perda de auto-estima e redução na qualidade de vida.

Sob outra perspectiva, na pesquisa de Pierre *et al.* (2014) o tipo de tratamento cirúrgico e o sítio do tumor primário não influenciou significativamente na pontuação QV global, nos valores médios para escalas funcionais, gerais ou para os sintomas em cabeça do pescoço. O estágio "T" foi o principal preditor de qualidade de vida nos estudos. Aspectos emocionais, dor, insônia, quantidade de saliva e a disseminação da neoplasia em relação a língua e assoalho oral quando correlacionados são fatores preditivos com maior impacto na qualidade de vida geral do indivíduo. Ao comparar os pacientes com câncer na cavidade oral e pacientes com câncer de orofaringe, não foram capazes de demonstrar diferenças significativas para os sintomas de cabeça e pescoço.

O INCA (INCA, 2015) divulgou a estimativa para 2016 de novos casos de câncer segundo os gêneros. Nas mulheres as neoplasias mais prevalentes serão por ordem decrescente mama e cólon e reto, corroborando com os resultados deste estudo em que no total de 43 mulheres avaliadas, 21 apresentaram câncer de mama e 4 apresentaram no cólon e reto.

Na amostra investigada, a prevalência de tumores na região de cabeça e pescoço foi maior no gênero masculino (86%), concordando com os estudos de Barrios *et al.* (2014) (63,2%) e Barrios *et al.* (2015) (64,1%). Esse resultado confirma as estimativas do INCA para 2016 (INCA, 2015), o câncer de cavidade oral nos homens será o 5º mais prevalente, enquanto entre as mulheres aparece como 12º mais prevalente. Pode-se justificar que os homens procuram menos o atendimento médico, deixando a doença progredir seu curso natural, levando a um diagnóstico mais tardio e com pior prognóstico. Por outro lado, as mulheres são mais vigilantes e cuidadosas com sua saúde e estão mais atentas a qualquer alteração manifestada (Ministério da Saúde, 2016).

Ao analisar a associação entre gênero e qualidade de vida dos pacientes oncológicos, observou-se que os homens apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios, estatisticamente significativa nos domínios psicológico e do ambiente, do questionário WHOQOL-*brief* (tabela 3). Em concordância, Andrade, Antunes e Durazzo (2006) constataram esse resultado ao entrevistar pacientes com câncer oral no hospital das clínicas de São Paulo, utilizando o questionário UW-QOL, versão 3.

Adicionalmente, houve diferença significativa entre a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRS) entre homens e mulheres, sendo que os homens apresentaram pior QVRS. Este evento pode ser afirmado, visto que a maior prevalência de casos de neoplasias em cabeça e pescoço ocorre no gênero masculino. Desta forma casos mais avançados e com pior prognóstico vão se manifestar em homens levando a impactos orais piores em relação ao ato de comer e falar, a dor, limitação funcional e física prevalentes no OHIP-14 (BARRIOS *et al.* 2014).

A relação entre qualidade de vida e renda familiar, no presente estudo, demonstrou que quanto maior a renda familiar, melhor a QV e a QVRS em todos os domínios do WHOQOL-*brief* e OHIP-14. Similarmente, Ashing-Giwa e Lim (2009) revelaram em seu estudo que todos os indicadores socioeconômicos interferem significativamente na saúde física e mental de pacientes com câncer de mama na

Califórnia - EUA. Os grupos com melhor nível socioeconômico expressam melhor qualidade de vida. BECKER et al. (2012) avaliou indivíduos que passaram por diferentes tipos de tratamento cirúrgico em neoplasias da cavidade oral (grupo 1 - sem ressecção óssea, grupo 2 - ressecção óssea de continuidade, grupo 3- ressecção óssea parcial). A dificuldade financeira, o convívio social, o estado de saúde global e qualidade de vida foram significativa entre os grupos 1 e 2.

A idade influenciou significativamente na percepção de qualidade de vida. Indivíduos mais idosos, entre 60 a 82 anos, exibiram no domínio ambiente do WHOQOL pior escore, evidenciando pior QV. Resultado semelhante ao de Andrade, Antunes e Durazzo (2006) que descreveram que homens mais velhos apresentaram classificações mais pobres para alguns domínios de qualidade de vida específicos. Isto pode ser vinculado ao fato de que, pessoas com mais idade buscam se recolher, vivendo mais sozinhas e se afastando do convívio social. Estando doentes, reforçam esse comportamento pois não desejam dar trabalho a parentes ou cuidadores tendo postura de desobediência e de insubordinação.

Outro fator com impacto na qualidade de vida foi o estado civil dos entrevistados. Indivíduos solteiros ou divorciados apresentaram pior percepção de qualidade de vida. Viver sozinho, ou passar pela separação são situações que interferem na qualidade de vida do indivíduo. Enfretar o câncer e o tratamento nestas condições amplificam ainda mais o impacto na qualidade de vida desta pessoas.

Já em relação a renda familiar, foi constatado que quanto maior a renda melhor a QVRS. Corroborando com esse achado, Pierre *et al.* (2014) narra que além de fatores psicológicos, o impacto dos fatores socioeconômicos antes, durante e depois do tratamento do câncer de cabeça e pescoço interferem consideravelmente sobre a qualidade de vida. Indivíduos com um nível econômico mais favorável, tem mais oportunidades de tratamento e acompanhamento, além de buscar novos procedimentos e ter acessos a medicamentos e tecnologias mais eficazes.

Como limitações da pesquisa, aponta-se o desenho transversal que não permite acompanhar a evolução do impacto do tratamento multidisciplinar na qualidade de vida. Os questionários que verificam a QVRS podem ser benéficos em termos de comparações de amostras definidas, mas a sua utilização não exclui a possibilidade de que os impactos orais observados podem ser devido a outras condições de morbidade, não apenas devido ao câncer oral ou seu tratamento (OLIVEIRA *et al.* 2014).

A obtenção da amostra neste estudo também foi uma limitação da pesquisa, tendo em vista que, os dois centros de tratamento não oferecem os mesmo serviços, evitando o pareamento da amostra.

Sugerem-se novos estudos com avaliação clínica odontológica como forma complementar aos resultados obtidos, e também pesquisas longitudinais para verificar a variação do impacto do tratamento antineoplásico nos pacientes com neoplasias em região de cabeça e pescoço.

Portanto, baseados nestes resultados, deve-se buscar avaliar a qualidade de vida de todo do paciente com câncer, minimizando as sequelas e transtornos do tratamento, além oferecer um tratamento cada vez mais personalizado percebendo que cada indivíduo é único; um ser biológico, psíquico, social e espiritual.

7 CONCLUSÃO

Dentro dos limites desse estudo, pode-se concluir que:

- Indivíduos com neoplasia em região de cabeça e pescoço demonstram pior qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde bucal comparados àqueles com neoplasias em demais regiões do corpo.
- A renda familiar é um fator de alto impacto na percepção de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
- O paciente oncológico do sexo masculino apresenta pior percepção de qualidade de vida, principalmente nos domínios psicológico e do ambiente, e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
- Estado civil e a faixa etária dos indivíduos são fatores importantes na percepção de qualidade de vida ao considerar o domínio social.

REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – www.abep.org

ANDRADE FP, ANTUNES JLF, DURAZZO MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. **Braz Oral Res**, v.20, n.4, p.290-296. 2006

ALMEIDA MAB, GUTIERREZ GL, MARQUES R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH/USP, p.142 2012, São Paulo.

ASHING-GIWA KT, LIM JW. Examining the impact of socioeconomic status and socioecologic stress on physical and mental health quality of life among breast cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**, v.36, n.1, p79-88, 2009.

BARRIOS R, BRAVO M, TSAKOS G, GARCÍA-MEDINA B, MARTÍNEZ - LARA I. Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer. **Support Care Cancer**, v.22, p.2927–2933. 2014

BARRIOS R, BRAVO M, GIL-MONTOYA JA, MARTÍNEZ-LARA I, GARCÍA-MEDINA B, TSAKOS G. Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.13, n.9, p. 1-8, 2015.

BECKER ST, MENZEBACH M, KÜCHLER T, HERTRAMPF K, WENZ HJ, WILTFANG J. Quality of life in oral cancer patients and Effects of mandible resection and socio-cultural aspects. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**v.40, p. 24-27, 2012.

BORGGREVEN PA, VERDONCK-DE LEEUW IM, HEILIGERS, MLCH, DE BREE R, LEEMANS CR, MULLER MJ, AARONSON NK. Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oro pharynx: pretreatment values of a prospective study. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v.264, p.651–657. 2007

BOTTOMLEY A, FLECHTNER H, EFFICACE F, VANVOORDEN V, COENS C, THERASSE P, VELIKOVA G, BLAZEYBY J, GREIMEL E. Health related quality of life outcomes in cancer clinical trials. **European Journal of Cancer**, V. 41, P. 1697–1709, 2005.

DIRIX P, NUYTS S, BOGAERT WVD. Radiation-Induced Xerostomia in Patients with Head and Neck Cancer. **Cancer**, v.107, p.2525–34, 2006.

EPSTEIN JB, THARIAT J, BENSADOUN RJ, BARASCH A, MURPHY BA, KOLNICK L, POPPLEWELL L, MAGHAMI E. Oral Complications of Cancer and Cancer Therapy From Cancer Treatment to Survivorship. **CA Cancer J Clin**, v.62, n.6, p.400-422, 2012.

GENDEN EM, FERLITO A, RINALDO A, SILVER CE, TAKES RP, SUAREZ C, RODRIGO JP, OWEN RP, HAIGENTZ JRM, STOECKLI, SJ, SHAHA AR, RAPIDIS AD. Contemporary management of cancer of the oral cavity. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v.267, p. 1001–1017, 2010.

GOIATO MC, HADDAD MF, SANTOS DM, PESQUEIRA AA, FILHO HG, PELLIZZER EP. Incidents Malignant Neoplasias Maxillofacial Area. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 20, n. 4, 2009.

Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v.1, p.55. 2016

HANCOCK PJ, EPSTEIN JB, SADLER GR. Oral and Dental Management Related to Radiation Therapy for Head and Neck Cancer. **J Can Dent Assoc**, v.69, n.9, p.585–90, 2003.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.** Disponível em: www.inca.gov.br/dncc. Acesso em 15 jan. 2016.

JOHN MT, KOESELL TD, HUJOEL P, MIGLIORETTI DL, LERESCHE L, MICHEELIS W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, p. 125-132, 2004.

KIM BG, KIM JH, KIM MI, HAN JJ, JUNG S, KOOK MS, PARK HJ, RYU SY; OH HK. Retrospective study on factors affecting the prognosis in oral cancer patients who underwent surgical treatment only. **Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery**, v.38, n.3, p.2-9, 2016.

LUO J, WU J, LV K, LI K, WU J, WEN Y, LI X, TANG H, JIANG A, WANG Z, WEN W, LEI W. Analysis of Postsurgical Health-Related Quality of Life and Quality of Voice of Patients With Laryngeal Carcinoma. **Medicine**, v.95, n. 1, 2016.

MARQUES, Cristina Tavares de Queiroz. **Câncer 360º orientações para uma vida melhor - pacientes, familiares, cuidadores.** - Recife: Carpe Diem Edições e Produções Ltda, 2013.

MINAYO MC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.5, v.1, p.7-18, 2000

NYQVIST J, FRANSSON P, LAURELL G, HAMMERLID E, KJELLÉN E, FRANZÉN L, SÖDERSTRÖM K, WICKART-JOHANSSON G, FRIESLAND S, SJÖDIN H, BRUN E, ASK A, NILSSON P, EKBERG L, BJÖRK-ERIKSSON T, NYMAN J, LÖDÉN B, LEWIN F, REIZENSTEIN J, LUNDIN E, ZACKRISSON B. Differences in health related quality of life in the randomised ARTSCAN study; accelerated vs. conventional radiotherapy for head and neck cancer. A five year follow up. **Radiother Oncol**, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2015.12.024>

OLIVEIRA BH, NADANOVSKY P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.307–14, 2005

OLIVEIRA IS, COSTA LCM, MANZONI ACT, CABRAL CMN. Assessment of the measurement properties of quality of life questionnaires in Brazilian women with breast cancer. **Braz J Phys Ther**, v.18, n.4, p.372-383, 2014

PEDROSO B, PILATTI LA, GUTIERREZ GL, PICININ CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.02, n. 01, p.31-36, 2010.

PEREIRA LJ, CAPUTO JB, CASTELO PM, ANDRADE EF, MARQUES LS, PAIVA SM, PEREIRA SM, PEREIRA CV. Oral physiology and quality of life in cancer patients. **Nutr Hosp**, v.31, n.5, p.2161-2166, 2015.

PIERRE CS, DASSONVILLE O, POISSONNET G, SANTINI J, BOZEC A, CHAMOREY E, ETTAICHE M, PEYRADE F, BENEZERY K, SUDAKA A. Long-term quality of life and its predictive factors after oncologic surgery and microvascular reconstruction in patients with oral or oropharyngeal cancer. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v.271, p.801–807. 2014

QUINTEN C, MARTINELLI F, COENS C, SPRANGERS MAG, RINGASH J, GOTAY C, BJORDAL K, GREIMEL E, REEVE BB, MARINGWA J, EDIEBAH DE, ZIKOS E, KING MT, OSOBA D, TAPHOORN MJ, FLECHTNER H, SCHMUCKER-VON KOCH J, WEIS J, BOTTOMLEY A. A Global Analysis of Multitrial Data Investigating Quality of Life and Symptoms as Prognostic Factors for Survival in Different Tumor Sites. **Cancer**, v.120, p.302-311, 2014

RIBEIRO JLP. Educação para a saúde. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**. n.16, v.1, p. 3-9. 2015.

SANDERS AE, SLADE GD, LIM S, REISINE ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community Dental Health**, v.37, n.2, p.171-181, 2009.

SHAH JP, GIL Z. Current concepts in management of oral cancer – surgery. **Oral Oncol**, v.45, n.0, p.394–401, 2009.

VAN DER WAAL, I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.1 n.18, p.33-7, 2013. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v18i1/medoralv18i1p33.pdf>. Acesso em 17 mar. 2015

VIET CT, SCHMIDT BL. Biologic mechanisms of oral cancer pain and implications for clinical therapy. **J Dent Res**, v.91, n.5, p. 447-453, 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Pesquisador: Maria das Graças Afonso Miranda Chaves

Área

Temática

a:

Versão:

3

CAAE: 44108115.0.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.150.340

Data da Relatoria: 27/08/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de

concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 15 de Julho de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi (Coordenador)



ANEXO 2 - TCLE

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**" Nesta pesquisa pretendemos busca-se avaliar o paciente em tratamento oncológico na região de cabeça e pescoço, em comparação com pacientes com cânceres em outras regiões do corpo, em relação a qualidade de vida e saúde utilizando questionários já validados para este fim. O motivo que nos leva a estudar este assunto é investigar diferentes desfechos relacionados à saúde e bem estar de pacientes em tratamento oncológico.

Para esta pesquisa iremos aplicar 8 (oito) questionários. Os mesmos foram selecionados após ter sido realizada uma revisão na literatura buscando escolher a melhor forma de obtenção dos dados através deste instrumento de avaliação. Também serão coletadas informações demográficas e socioeconômicas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos**, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. A pesquisa contribuirá para diagnosticar e interpretar como a doença e o tratamento do paciente oncológico interfere na qualidade de vida e de saúde deste indivíduo, visando orientar programas de atenção em saúde, aprimorar a abordagem de forma específica para o paciente oncológico e modificar e intensificar procedimentos que melhorem a qualidade de vida e saúde.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento da Faculdade de Odontologia - Campus Governador Valadares e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Rafael Almeida Rocha
Endereço: Rua Graça Aranha, 446-302 Esplanada
CEP: 35010-120 / Governador Valadares – MG
Fone: (33) 3021-5130/ 84067004
E-mail: rafuufjf@yahoo.com.br

ANEXO 3 - Questionário Dados Sociodemográfico

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome: _____

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Idade:

[0] 18-28 anos

[1] 28-38 anos

[2] 38-48 anos

[3] 48-58 anos

[4] 58-68 anos

[5] 68-78 anos

[6] acima de 78 anos

Estado Civil:

[1] casado

[2] viúvo

[3] solteiro

[4] separado/divorciado

[5] mora junto/amigado

Renda mensal aproximada: _____

Com quem mora: _____

Faz tratamento a quanto tempo: _____

Qual o local do seu câncer: _____

ANEXO 4 - Organização Mundial de Saúde - Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português)

Instruções:

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

1(G1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2(G4) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

3(F1.4) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4(F11.3) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5(F4.1) O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6(F24.2) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7(F5.3) O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8(F16.1) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9(F22.1) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

10(F2.1) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11(F7.1) Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12(F18.1) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13(F20.1) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14(F21.1) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

15(F9.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16(F3.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17(F10.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18(F12.4) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19(F6.3) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20(F13.3) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21(F15.3) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22(F14.4) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23(F17.3) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24(F19.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25(F23.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

26(F8.1) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 5 - Impacto Pessoal em Saúde Bucal (OHIP-14)

Percepção e sentimentos dos indivíduos a respeito da sua própria saúde bucal.

Por favor responda as questões que se apresentam abaixo, pensando na frequência com que sentiu cada um destes aspectos no último ano (últimos 12 meses).

	Situações	Nunca	Quase nunca	Ocasional mente	Bastantes vezes	Frequentemente
1	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
2	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
3	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?					
4	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
5	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
	Situações	Nunca	Quase nunca	Ocasional mente	Bastantes vezes	Frequentemente
6	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
8	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
9	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
11	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
12	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
13	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
14	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 6 – ONCOLESTE



A **ONCOLESTE** é uma clínica especializada no tratamento e prevenção do câncer em adultos. Dispõe de estrutura física adequada às especificações da Agência Nacional de Saúde, com uma equipe multidisciplinar especializada e altamente capacitada. Disponibilizam serviços médicos, enfermagem, farmácia, nutrição e psico-oncologia.

Somos um centro de serviços que é referência no tratamento do câncer no Leste de Minas. Estamos em Valadares, bem perto da Açucareira. Temos uma equipe composta por médicos experientes e atualizados, além de nutricionista, psicóloga, farmacêutico e enfermeiros. E no currículo destes profissionais há outro ponto forte: o carinho.

Missão:

Proporcionar ao paciente o tratamento de forma humanizada na busca pela preservação da saúde, através do conhecimento médico-científico e de outros saberes interdisciplinares, com atendimento cordial e amável aos familiares e cuidadores.

Visão:

Ser reconhecida como centro de referência regional na excelência em prevenção e tratamento do câncer, pelo uso de terapias avançadas que permitam o maior índice de cura de nossos pacientes.

<http://www.oncoleste.com.br/index.html>

ANEXO 7 – Núcleo de Especialistas em Oncologia



O **NEO** – Núcleo de Especialistas em Oncologia estabeleceu parceria com o Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares, edificou uma área de pouco mais de 1.250 metros quadrados para atendimento e tratamento ambulatorial na especialidade de Oncologia. A parceria com o Hospital Bom Samaritano possibilitou a formação de um complexo hospitalar necessário para o credenciamento junto ao SUS como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia com serviço de Radioterapia.

É um dos mais importantes centros de tratamento do câncer na região Leste de Minas Gerais, localizado em Governador Valadares – MG. Agregado ao complexo do Hospital Bom Samaritano, conta com equipe técnica multiprofissional qualificada, além de instalações modernas e adequadas para um atendimento seguro, humano e eficaz. Credenciado junto ao SUS como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), o Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares e a **NEO** disponibilizam aos pacientes de toda região tratamento integral e multidisciplinar. Entre os serviços prestados estão: consultas, cirurgias oncológicas, internações clínicas, cuidados paliativos, exames complementares para diagnóstico e prevenção do câncer, tratamentos quimioterápicos, imunoterápicos, hormonais, com drogas-alvo, terapias monoclonais e tratamentos radioterápicos.

No complexo hospitalar são oferecidos os serviços de cirurgias oncológicas, internações clínicas, cuidados paliativos, exames complementares para diagnóstico e prevenção do câncer, tratamentos quimioterápicos e radioterápicos. Desta forma, os pacientes oncológicos terão todo o apoio necessário para realizar tratamento integral e multidisciplinar, evitando-se a peregrinação entre hospitais e até mesmo entre municípios.

O compromisso com a qualidade tem início na escolha do nosso corpo clínico, que conta com profissionais em diversas especialidades e formação nos maiores centros de tratamento de câncer do país.

<http://neosaude.com/index.php>