

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCELA VIEIRA CALMON

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM OS PROBLEMAS BUCAIS EM
MULHERES ANTES E DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO
CÂNCER DE MAMA**

**VITÓRIA
2013**

MARCELA VIEIRA CALMON

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM OS PROBLEMAS BUCAIS EM
MULHERES ANTES E DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.
Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Coorientadora: Prof^a Dra. Eliana Zandonade

**VITÓRIA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C164q Calmon, Marcela Vieira, 1982-
Qualidade de vida relacionada com os problemas bucais em
mulheres antes e durante o tratamento quimioterápico do câncer
de mama / Marcela Vieira Calmon. – 2013.
112 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.
Coorientadora: Eliana Zandonade.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde bucal. 2. Qualidade de vida. 3. Mamas - Câncer. 4.
Epidemiologia. I. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II.
Zandonade, Eliana. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM OS PROBLEMAS
BUCAIS EM MULHERES ANTES E DURANTE O TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA**

MARCELA VIEIRA CALMON

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Avaliada em 21 de março de 2013

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto – Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade – Coorientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Gabriela Haye Biazevic – 1^a Examinadora
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Tânia Regina Grão Velloso – Examinadora Suplente
Universidade Federal do Espírito Santo

**VITÓRIA
2013**

Dedico esta dissertação à minha família por ter me ensinado a não desistir dos meus sonhos e a buscar, antes de títulos, ser uma pessoa melhor e amar os que me rodeiam.

Ao Eduardo, por ter permanecido ao meu lado, incentivando-me a percorrer este caminho, por compartilhar angústias e dúvidas, estendendo sua mão em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, por me dar força para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades.

À minha amiga e orientadora, Maria Helena Miotto, por me mostrar o caminho da ciência, fazer parte da minha vida nos momentos bons e ruins, por ser exemplo de profissional e de mulher que sempre fará parte da minha vida.

Aos meus avós – Edina e Mário, meus pais – Maria Dilza, Durval e Nete, minhas irmãs – Memê, Mírya, Márcia e Leni, meus afilhados – Matheus, Marianna, Ravi e Letícia, enfim, toda a família pelo carinho, paciência, incentivo, compreensão nos momentos de ausência...vocês são o melhor que a vida me trouxe.

A Eduardo, Pami, Edite e Evie por me acolherem com tanto amor em sua casa, dando o carinho que precisava receber nos momentos difíceis. É muito bom fazer parte dessa família... Amo vocês.

Às minhas amigas de pesquisa Maria Aparecida e Larissa que participaram diretamente deste trabalho e me ajudaram em todos os momentos.

Aos meus colegas do Grupo de Estudo em Câncer, Sérgio, Juliana, Kátia... e a todos os colegas e professores do mestrado pelo convívio e aprendizado.

À professora Maria Helena Costa Amorim por ter despertado em mim o desejo de fazer o mestrado e por ter me apresentado o programa mais humano, sensível e edificante do qual já fiz parte, o Premma.

À professora Eliana Zandonade pelos conselhos, sugestões, orientações e carinho em todos os momentos. Você foi decisiva para minha chegada até aqui!

*A todos os amigos da Faculdade Pitágoras de Linhares, em especial, Zé Claudio, Dany e Deyse pelo incentivo incondicional. Sem isso não seria possível!
Aos colaboradores do Hospital Santa Rita de Cássia pelo carinho e apoio.*

Em especial, a todas as mulheres que fizeram parte deste estudo. Conviver com vocês tornou-me não uma pesquisadora, mas uma mulher mais forte, guerreira, assim como vocês são! Obrigada por compartilhar comigo esse momento tão delicado... Vocês serão um exemplo para sempre em minha vida!

Depois de algum tempo, você aprende...

A construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.

E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.

Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve e o que você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou.

Que todos querem viver no topo da montanha, mas toda felicidade e crescimento ocorre quando você está escalando-a.

Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.

E você aprende que realmente pode suportar, que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!

William Shakespeare

RESUMO

Objetivos: Avaliar os impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida; examinar a associação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e odontológicas; e avaliar o impacto das manifestações bucais na qualidade de vida em mulheres antes e durante o tratamento quimioterápico do câncer de mama.

Metodologia: A pesquisa realizou-se com mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), de janeiro de 2012 a janeiro de 2013. Foram desenvolvidos dois estudos: o primeiro observacional transversal e o segundo longitudinal. As mulheres foram estudadas em três momentos: antes de qualquer intervenção relacionada ao tratamento; após a realização da primeira sessão de quimioterapia; depois da segunda sessão de quimioterapia. Para o artigo um, foram selecionadas todas as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no HSRC, no período de janeiro a dezembro de 2012; para o artigo dois, a amostra foi calculada utilizando-se o programa Bioestat 5.0 e o método de McNemar. Os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Utilizaram-se dois roteiros na forma de entrevista, incluindo o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* (OHIP). No primeiro artigo, foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando-se os testes qui-quadrado ou o exato de Fisher. Calculou-se o *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% e aplicou-se o método de Mantel-Haenzsel. No segundo artigo, realizou-se análise descritiva dos dados para cada dimensão do OHIP, aplicou-se o teste de McNemar e o teste *Kappa*. Adotaram-se níveis de significância menores que 5% no estudo. **Resultados:** Foram estudadas 89 mulheres. O percentual de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida foi de 28,1% e esteve associado à menor renda e utilização de serviços odontológicos por urgência. No artigo dois, foram estudadas 41 mulheres. Houve um aumento no percentual de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres investigadas do primeiro para o segundo momento da pesquisa, e o impacto foi significativo nas dimensões limitação funcional, dor física e incapacidade física, interferindo em condições essenciais das mulheres. **Conclusão:** As mulheres em terapia antineoplásica já possuem um alto impacto antes do início do tratamento e essa condição é agravada após o tratamento quimioterápico. É extremamente

importante a integração do cirurgião-dentista com a equipe de oncologia no cuidado do paciente em todos os estágios da doença. Esses pacientes requerem cuidados bucais específicos, necessitando de acompanhamento antes, durante e após o tratamento oncológico, na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da quimioterapia, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde bucal. Qualidade de vida. Perfil de impacto da doença. Neoplasias da mama.

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence of impacts produced by oral problems on quality of life and its possible association with sociodemographic variables, need for dental prosthesis, dental service utilization and clinical staging, and assess the impact of oral manifestations on quality of life in women before and during chemotherapy for breast cancer. **Methodology:** The survey was conducted in women with a histopathologic diagnosis of breast cancer at the Hospital Santa Rita de Cassia (HSRC), from January 2012 to January 2013. There were two studies: the first was observational cross and the second was longitudinal, the women were studied on three occasions. To order one, we selected all women with histological diagnosis of breast cancer treated at the HSRC between January and December 2012. To order two, the sample was calculated using the BioStat 5.0 and using the McNemar test. Data were organized using Microsoft Office Excel 2007 for Windows and analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. For objective one, performed descriptive analysis of data by means of frequency tables with numbers and percentages for each of the items of the survey instrument. It was used qui-quadrado square or Fisher exact test. Was calculated odds ratio (OR) with a confidence interval of 95%, and used the method of Mantel-Haenzsel. For objective two, was performed descriptive analysis of data by means of frequency tables with numbers and percentages for each dimension OHIP in three stages of the research. It was applied the McNemar test, and the Kappa test. Adopted were significance levels below 5%. **Results:** Were studied 89 women who fulfilled the criteria for inclusion during the study period. The prevalence of impact of oral health on quality of life was 28.1% and was associated with lower income and utilization of dental services by urgency. For the second objective, were studied 41 women. There was an increase in the percentage impact of oral manifestations on quality of life of women surveyed from the first to the second stage of the research. The impact is significant on the dimensions functional limitation, physical pain and physical disability, interfering with essential conditions of women, such as speech and feeding. **Conclusion:** The antineoplastic therapy in women already have a high impact before the treatment and this condition is aggravated after chemotherapy. It is extremely important the integration of the dentist with the oncology team in patient care at all stages of the disease. These patients requiring oral care specific, need of

monitoring before, during and after treatment cancer in an attempt to minimize the deleterious effects of chemotherapy, thus improving its quality of life.

Keywords: Oral health. Quality of life. Sickness impact profile. Breast neoplasms.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 em mulheres, exceto pele não melanoma, Brasil	23
Quadro 2 – Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres e de número de casos novos por câncer, no Espírito Santo e em Vitória	24
Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes do estudo	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, por 100 mil mulheres, 2008, no mundo	27
Figura 2 – Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes de câncer, por 100.000 mulheres, entre 2000 e 2010, Brasil	28
Figura 3 – Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, entre 2000 e 2010, no Espírito Santo e no Brasil	28
Figura 4 – Fluxograma das mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HSRC, em Vitória/ES, 2012	43

LISTA DE TABELAS (ARTIGOS)

ARTIGO 1

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012	59
Tabela 2 – Informações gerais de saúde de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012	60
Tabela 3 – Frequência do impacto, por dimensão, segundo a renda de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012	61
Tabela 4 – Frequência do impacto, por dimensão, segundo motivo da visita ao profissional de saúde bucal nos últimos 12 meses, por mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012	62

ARTIGO 2

Tabela 1 – Características sociodemográficas e das manifestações bucais das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, Vitória/ES, 2012-2013	79
Tabela 2 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama nos três momentos da pesquisa, Vitória/ES, 2012-2013 ..	80
Tabela 3 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama entre o 1º e 2º momentos da pesquisa, Vitória/ES, 2012-2013	80
Tabela 4 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre o 2º e 3º momentos da pesquisa, Vitória/ES, 2012-2013	81
Tabela 5 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre o 1º e 3º momentos da pesquisa, Vitória/ES, 2012-2013	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *Odds ratio*

PNSB – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

PREMMA – Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas

SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Câncer	22
2.1.1	Câncer de mama	25
2.1.2	Tratamentos	29
2.1.3	Manifestações bucais	30
2.2	Promoção da saúde e qualidade de vida	33
2.3	Indicadores de saúde bucal	35
2.3.1	<i>Oral Health Impact Profile</i> – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP)	36
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivos do Artigo 1	39
3.2	Objetivo do Artigo 2	39
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de estudo e delineamento da pesquisa	41
4.2	Local do estudo	41
4.3	População – universo	42
4.4	Amostra	42
4.5	Critérios de inclusão	43
4.6	Critérios de exclusão	43
4.7	Coleta de dados	44
4.8	Variável dependente	45
4.9	Variáveis independentes	45
4.9.1	Faixa etária	46
4.9.2	Estado civil	46
4.9.3	Raça/cor da pele	46
4.9.4	Grau de instrução	47
4.9.5	Condição socioeconômica	47
4.9.6	Renda	47
4.9.7	Utilização de serviços odontológicos	48
4.9.8	Necessidade de prótese	48
4.9.9	Município de residência	48
4.9.10	Estadiamento clínico	48
4.10	Tratamento estatístico dos dados	49
4.11	Considerações éticas	50
5	RESULTADOS	51
5.1	Proposta do Artigo 1	52
5.1.1	Resumo	52
5.1.2	Introdução	53
5.1.3	Metodologia	56
5.1.4	Resultados	58
5.1.5	Discussão	63
5.1.6	Conclusão	67
5.1.7	Referências	68
5.2	Proposta do Artigo 2	72
5.2.1	Resumo	72

	5.2.2 Introdução	73
	5.2.3 Metodologia	75
	5.2.4 Resultados	78
	5.2.5 Discussão	83
	5.2.6 Conclusão	87
	5.2.7 Referências	88
6	CONCLUSÃO DO ESTUDO	91
	REFERÊNCIAS DO ESTUDO	93
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	102
	APÊNDICE B – Roteiro para registro das informações das participantes (1º momento)	103
	APÊNDICE C – Roteiro para registro das informações das participantes (2º e 3º momentos)	107
	ANEXOS	109
	ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP 14)	110
	ANEXO B – Aprovação no CEP/UFES	111
	ANEXO C – Aprovação no HSRC	112

No Brasil, há um processo de envelhecimento da população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas (MENDES, 2011). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT et al., 2011). Dentre essas, o câncer tem se destacado como um evidente problema para a saúde pública mundial nas últimas décadas.

O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma. São esperados, no Brasil, 52.680 novos casos de câncer de mama e, para o Espírito Santo, 900 novos casos, em 2012 e 2013 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

O tratamento consiste em destruir ou inibir a proliferação excessiva de células neoplásicas, podendo incluir cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia age em todos os tecidos e pode provocar vários efeitos colaterais no organismo (PAIVA et al., 2010). Muitos desses efeitos são visíveis na cavidade bucal e, conhecendo-os, ações simples podem ser feitas na tentativa de impedir sua progressão ou até mesmo evitá-los, melhorando assim a condição bucal das pacientes.

Devido à alta incidência da doença, essas pacientes constituem uma categoria especial, necessitando de acompanhamento por uma equipe multiprofissional de forma a prepará-las para o tratamento antineoplásico. Isso reforça a ideia de que a Odontologia, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação dessas pacientes, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social.

A mudança do paradigma médico tem feito os pesquisadores desenvolverem novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico, e às suas interpretações de saúde e doença (LOCKER, 1997).

Os aspectos associados à qualidade de vida só podem ser avaliados pelo próprio paciente, refletindo seu julgamento acerca do que afeta o seu bem-estar (ARISAWA

et al., 2005). Usualmente, os dados coletados nas pesquisas e inquéritos populacionais incluem apenas sinais clínicos e objetivos identificados profissionalmente (ARAÚJO, 2007), contudo não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui em sua qualidade de vida (BIAZEVIC, 2001).

Objetivando complementar esses indicadores, Slade e Spencer (1994) desenvolveram e testaram o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) para avaliar o impacto social da doença bucal.

O OHIP apresenta sete dimensões conceituais: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência, que estão organizadas de forma hierárquica de impacto crescente na vida do indivíduo e, coletivamente, indicam o “impacto social” da doença.

Desenvolvido originalmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, ao longo do tempo, foi traduzido em diversos idiomas (SANDERS et al., 2009), inclusive traduzido transculturalmente e validado para o idioma português do Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas (SANDERS et al., 2009).

Diante do exposto, conhecer o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do câncer de mama poderá auxiliar na criação de ações que incluam a Odontologia como uma das especialidades imprescindíveis para promoção da saúde dessa população.

2.1 Câncer

Acompanhando tendência mundial, nota-se, no Brasil, processo de transição que tem produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). As situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes desse aumento são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2011).

Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como principal fator o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Ainda segundo Mendes (2011), em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos.

Dentre essas condições, o câncer converteu-se em um evidente problema de saúde pública mundial nas últimas décadas. Dados publicados pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer estimaram, para 2008, cerca de 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes por câncer. Destes, 56% dos novos casos de câncer e 63% das mortes por câncer ocorrem nas regiões menos desenvolvidas do mundo (FERLAY et al., 2010; JEMAL et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com a doença. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2011), em países com grande volume de recursos financeiros, predominam os cânceres de pulmão, mama,

próstata e cólon. Em países de baixo e médio recursos, os cânceres predominantes são os de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. Contudo, esse padrão está mudando rapidamente, e tem-se observado um aumento progressivo nos cânceres de pulmão, mama e cólon e reto, os quais, historicamente, não apresentavam essa importância e magnitude.

Essas diferenças nos padrões de incidência e mortalidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento vão refletir as disparidades na prevalência e distribuição dos principais fatores de risco, práticas de detecção e/ou a disponibilidade e utilização de serviços de tratamento (JEMAL et al., 2011).

Os cânceres mais comumente diagnosticados em todo o mundo são de pulmão (12,7% do total), mama (10,9%) e câncer colorretal (9,7%) (FERLAY et al., 2010). No Brasil, as estimativas para o ano de 2012, válidas também para o ano de 2013, apontam a ocorrência de aproximadamente 520.000 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando, assim, a magnitude do problema do câncer no País. Excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, os tipos mais incidentes para o sexo masculino serão próstata, pulmão, cólon e reto e estômago. Para o sexo feminino, os tipos mais incidentes serão mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (Quadro 1) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Quadro 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 em mulheres, exceto pele não melanoma, Brasil

	Localização primária	Casos novos	Percentual
 <p data-bbox="300 450 408 477">Mulheres</p>	Mama Feminina	52.680	27,9%
	Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	15.960	8,4%
	Glândula Tireoide	10.590	5,6%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Estômago	7.420	3,9%
	Ovário	6.190	3,3%
	Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

Quando analisada a representação espacial segundo a Unidade da Federação, as Regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas de câncer, enquanto as Regiões Norte e Nordeste, as menores. As taxas da Região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

No Espírito Santo, a taxa bruta estimada do câncer em mulheres é de 293,56 casos novos para cada 100 mil (Quadro 2).

Quadro 2 – Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres e de número de casos novos por câncer, no Espírito Santo e em Vitória

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos Mulheres			
	Estados		Capitais	
Neoplasia Maligna	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	900	49,42	130	71,28
Colo do Útero	340	18,65	40	20,30
Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	8,96	20	11,85
Cólon e Reto	310	16,84	60	33,46
Estômago	160	8,96	20	13,11
Cavidade Oral	120	6,79	20	10,36
Laringe	-	-	-	-
Bexiga	50	2,86	**	6,36
Esôfago	80	4,33	**	3,61
Ovário	110	5,92	20	9,49
Linfoma não Hodgkin	90	4,89	**	8,01
Glândula Tireóide	290	16,03	30	14,76
Sistema Nervoso Central	90	5,05	**	5,79
Leucemias	70	3,81	**	4,03
Corpo do Útero	50	2,88	**	4,22
Pele Melanoma	80	4,35	**	6,00
Outras Localizações	750	41,35	90	49,08
Subtotal	3.650	201,03	500	282,54
Pele não Melanoma	1.680	92,78	180	102,98
Todas as Neoplasias	5.330	293,56	680	384,26

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

** Menor que 15 casos.

2.1.1 Câncer de mama

O câncer de mama é o câncer mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo. É responsável por 23% (1,38 milhões) do total de novos casos e 14% (458.400) do total de mortes por câncer em 2008 (JEMAL et al., 2011).

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (2011) para 2012 e 2013, são esperados, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer de mama. Também é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil). No Espírito Santo, a taxa bruta estimada do câncer da mama é de 49,42 casos novos para cada 100 mil mulheres, e são esperados 900 novos casos para os anos de 2012 e 2013.

O câncer de mama é, provavelmente, o tipo mais temido entre as mulheres, sobretudo pelo impacto psicológico que provoca, uma vez que envolve negativamente a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, mais do que se observa em qualquer outro tipo de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

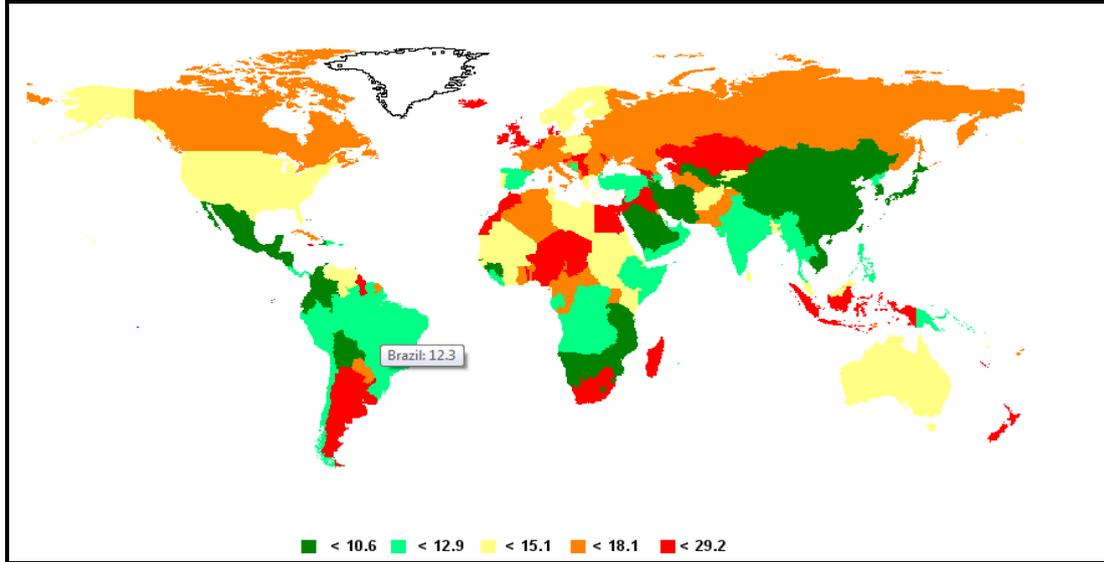
A etiologia do câncer de mama é multifatorial, porém idade e fatores relacionados com a vida reprodutiva da mulher continuam sendo os mais importantes para o desenvolvimento desse tipo de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012b). As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Outros fatores de risco são conhecidos, como: história familiar; câncer prévio da mama; fatores hormonais; doença mamária benigna; exposição prévia a radiação ionizante; suscetibilidade genética e dieta rica em gorduras (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

A detecção precoce associada ao tratamento adequado é atualmente a estratégia mais eficaz para reduzir a mortalidade por câncer de mama. No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para o controle do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

Em mulheres, como foi dito, é a causa de morte por câncer mais frequente, tanto nas regiões em desenvolvimento como nas mais desenvolvidas. No Brasil a taxa de mortalidade é de 12,3 para cada 100 mil mulheres (Figura 1).

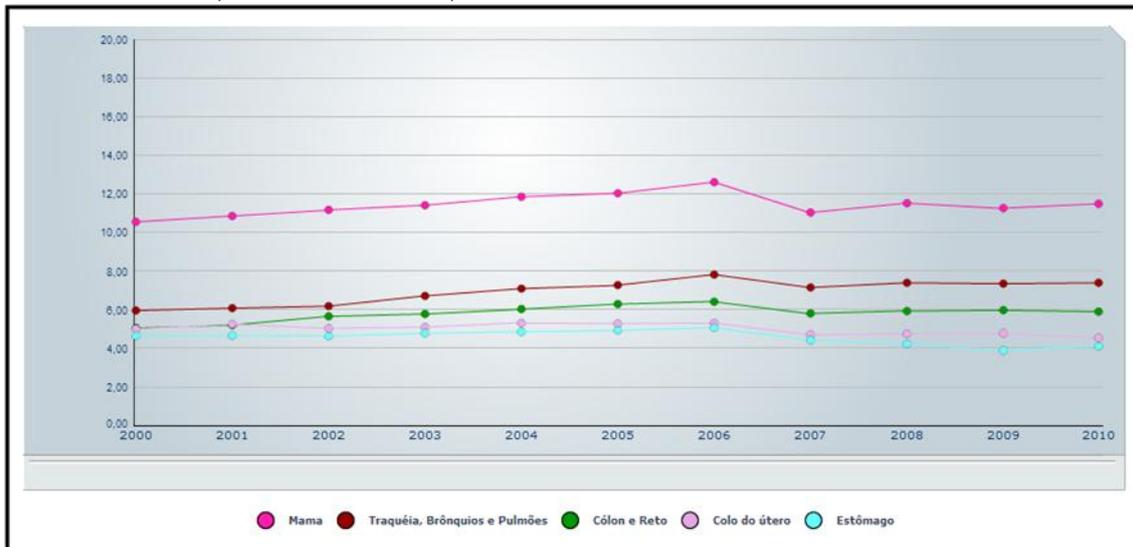
Figura 1 – Taxas de mortalidade por câncer de mama, por 100 mil mulheres, 2008, no mundo



Fonte: International Agency for Research on Cancer, 2008.

Quando comparadas as taxas de mortalidade dos cinco tipos de cânceres mais incidentes em mulheres no Brasil, o câncer de mama também apresenta-se como o mais frequente, seguido por câncer de traqueia, brônquios e pulmões e câncer de cólon e reto (Figura 2).

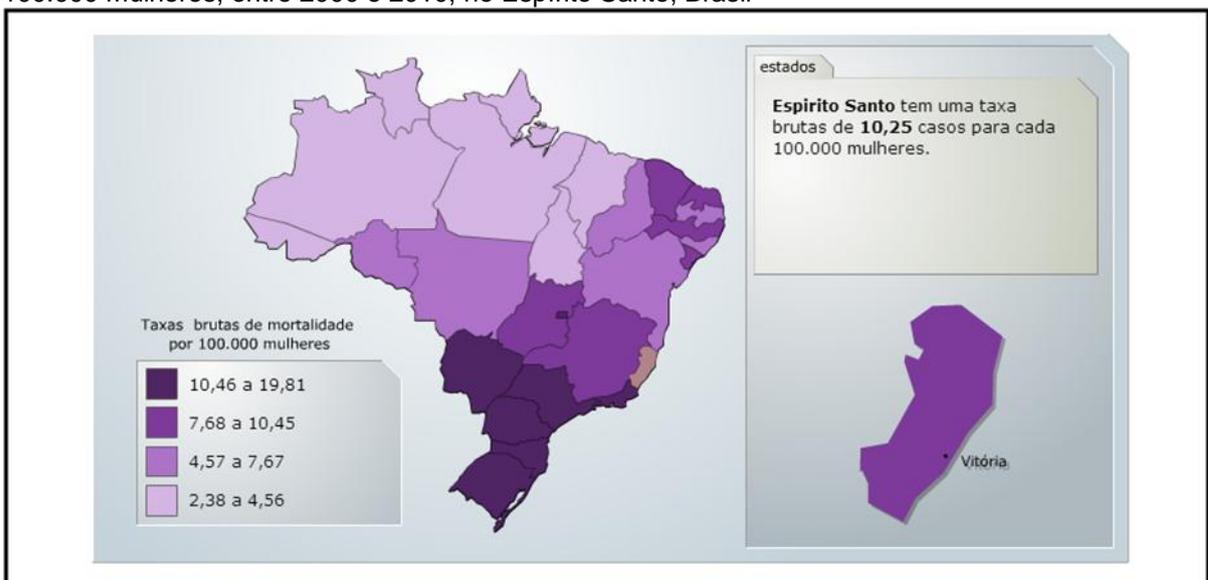
Figura 2 – Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes de câncer, por 100.000 mulheres, entre 2000 e 2010, Brasil



Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2010.

Analisando-se as taxas de mortalidade por câncer de mama nas Unidades da Federação, o Espírito Santo apresenta uma taxa bruta de 10,25 casos para cada 100 mil mulheres (Figura 3).

Figura 3 – Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, entre 2000 e 2010, no Espírito Santo, Brasil



Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2010.

2.1.2 Tratamentos

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar, visando ao tratamento integral da paciente. Existem três formas principais de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Essas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012a).

O tratamento primário é a mastectomia, intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada da mama, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais (SILVA, 2008).

A radioterapia é o método de tratamento que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012a). A cirurgia e a radioterapia são opções de tratamento local e regional.

A quimioterapia atua de forma sistêmica e consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. A finalidade da quimioterapia depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente. Pode ser classificada em: curativa, paliativa, potencializadora, adjuvante e neoadjuvante (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008). As duas últimas são as mais comumente utilizadas no tratamento do câncer da mama.

A quimioterapia adjuvante é utilizada como mecanismo complementar ao tratamento principal, que pode ser a cirurgia ou radioterapia, quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável por exame físico e exames complementares. A quimioterapia neoadjuvante é utilizada antes do tratamento principal, indicada para redução de tumores loco e regionalmente avançados, com a finalidade de tornar os tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico do paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012a).

A maioria dos quimioterápicos atua em todos os tecidos, não diferenciando as células neoplásicas das células normais, provocando com isso vários efeitos colaterais no organismo (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; PAIVA et al., 2010), ainda assim, a quimioterapia é possível, uma vez que os tecidos normais se recuperam totalmente antes das células neoplásicas.

Os principais efeitos colaterais, segundo o tempo de início e a duração, são: náusea e vômito, febre, fadiga e alopecia (queda de cabelo) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008). Além desses, 40% dos pacientes desenvolverão complicações bucais em decorrência do tratamento quimioterápico (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; HERRSTEDT, 2000).

2.1.3 Manifestações bucais

As complicações orais decorrentes de terapias contra o câncer são, geralmente, subnotificadas, menosprezadas e subtratadas. Avanços recentes no tratamento do câncer conduziram a alterações na incidência, natureza e gravidade das complicações orais (EPSTEIN et al., 2012). Contudo, essas alterações podem levar a complicações sistêmicas importantes, podendo aumentar o tempo de internação hospitalar, os custos do tratamento e afetar diretamente a qualidade de vida dos pacientes (HESPANHOL et al., 2010).

De acordo com Sanches Júnior et al. (2010), uma vez que as células do epitélio oral tem alto índice mitótico, apresentando renovação a cada sete a 14 dias, tornam-se susceptíveis aos efeitos tóxicos das drogas quimioterápicas. As complicações orais do câncer se encontram entre as mais devastadoras em curto e longo prazo, por afetarem as atividades humanas mais básicas, como alimentar-se e comunicar-se (ARISAWA et al., 2005).

Dentre as manifestações bucais associadas ao tratamento quimioterápico do câncer, as mais esperadas são a mucosite (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; CHUNG; SUNG, 2006; VOLPATO et al., 2007; SANCHES JÚNIOR et al., 2010; HESPANHOL et al., 2010; PAIVA et al., 2010; EPSTEIN et al., 2012), xerostomia (ARISAWA et al., 2005;

CHUNG; SUNG, 2006; COSTA et al., 2007; HESPANHOL et al., 2010; PAIVA et al., 2010; EPSTEIN et al., 2012), infecção (PAIVA et al., 2010; LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012; EPSTEIN et al., 2012) e doenças periodontais (CHUNG; SUNG, 2006).

A mucosite oral é a manifestação bucal mais comumente encontrada em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; SANCHES JÚNIOR et al., 2010; HESPANHOL et al., 2010; BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2010; LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012). Sua manifestação inicial é o eritema, seguido do desenvolvimento de placas brancas descamativas, que são dolorosas ao contato. Crostas epiteliais e exsudato fibrinoso levam à formação de uma pseudomembrana e ulceração, representando a forma mais pronunciada da mucosite (VOLPATO et al., 2007).

Tais alterações são mais comuns na mucosa não queratinizada e surgem cerca de cinco a sete dias após o início do uso da droga, com sintomatologia dolorosa (SONIS; FAZIO; FANG, 1996). Ocorre resolução das lesões após a parada do tratamento, geralmente, em três a quatro semanas (VOLPATO et al., 2007).

A xerostomia também tem sido relatada como uma complicação comumente associada à terapia do câncer (COSTA et al., 2007; HESPANHOL et al., 2010; BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2010; LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012). Caracteriza-se pela secura da boca e espessamento do fluxo salivar. Associado a esse sintoma, pode ser relatada ainda ardência na mucosa bucal, ressecamento dos lábios, comissuras lábias, entre outros sintomas (PAIVA et al., 2010).

A xerostomia também pode levar à diminuição e à perda temporária do paladar, em decorrência de alteração das papilas gustativas, da quantidade e qualidade da saliva e da microflora oral (LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012). Observa-se ainda que as manifestações bucais de mucosite e/ou xerostomia podem apresentar, como efeito colateral secundário, uma dificuldade na alimentação desses pacientes.

A diminuição da saliva aumenta o risco de desmineralização dental e cárie e também o risco de outras infecções orais (EPSTEIN et al., 2012). Dentre os tipos de infecções mais comuns nesses pacientes, a infecção fúngica principal é causada

pela *Candida albicans*, denominada candidíase. Ela é representada por placas brancas, removíveis, na mucosa bucal, língua e palato (LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012). Estudos realizados demonstram uma alta incidência dessa manifestação entre os pacientes oncológicos em quimioterapia (HESPANHOL et al., 2010; EPSTEIN et al., 2012).

A herpes labial é a principal infecção viral nos pacientes em quimioterapia. É comum sua manifestação nos lábios, como bolhas, evoluindo para ulcerações até formar crostas (LOPES; NOGUEIRA; LOPES, 2012).

Segundo Sonis, Fazio e Fang (1996), a frequência com que os pacientes submetidos à quimioterapia apresentam problemas bucais é afetada por diversas variáveis, que podem ser divididas em variáveis relacionadas com o paciente e aquelas relacionadas com a terapia. Os fatores associados ao paciente incluem idade, diagnóstico e o estado de sua boca antes e durante a terapia. As variáveis que dizem respeito à terapia incluem o tipo de droga, a dose e a frequência do tratamento, além do uso de terapia concomitante.

As medidas preventivas são essenciais para minimizar os efeitos adversos em longo prazo na cavidade bucal. Fatores de risco, como a precária condição bucal, disfunção salivar, risco microbiano e risco dietético, devem ser identificados e abordados antes de iniciar a terapia antineoplásica (EPSTEIN et al., 2012).

Portanto a correta compreensão desses sinais e sua correlação com sintomas e drogas utilizadas nos tratamentos oncológicos tornam esses tipos de manifestações mais previsíveis, o que facilita a prevenção e o tratamento dessas condições, oferecendo uma melhor qualidade de vida às pacientes (ARISAWA et al., 2005; HESPANHOL et al., 2010).

2.2 Promoção da saúde e qualidade de vida

Um amplo comportamento social veio para substituir o paradigma médico que valoriza doença e não saúde, e contemplou um novo modelo, o socioambiental, que valoriza a saúde e nos compromete a desenvolver novas maneiras para medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas de cada indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença (LOCKER, 1997).

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários (CARVALHO, 2004). A promoção da saúde aparece como eixo determinante no novo modo de pensar saúde.

O conceito de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, e o início do seu fortalecimento acontece a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. Na carta produzida nessa conferência, a promoção da saúde foi entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Carvalho (2004), a promoção da saúde envolve escolha e, como tal, não se coloca na esfera do conhecimento científico, mas na esfera dos valores, vinculando-se a processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável.

O objetivo final da promoção da saúde é a qualidade de vida da população. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), 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.

O Centro de Promoção da Saúde da Universidade de Toronto (GLOBAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTER, 2002) elaborou a seguinte definição:

"Qualidade de vida diz respeito ao grau no qual a pessoa desfruta as possibilidades da vida". Simplificando: "Quão boa é sua vida para você?".

Muitas são as definições de qualidade de vida, contudo o conceito só tem significado no nível pessoal. Vê-se que questões muito particulares estão relacionadas com o termo qualidade, já que a designação dessa palavra está também vinculada às percepções subjetivas (MOREIRA, 2006).

É importante ressaltar que a busca por uma definição sobre qualidade de vida meramente pautada em indicadores quantitativos predeterminados (como renda, grau de instrução ou condições de moradia) mostra-se insuficiente, pois não revela dados importantes referentes aos sentimentos, julgamentos e valores que cada um possui em relação ao termo (MOREIRA, 2006).

2.3 Indicadores de saúde bucal

Geralmente, a avaliação das necessidades das pessoas ignora os aspectos sociocomportamentais e culturais, levando em conta apenas as necessidades normativas sem considerar a percepção subjetiva do indivíduo (LEÃO; SHEIHAM, 1995). Sabe-se que os sinais clínicos da doença, observados profissionalmente, representam apenas um dos aspectos da saúde das pessoas. Para eliminar essa lacuna, cada vez mais os investigadores começam a incluir avaliações subjetivas da função e do bem-estar, quando descrevem a saúde de pacientes e populações (ARAÚJO, 2007).

Na Odontologia isso não é diferente, os indicadores objetivos, tradicionalmente utilizados, constituem medidas clínicas úteis para mensurar a necessidade normativa de tratamento, sob a ótica do profissional, contudo não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui na qualidade de vida (BIAZEVIC, 2001).

Tem sido um desafio para a saúde bucal coletiva desenvolver novas maneiras de avaliar saúde. De acordo com Miotto e Barcellos (2001), o desenvolvimento de indicadores subjetivos de saúde bucal vem permitindo capturar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação a tratamento e serviços odontológicos.

Para Biazevic (2001), os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não identificam, tais como percepção da condição bucal, impacto da percepção na qualidade de vida e alterações na produtividade de uma sociedade.

Sua utilização deve ser complementar à dos indicadores objetivos, permitindo uma visão mais ampla do diagnóstico e dos objetivos do tratamento, envolvendo as percepções normativas e subjetivas, que consideram a qualidade de vida do paciente de maneira igualmente importante (FEU; QUINTÃO; MIGUEL, 2010).

Com o propósito de complementar esses indicadores, Slade e Spencer (1994) desenvolveram e testaram um indicador subjetivo para avaliar o impacto social da doença bucal.

2.3.1 *Oral Health Impact Profile: perfil do impacto da saúde bucal (OHIP)*

O OHIP foi originalmente desenvolvido utilizando-se do modelo conceitual adaptado por Locker (1988), que supõe que o conteúdo qualidade de vida relacionada com a saúde bucal apresenta sete fatores/dimensões conceituais: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social; e deficiência. Essas dimensões apresentam-se em uma ordem hierárquica de impacto crescente na vida do indivíduo e, coletivamente, indicam o “impacto social” da doença.

O OHIP é um indicador subjetivo desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade autoavaliada atribuída à condição bucal, complementando os indicadores tradicionais de epidemiologia bucal e, desse modo, fornecendo informações da percepção sobre o impacto dos problemas bucais (BOMBARDA-NUNES; MIOTTO; BARCELLOS, 2008).

Possui, em sua versão original, 49 itens subdivididos nas sete dimensões propostas. Com o propósito de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do instrumento original, Slade (1997) realizou um estudo com uma amostra aleatória estratificada de idosos com 60 anos ou mais, residentes na Austrália, no período de 1991 a 1992. Foram eliminadas as questões que causavam maiores problemas de interpretação, e testes estatísticos foram utilizados na intenção de construir um subgrupo de dez a quinze questões que abrangessem a maior quantidade de informações contidas no OHIP original. O autor concluiu que 14 itens eram efetivos para determinar as mesmas associações com os fatores clínicos e sociodemográficos, apresentando, assim, boa confiabilidade, validade e precisão.

Desenvolvido originalmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, ao longo do tempo foi traduzido em diversos idiomas. Depois foi traduzido

transculturalmente e validado para o idioma português do Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas (SANDERS et al., 2009). Além disso, é um instrumento suficientemente sensível para capturar mudanças no impacto de condições orais (SLADE; HOSKIN; SPENCER, 1996; MIOTTO; BARCELLOS, 2001).

3.1 Objetivos do Artigo 1

Avaliar o impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida; examinar a associação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e odontológicas em mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

3.2 Objetivo do Artigo 2

Avaliar o impacto das manifestações bucais na qualidade de vida em mulheres antes e durante o tratamento quimioterápico do câncer de mama.

4.1 Tipo de estudo e delineamento da pesquisa

A pesquisa foi realizada em mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC). Desenvolveram-se duas propostas de artigos.

O primeiro é um estudo observacional, de natureza transversal, descrevendo de uma maneira pontual a distribuição das características das pacientes estudadas, no período de janeiro a dezembro 2012.

O segundo artigo classifica-se como estudo longitudinal, uma vez que as mulheres foram estudadas em três momentos: o primeiro momento, antes de qualquer intervenção relacionada com o tratamento; o segundo momento, após a realização da primeira sessão de quimioterapia, mas antes da segunda sessão; e o terceiro momento, após a segunda sessão de quimioterapia, mas antes da terceira sessão. O período de estudo foi de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no HSRC, um hospital de caráter geral, filantrópico e particular, reconhecido em todo o Estado como referência em tratamento de câncer, mas também disponibiliza especialidades gerais. Possui um centro oncológico que oferece tratamento químico e radioterápico e dispõe de terapias complementares, atendendo a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios (HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, 2013).

No segundo e terceiro momentos da pesquisa (proposta do Artigo 2), os dados foram coletados no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (Premma). O Premma é desenvolvido no ambulatório Ylza Bianco do HSRC. Seu objetivo é oferecer atenção especial às mulheres em tratamento do câncer de mama. Tem como proposta sistematizar o cuidado à mulher mastectomizada de modo interdisciplinar, fundamentado nas habilidades específicas de cada área do

conhecimento em saúde. Pratica-se o cuidado integral à mulher e sua família, promovendo um resgate da autoestima feminina por meio de diversas atividades (CARTILHA DO PREMMA, 2009).

4.3 População - Universo

Todas as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no HSRC, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

4.4 Amostra

Para o Artigo 1, selecionaram-se todas as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no HSRC, no período de janeiro a dezembro de 2012. Foram estudadas 89 mulheres que preencheram os critérios de inclusão no período da pesquisa.

Para o Artigo 2, calculou-se a amostra com o programa Bioestat 5.0 e o método de McNemar. Considerou-se que, em 30% das mulheres, não haveria alteração na qualidade de vida associada aos problemas bucais após o início do tratamento com a quimioterapia (concordantes) e, em 25% da amostra, haveria discordância. O tamanho mínimo da amostra foi de 41 mulheres, acrescida de 20% para compensar possíveis perdas, resultando em uma amostra de 49 mulheres, para um alfa de 5% e um poder de 80%.

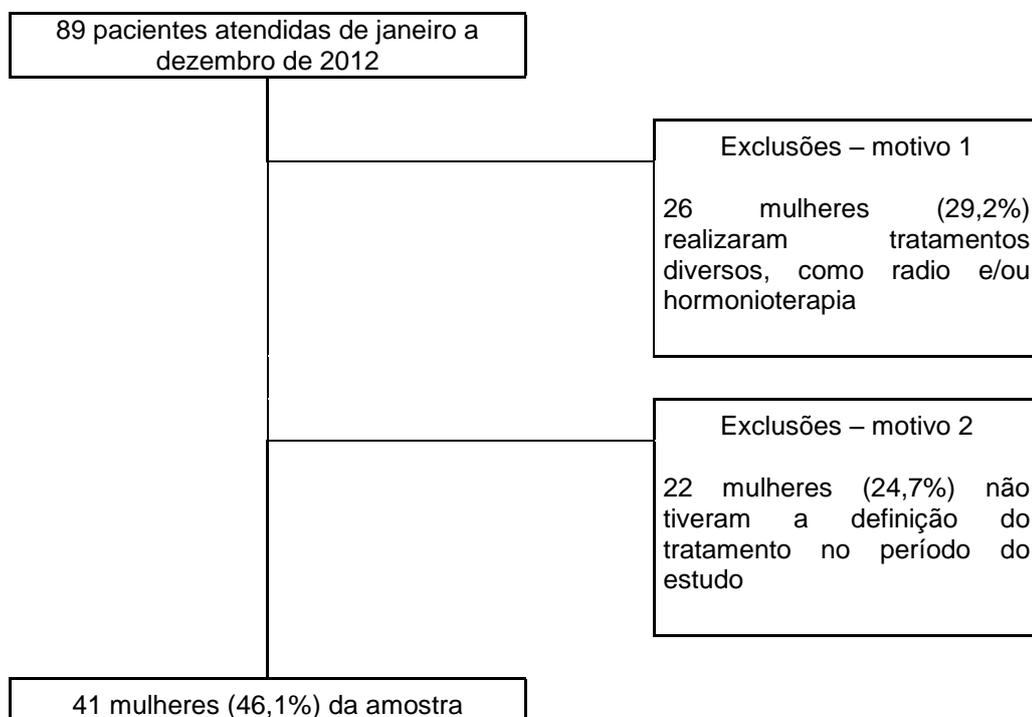
4.5 Critérios de inclusão

Incluíram-se no estudo as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no HSRC, que não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer anterior e com 18 anos ou mais de vida.

4.6 Critérios de exclusão

Para o Artigo 2, adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: pacientes que realizaram tratamento posterior à cirurgia diferente de quimioterapia e pacientes em que não houve definição do tratamento no período estudado (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma das mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HSRC, Vitória/ES, 2012



4.7 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, utilizando a técnica de entrevista com registro em formulário e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Utilizaram-se dois roteiros:

1. Roteiro para registro das informações das participantes (APÊNDICES B e C).

Avaliaram-se as informações sociodemográficas das pacientes como: idade, estado civil, raça/cor, grau de instrução, condição socioeconômica, renda e município de residência. Além de informações sobre a utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses, necessidade de prótese e estadiamento clínico.

2. Roteiro perfil do impacto de saúde bucal – OHIP-14 (ANEXO A).

O OHIP avalia a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida. Utilizou-se a versão reduzida do instrumento, OHIP - 14.

Para codificação das respostas do OHIP, utilizou-se uma escala de frequência do tipo Likert com cinco opções sobre a frequência de cada problema em um período determinado. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca/não se aplica. As respostas foram avaliadas de forma dicotômica. As respostas “sempre” e “frequentemente” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” significam sem impacto na qualidade de vida.

Os dados clínicos utilizados nesta pesquisa, Artigo 2, foram coletados por outra pesquisadora e aproveitados como fontes complementares.

As informações sobre o estadiamento clínico foram coletadas do prontuário das pacientes.

4.8 Variável dependente

Perfil do impacto de saúde bucal, considerando as dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

4.9 Variáveis independentes

No Quadro 3 são apresentadas as variáveis independentes do estudo.

Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes do estudo (Continua)

Grupo	Variável	Categoria
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Idade	Menor de 20 anos 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 anos ou mais
	Estado civil	Solteira Casada/ União Estável Separada Viúva
	Raça/cor	Branca Negra Amarela Parda Indígena
	Grau de instrução	Até 3ª série ensino fundamental Da 4ª série até a 7ª série ensino fundamental Ensino fundamental completo Ensino médio completo Ensino superior completo
	Condição socioeconômica	Classe A Classe B Classe C Classe D Classe E
	Renda	Até 1 salário mínimo Mais de 1 a 2 salários mínimos Mais de 2 a 3 salários mínimos Mais de 3 a 4 salários mínimos Mais de 4 a 5 salários mínimos 6 salários mínimos ou mais
	Município de residência	Vitória Outras cidades

Quadro 3 – Categorização das variáveis independentes do estudo (Conclusão)

VARIÁVEIS DE SAÚDE BUCAL	Utilização de serviços odontológicos	Sim Não
	Necessidade de prótese dentária	Sim Não
VARIÁVEL ESTADIAMENTO	Estadiamento clínico	0 I II III IV

Descrição das variáveis:

4.9.1 Faixa etária

As categorias etárias foram estabelecidas conforme a idade da paciente no momento da entrevista.

4.9.2 Estado civil

Indica a situação conjugal da paciente no primeiro momento da pesquisa.

4.9.3 Raça/cor da pele

A informação foi autodeclarada. Utilizou-se a categorização estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por se constituir a classificação empregada nas pesquisas nacionais sobre a população.

Para análise desta variável, optou-se em agrupar as pacientes de raça/cor preta, parda, amarela e indígena como não brancas, transformando esta variável numa variável dicotômica.

4.9.4 Grau de instrução

Neste estudo, utilizou-se a seguinte categorização: mulheres que estudaram até 3ª série do ensino fundamental, da 4ª até a 7ª série do ensino fundamental, ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior completo.

4.9.5 Condição socioeconômica

Analisou-se a condição socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, por posse de bens e nível de escolaridade do chefe de família, em classes A, B, C, D e E (BRASIL, 2008).

4.9.6 Renda

Esta informação foi autodeclarada e considerou-se a renda total da família da respondente. Utilizou-se a seguinte categorização: até um salário mínimo, mais de um até dois salários mínimos, mais de dois até três salários mínimos, mais de três até quatro salários mínimos, mais de quatro até cinco salários mínimos e seis salários mínimos ou mais.

4.9.7 Utilização de serviços odontológicos

Nesta variável, perguntou-se sobre a utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses e, em caso afirmativo, o motivo da consulta: prevenção, tratamento de rotina e atendimento de urgência.

4.9.8 Necessidade de prótese

Os dados sobre necessidade de prótese foram avaliados clinicamente por outra pesquisadora e aproveitados como fontes complementares no presente estudo.

4.9.9 Município de residência

O dado refere-se ao endereço de moradia das pacientes. No caso das pacientes provenientes de outras cidades e que se encontram instaladas na cidade onde se localiza o hospital, registrou-se o endereço de origem.

4.9.10 Estadiamento clínico

Esta variável seguiu o Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos de acordo com o *American Joint Committee on Cancer* (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2011). Realizou-se uma revisão de todos os prontuários pela pesquisadora e foram utilizadas as anotações feitas pelos médicos.

Para análise desta variável, optou-se por agrupar os estadiamentos clínicos 0, I e II, classificando-os como iniciais, e os estadiamentos clínicos III e IV, como tardios.

4.10 Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0.

Para o Artigo 1, realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A associação das dimensões do impacto da saúde bucal e dos fatores sociodemográficos e de utilização de serviços odontológicos foi testada pelo teste qui-quadrado ou o exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5%. Para avaliar a força dessa associação, calculou-se o *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o método de Mantel-Haenzsel, que forneceu um OR combinado, permitindo conhecer a frequência de impactos para todas as dimensões combinadas.

No Artigo 2, realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada dimensão do OHIP nos três momentos da pesquisa. Para verificar a direção (tendência) da discordância, ou seja, estudar a mudança nos três momentos, aplicou-se o teste de McNemar, e para mensurar os níveis de concordância nos três momentos, empregou-se o teste *Kappa*, considerando concordância quase perfeita (0,80–1,00), substancial (0,60–0,79), moderada (0,41–0,59), razoável (0,21–0,40), ruim ($\leq 0,20$). Compararam-se os momentos da pesquisa de dois em dois (LANDIS; KOCH, 1977).

Quanto aos problemas bucais, realizou-se o teste de McNemar para estudar a discordância entre os três momentos, comparados dois a dois.

Adotaram-se níveis de significância menores que 5%.

4.11 Considerações éticas

A responsável por este estudo enviou o projeto para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), que foi aprovado sob nº 274/11, em 14 de dezembro de 2011 (ANEXO B).

Posteriormente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao HSRC, e foi aprovada sua realização a partir de janeiro de 2012 (ANEXO C).

Todas as pacientes foram orientadas sobre a importância da pesquisa e receberam informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, os riscos, benefícios, garantia de sigilo de identidade e direito de recusa em participar da pesquisa, com posterior assinatura da respondente do TCLE (APÊNDICE A).

5.1 Proposta do Artigo 1

Impacto dos problemas bucais na qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama

5.1.1 Resumo

Objetivos: Avaliar o impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida; e examinar a associação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e odontológicas em mulheres com diagnóstico de câncer de mama. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional transversal, com amostra composta por 89 mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, Espírito Santo, Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012. Utilizaram-se dois roteiros na forma de entrevista, um para registro das informações das participantes; e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), para avaliar a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida. Realizou-se análise descritiva dos dados para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A comparação dos percentuais das dimensões do impacto da saúde bucal com as variáveis independentes foi verificada pelo teste qui-quadrado ou pelo teste exato de *Fisher*, quando apropriado. Para avaliar a força da associação entre evento e exposição, calculou-se o *odds ratio*. Adotou-se o nível de significância de 5%. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS 20 para as análises. **Resultados:** O percentual de impacto foi de 28,1%, houve associação estatisticamente significativa com as variáveis: renda ($p=0,039$) e motivo da visita ao profissional de saúde bucal ($p=0,012$). **Conclusão:** O uso de indicadores subjetivos em conjunto com indicadores normativos possibilita o planejamento de estratégias apropriadas de assistência, garantindo a melhoria da qualidade de vida desta população.

Descritores: Saúde bucal; Qualidade de vida; Perfil de impacto da doença.

5.1.2 Introdução

No Brasil, há um processo de envelhecimento da população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, o chamado processo de transição demográfica e epidemiológica¹⁻³.

Juntamente com esse envelhecimento populacional, há um aumento da demanda dessa população por serviços de saúde³ que nem sempre vem acompanhado de modificações no atendimento às suas necessidades de saúde^{2,3}.

Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção a idosos e adultos³, destinando a maior parte dos investimentos realizados pelas políticas públicas de saúde bucal apenas à população de escolares⁴.

Isso revela um quadro precário nas condições de saúde bucal de idosos e adultos no Brasil^{5,6}. A dívida assistencial deixada pela Odontologia originou-se pela adesão ao modelo assistencial curativo e mutilador^{3,7} em detrimento às ações de caráter coletivo voltadas para a promoção da saúde^{3,6}.

Novas expressões sobre o pensar e o fazer sanitários têm sido necessárias mediante os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população⁸. A promoção da saúde aparece assim como eixo determinante no novo modo de pensar saúde, tendo como objetivo final a qualidade de vida da população.

Sob esse aspecto, torna-se importante avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Nas últimas décadas, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o câncer se destacou, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos^{9,10}. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca)

para 2012/2013, são esperados, no Brasil, 52.680 novos casos de câncer de mama e, para o Espírito Santo, 900 novos casos⁹.

O tratamento consiste em inibir a proliferação excessiva de células neoplásicas, podendo incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. A quimioterapia age em todos os tecidos, podendo provocar vários efeitos colaterais no organismo¹¹, dentre esses, as manifestações orais se encontram entre as mais devastadoras em curto e longo prazo, por afetarem as atividades humanas mais básicas, como alimentar-se e comunicar-se¹².

Devido à alta incidência da doença, essas pacientes constituem uma categoria especial, necessitando de acompanhamento por uma equipe multiprofissional de forma a prepará-las para o tratamento antineoplásico, diminuindo a possibilidade de aparecimento das manifestações bucais ou tornando essas manifestações menos severas, ocasionando um menor impacto em sua qualidade de vida.

Para a saúde bucal, tem sido um desafio desenvolver maneiras de avaliar saúde, visto que os indicadores tradicionalmente utilizados constituem medidas clínicas úteis para mensurar a necessidade normativa de tratamento, contudo não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui na qualidade de vida¹³. Com o propósito de complementar esses indicadores, Slade e Spencer¹⁴ desenvolveram e testaram o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) para avaliar o impacto social da doença bucal.

O OHIP foi originalmente desenvolvido utilizando-se do modelo conceitual adaptado por Locker¹⁵ e que supõe que o conteúdo qualidade de vida relacionada com saúde bucal apresenta sete dimensões conceituais: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Desenvolvido originalmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, ao longo do tempo, foi traduzido em diversos idiomas¹⁶, inclusive traduzido transculturalmente e validado para o idioma português do Brasil¹⁷. Tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas¹⁶.

Os objetivos deste estudo foram avaliar os impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida e examinar a associação com as variáveis

sociodemográficas, clínicas e odontológicas em mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

5.1.3 Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal. A amostra do estudo foi composta por todas as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período de janeiro a dezembro de 2012. O HSRC é um hospital de caráter geral, filantrópico e particular, reconhecido em todo o Estado como referência em tratamento de câncer, mas também disponibiliza especialidades gerais. O HSRC possui um centro oncológico que oferece tratamento químico e radioterápico e dispõe de terapias complementares, atendendo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios¹⁸.

Foram utilizados como critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama atendidas no HSRC, que não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer anterior, com 18 anos ou mais de vida.

As variáveis independentes foram: características sociodemográficas (faixa etária, estado civil, grau de instrução, raça/cor da pele, condição socioeconômica e renda); necessidade de prótese dentária; utilização de serviço odontológico; e estadiamento clínico.

Categorizou-se a condição socioeconômica de acordo com a posse de bens de consumo e escolaridade do chefe da família, em classes A, B, C, D e E, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁹. Esse tipo de categorização permite comparações com diversos estudos nacionais. Quanto à variável raça/cor, optou-se por agrupar as mulheres em brancas e não brancas. O estadiamento clínico inicial seguiu a classificação da *American Joint Committee on Cancer*²⁰, e agrupou-se os estádios clínicos 0, I e II (inicial) e os estádios clínicos III e IV (tardio).

A variável dependente foi o perfil do impacto da saúde bucal, medido pelo OHIP, considerando suas sete dimensões. O instrumento possui, em sua versão original, 49 itens e uma versão reduzida com 14 itens, que são efetivos para determinar as mesmas associações com os fatores clínicos e sociodemográficos do instrumento original²¹.

A própria pesquisadora coletou os dados, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizaram-se dois roteiros: um para registro das informações das participantes quanto às variáveis independentes; e o OHIP-14 (versão reduzida), para avaliar a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida. As informações sobre o estadiamento clínico foram coletadas do prontuário das pacientes.

Para codificação das respostas do OHIP, utilizou-se uma escala de frequência do tipo Likert com cinco opções sobre a frequência de cada problema em um período determinado de tempo. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca/não se aplica. As respostas foram avaliadas de forma dicotômica. As respostas “sempre” e “frequentemente” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” significam sem impacto na qualidade de vida.

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A associação das dimensões do impacto da saúde bucal e dos fatores sociodemográficos e de utilização de serviços odontológicos foi testada pelo teste qui-quadrado ou o exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5%. Para avaliar a força dessa associação, calculou-se o *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o método de Mantel-Haenzsel, que forneceu um OR combinado, permitindo conhecer a frequência de impactos para todas as dimensões combinadas. Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2007 for *Windows* e analisados pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), sob nº274/11, em 14 de dezembro de 2011, e autorizado pelo HSRC.

5.1.4 Resultados

Foram estudadas 89 mulheres que preencheram os critérios de inclusão no período da pesquisa.

Na Tabela 1, observam-se as características sociodemográficas das mulheres: a maioria possui idade igual ou maior de 50 anos (68,5%), são casadas/união estável (59,6%), estudaram até a 3ª série do ensino fundamental (36%), têm cor branca (64%). Quanto à condição socioeconômica, a predominância foi de classe C (57,3%). Em relação à renda, 61,8% declararam renda de até dois salários mínimos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012

Característica	Número	Percentual
Faixa etária		
Até 49 anos	28	31,5
50 – 59 anos	23	25,8
60 – 69 anos	21	23,6
70 anos ou mais	17	19,1
Estado civil		
Solteira	9	10,1
Casada/União estável	53	59,6
Separada	7	7,9
Viúva	20	22,4
Grau de instrução		
Até 3ª série ensino fundamental	32	36,0
Da 4ª série até a 7ª série ensino fundamental	20	22,4
Ensino fundamental completo	14	15,7
Ensino médio completo	15	16,9
Ensino superior completo	8	9,0
Raça/cor		
Branca	57	64,0
Não branca	32	36,0
Condição socioeconômica		
Classe B	17	19,2
Classe C	51	57,3
Classe D	19	21,3
Classe E	2	2,2
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	21	23,6
Mais de 1 a 2 salários mínimos	34	38,2
Mais de 2 a 3 salários mínimos	10	11,2
Mais de 3 a 4 salários mínimos	10	11,2
Mais de 4 a 5 salários mínimos	8	9,0
6 salários mínimos ou mais	6	6,8
Total	89	100,0

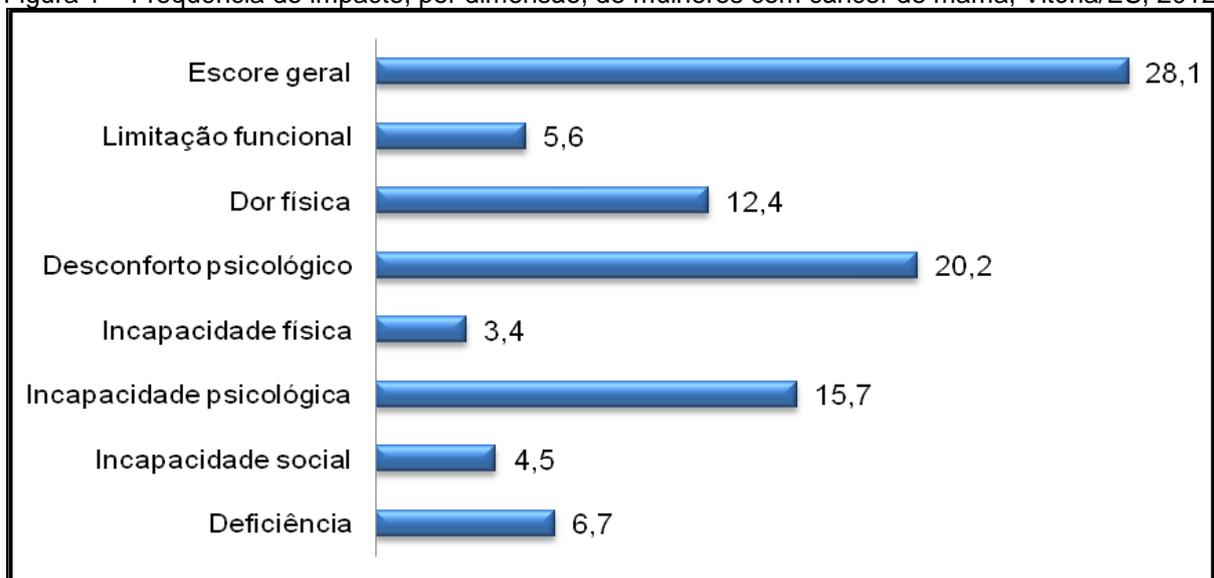
Questionadas sobre a utilização de serviços odontológicos, 44,9% das mulheres procuraram profissionais de saúde bucal nos últimos 12 meses, e o motivo da consulta foi atendimento de rotina/prevenção (65,9%). Na maior parte das mulheres, há necessidade de utilização de prótese (60,7%). O estadiamento inicial foi predominante em 71,9% da amostra (Tabela 2).

Tabela 2 – Informações gerais de saúde de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012

Característica	Número	Percentual
Procura de profissional últimos 12 meses		
CD	40	44,9
Falso profissional	1	1,1
Não procurou	48	54,0
Motivo da procura profissional		
Urgência	14	34,1
Rotina/prevenção	27	65,9
Necessidade de utilização de prótese		
Precisa	54	60,7
Não precisa	35	39,3
Estadiamento		
0	10	11,2
I	16	18,0
II	38	42,7
III	13	14,6
IV	1	1,1
Ignorado	11	12,4

O percentual de impacto na qualidade de vida produzido por problemas bucais foi de 28,1% (Escore Geral). A Figura 1 apresenta os percentuais do Escore Geral e das dimensões do OHIP.

Figura 1 – Frequência do impacto, por dimensão, de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012



Quando realizada a análise das dimensões do OHIP segundo a variável renda, os resultados mostraram diferença estatisticamente significativa na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,039$). (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência do impacto, por dimensão, segundo a renda de mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012

Dimensão	Até 2 SM		Acima 2 SM		p-valor	Odds Ratio
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	3	5,5	2	5,9	0,637	1,083
Sem impacto	52	94,5	32	94,1		0,172 – 6,849
Dor física						
Com impacto	6	10,9	5	14,7	0,415	1,408
Sem impacto	49	89,1	29	85,3		0,394 – 5,025
Desconforto psicológico						
Com impacto	10	18,2	8	23,5	0,363	1,385
Sem impacto	45	81,8	26	76,5		0,486 – 3,953
Incapacidade física						
Com impacto	3	5,5	0	0,0	0,231	*
Sem impacto	52	94,5	34	100,0		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	12	21,8	2	5,9	0,039	4,465
Sem impacto	43	78,2	32	94,1		0,933 – 21,360
Incapacidade social						
Com impacto	3	5,5	1	2,9	0,505	1,904
Sem impacto	52	94,5	33	97,1		0,190 – 19,081
Deficiência						
Com impacto	3	5,5	3	8,8	0,417	1,678
Sem impacto	52	94,5	31	91,2		0,319 – 8,850
Mantel-Haenszel					0,494	1,140 0,437 – 2,972

*Não calculado por apresentar caselas com zero.

Quando estudadas as dimensões segundo o motivo da visita ao profissional de saúde bucal (Tabela 4), observou-se resultado estatisticamente significativo na dimensão dor física para as mulheres que procuraram o cirurgião-dentista por motivo de urgência ($p=0,012$). Calculando o OR para esta dimensão, as mulheres apresentaram uma chance 9,37 vezes maior de impacto quando comparadas com as mulheres que procuraram o cirurgião-dentista por motivo de rotina/prevenção.

Tabela 4 – Frequência do impacto, por dimensão, segundo motivo da visita ao profissional de saúde bucal nos últimos 12 meses por mulheres com câncer de mama, Vitória/ES, 2012

Dimensão	Rotina/Prevenção		Urgência		p-valor	Odds Ratio
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	0	0,0	1	3,7	0,659	*
Sem impacto	14	100,0	26	96,3		
Dor física						
Com impacto	6	42,9	2	7,4	0,012	9,375
Sem impacto	8	57,1	25	92,6		
Desconforto psicológico						
Com impacto	6	42,9	5	18,5	0,099	3,300
Sem impacto	8	57,1	22	81,5		
Incapacidade física						
Com impacto	2	14,3	1	3,7	0,265	4,333
Sem impacto	12	85,7	26	96,3		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	5	35,7	4	14,8	0,129	3,194
Sem impacto	9	64,3	23	85,2		
Incapacidade social						
Com impacto	0	0,0	2	7,4	0,428	*
Sem impacto	14	100,0	25	92,6		
Deficiência						
Com impacto	2	14,3	2	7,4	0,422	2,083
Sem impacto	12	85,7	25	92,6		
					0,117	2,857
Mantel-Haenszel						0,736 – 11,086

*Não calculado por apresentar caselas com zero.

As associações entre as dimensões do OHIP e as variáveis: faixa etária, classe social, raça/cor, necessidade de uso de prótese e estadiamento clínico não foram estatisticamente significantes no presente estudo ($p > 0,05$).

5.1.5 Discussão

Desenvolveu-se este estudo em uma amostra de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama no HSRC. As mulheres com câncer de mama enfrentam situações importantes e difíceis, como detecção do problema na mama, confirmação do diagnóstico, período anterior ao tratamento, cirurgia, tratamento subsequente com radioterapia, quimioterapia e outros procedimentos²².

A maioria das pacientes possui idade igual ou maior que 50 anos. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta⁹.

Quanto à condição socioeconômica, a predominância foi de classe C. Segundo informações do Inca⁹, a ocorrência do câncer da mama também se encontra relacionada com o processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado *status* socioeconômico, ao contrário do que se observa para o câncer do colo do útero. No presente estudo, isso não acontece, contudo deve-se considerar que o HSRC é uma entidade filantrópica, e que cerca de 60% de sua demanda são pacientes do SUS. Neste estudo em particular, todas as pacientes eram provenientes do SUS. Isso pode explicar o fato de não existirem pacientes da classe A, mas reforça a fragilidade de indicadores de classe social que utilizam como critério o poder de compra do indivíduo.

A maior parte das mulheres não procurou profissionais de saúde bucal nos últimos 12 meses. Essa informação é um alerta, pois reflete décadas de exclusão aos serviços odontológicos restauradores, reabilitadores e a ausência de uma política de saúde bucal direcionada a essa população adulta e idosa²³. Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (PNSB), realizada no Brasil em 2010, mostraram que, na Região Sudeste, 6,7% das pessoas com idade entre 35 e 44 anos e 14,1% das pessoas com idade entre 65 e 74 anos nunca haviam consultado com cirurgião-dentista²⁴.

Estudo que avaliou as tendências em equidade horizontal na utilização de serviços de saúde de 1998 a 2008 mostra que a visita ao cirurgião-dentista teve a maior

queda absoluta na desigualdade horizontal entre os serviços analisados, contudo ainda é o serviço mais desigualmente distribuído até 2008²⁵.

Diversos estudos têm demonstrado que usuários regulares de serviços odontológicos declararam-se mais satisfeitos com suas condições bucais, o que mostra a importância da frequência das visitas ao cirurgião-dentista na qualidade de vida^{23,26,27}.

Em aproximadamente 72% das pacientes, o diagnóstico ocorreu em estádios iniciais. Sabe-se que as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados⁹. No presente estudo, o diagnóstico está sendo realizado no momento esperado, todavia novos estudos precisam ser realizados para avaliar se o início do tratamento segue o mesmo padrão. É importante ressaltar que o câncer da mama só possui bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente⁹.

Ainda em relação ao estadiamento, em 12,4% da amostra, não foram encontradas essas informações nos prontuários das pacientes. Isso reforça a necessidade de uma análise mais profunda sobre a importância do preenchimento completo da ficha de registro de tumor no HSRC.

A frequência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida foi de 28,1%, resultado semelhante a outros estudos realizados em populações distintas de adultos e idosos no Brasil^{23,26,28-30} e na Nova Zelândia³¹, contudo diferente de estudos desenvolvidos em países desenvolvidos ou em populações específicas. Países como Austrália e os Estados Unidos apresentam frequência de impacto geralmente menor, na ordem de 15%¹⁶, já estudos realizados com populações específicas apresentam percentual de impacto superior, chegando a 62% em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana na Flórida³² e 81% em pacientes dependentes químicos em Vitória³³.

Aproximadamente 62% das pacientes declararam renda de até dois salários mínimos. Na análise dessa variável, as mulheres que possuem renda de até dois salários mínimos possuem mais impacto na dimensão incapacidade psicológica. Esse resultado é homogêneo ao encontrado em um estudo realizado em Bauru/SP³⁴.

Sabe-se que a frequência das doenças bucais reflete fatores de ordem biológica, comportamental e socioeconômica, assim como fatores de acesso a bens de consumo e a serviços de saúde. Dessa forma, indivíduos com diferenças pronunciadas de renda também estão em desvantagem quanto à ocorrência de agravos em saúde bucal^{6,23,35}.

É importante salientar que, na dimensão incapacidade psicológica, questiona-se acerca da dificuldade em relaxar e do sentimento de vergonha em relação à sua condição bucal, tornando evidente, com o resultado apresentado, o impacto social da doença.

Em 34,1% das mulheres, houve utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses por motivo de urgência. Essas mulheres apresentaram mais impacto na dimensão dor física. Resultados semelhantes foram previamente relatados em outros estudos^{23,26,29}. Essa situação é evidenciada pela dívida social deixada pela Odontologia curativista, praticada quase exclusivamente até pouco tempo.

Quando observada a necessidade de uso de prótese, 60,7% das mulheres necessitam de pelo menos um tipo de prótese. Esse dado é homogêneo ao encontrado na última PNSB. Em 68,8% dos adultos, há necessidade de algum tipo de prótese. A maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar e, em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total. Quando analisados os idosos de 65 a 74 anos, esse percentual chega a 23,9% necessitando de prótese total em pelo menos um maxilar²⁴.

A necessidade de uso de prótese não apresentou resultado estatisticamente significativo de impacto na qualidade de vida. Dado esse heterogêneo à maioria dos estudos nacionais realizados^{26,36-38}. Não foi possível a comparação com estudos internacionais, devido a pouca utilização dessa variável para análise.

Como limitações da pesquisa, aponta-se o desenho transversal e a dicotomização dos escores do OHIP, gerando medidas percentuais. A interpretação dos escores por médias – medidas de severidade – poderia configurar maior sensibilidade aos resultados. Além disso, a comparação com outros estudos foi dificultada pelos diferentes pontos de corte das variáveis (renda, faixa etária). Sugerem-se novos estudos com avaliação clínica odontológica como forma complementar dos

resultados obtidos e também pesquisas longitudinais para verificar a variação do impacto, quando surgirem as manifestações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico.

A relevância de estudos que utilizam indicadores subjetivos se dá pelo compromisso de se desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença³⁹, fornecendo, assim, informações complementares às medidas normativas para um completo diagnóstico e plano de tratamento adequado aos pacientes^{23,27,28}.

Os benefícios da utilização de indicadores subjetivos têm sido muito bem documentados na literatura científica, proporcionando subsídios complementares às medidas normativas. Além disso, fornecem um diagnóstico mais amplo e preciso e inserem a autopercepção do indivíduo sobre a sua condição bucal^{23,27,28}.

O OHIP é um indicador subjetivo que foi desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade autoavaliativa atribuída à condição bucal^{23,29}. Análise da literatura sobre o uso e o desempenho do OHIP concluiu que o instrumento é sensível para capturar mudanças no impacto das condições bucais^{30,40}.

5.1.6 Conclusão

O percentual de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida foi de 28,1%. Dado esse importante para os profissionais envolvidos no tratamento dessas pacientes, considerando que já existe um alto impacto antes do início do tratamento e que essa situação poderá ser agravada com a introdução das terapias antineoplásicas posteriormente. Associado a isso, apresentaram mais impacto as pacientes com menor renda e que utilizaram os serviços odontológicos por urgência.

Essas variáveis sugerem que o componente social está intrinsecamente relacionado com o maior impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres avaliadas. É possível melhorar a qualidade de vida antes, durante e após o tratamento antineoplásico, com um acompanhamento odontológico adequado às necessidades de cada paciente, de forma a prevenir ou controlar a ocorrência das manifestações bucais.

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes oncológicos são de fundamental importância na compreensão do impacto dos problemas bucais em sua vida. O uso de indicadores subjetivos em conjunto com indicadores normativos possibilita o planejamento de estratégias apropriadas de assistência, garantindo a melhoria da qualidade de vida da população.

5.1.7 Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
2. Cesse EAP. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil* [Tese]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
3. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-75.
4. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2):250-8.
5. Campostrini EP, Ferreira EF, Rocha FL. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. *Arq Odontol* 2007; 43(2):48-56.
6. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Nunes SG. *Atualização clínica em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
7. Miotto MHMB. Editorial: A odontologia e a Teoria da Cauda Longa. *UFES Rev Odontol* 2007; 9(1):20-5.
8. Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. *Cien Saúde Colet* 2004; 9(3):669-78.
9. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2011.
10. IARC. International Agency for Research on Cancer. [citado 2013 jan 30]. Disponível em: <http://globalcancermap.com/>.
11. Paiva MDEB, Biase RCCG, Moraes JJC, Angelo AR, Honorato MCTM. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. *Arq Odonto* 2010; 46(1):48-55.
12. Arisawa EAL, Silva CMOM, Cardoso CAC, Lemos NRP, Pinto MC. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à quimio e à radioterapia. *Rev Biociên* 2005; 11(1-2):55-61.

13. Biazevic MGH. *Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática* [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2001.
14. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
15. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5:5-13.
16. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine, ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Health* 2009; 37(2):171-81.
17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-14.
18. HSRC. Site do Hospital santa Rita de Cássia. [citado 2013 jan 30]. Disponível em: <http://www.santarita.org.br/index.php?id=/capa/oncologia> .
19. Brasil. Critério de Classificação econômica do Brasil/2008. ABEP. [citado 2011 jun 5]. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r .
20. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
21. Slade GD. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. *Community Dental Health* 1997; 25(4):284-90.
22. Giraldo-Mora CV. Persistencia de las Representaciones Sociales Del Cáncer de Mama. *Rev Salud Pública* 2009 11(4) [citado 2012 abr 15]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000400003&lng=en&nrm=iso .
23. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):397-406.
24. Brasil. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.
25. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *International Journal for Equity in Health* 2012; 11:33.

26. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHBM. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):46-51.
27. Pandolfi M, Barcellos LA, Miotto MHMB, Góes PS. Saúde Bucal e Qualidade de Vida de Usuários dos Serviços Odontológicos de Vitória (ES). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2011; 11(3):311-16.
28. Bortoli D. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2003; 9(3-4):955-65.
29. Bombarda-Nunes FFB, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008; 8(1):7-14.
30. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14 (1):44-50.
31. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2008; 36(4):305-16.
32. Tomar SL, Azevedo AB, Lawson R. Adult dental visits in California: successes and challenges. *J Pub Health Dent* 1998; 58(4):275-80.
33. Alves NS. *Prevalência de cárie em dependentes químicos em recuperação e impacto dos problemas de saúde bucal em sua qualidade de vida*. [Monografia]. Vitória (ES): Associação Brasileira de Odontologia; 2009.
34. Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Silva PM, Marta SN. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2165-72.
35. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135-41.
36. Silva NS. *Avaliação do efeito das condições sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos sobre o perfil do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta e idosa de Cuiabá MT* [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Camilo Castelo Branco; 2002.

37. Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(3):6-14.
38. Saloto JPS, Miotto MHMB, Barcellos LA. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos de Lúna, ES. *UFES Rev Odontol* 2007; 9(3):31-6.
39. Locker D. Subjective indicator of oral health status. In: Slade GD, organizador. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
40. Feu D, Quintão CCA, Miguel JAM. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press J Orthod* 2010; 15(6):61-70.

5.2 Proposta do Artigo 2

Impacto das manifestações bucais na qualidade de vida em mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama: estudo longitudinal

5.2.1 Resumo

Objetivo: Avaliar o impacto das manifestações bucais na qualidade de vida em mulheres antes e durante o tratamento quimioterápico do câncer de mama. **Metodologia:** Estudo longitudinal. População composta por mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama que receberam atendimento no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013. A amostra foi avaliada em três momentos, antes de qualquer intervenção relacionada com o tratamento; após a realização da primeira sessão de quimioterapia; e depois da segunda sessão de quimioterapia. Utilizaram-se roteiros na forma de entrevista incluindo o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual, em relação às dimensões do OHIP. Aplicou-se o teste de McNemar para verificar a direção da discordância, e o teste *Kappa* para mensurar os níveis de concordância entre os três momentos. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Houve aumento percentual de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres investigadas do primeiro (27%) para o segundo (49%) momento da pesquisa, significativa nas dimensões limitação funcional ($p=0,001$), dor física ($p=0,039$) e incapacidade física ($p=0,039$). **Conclusão:** As mulheres em terapia antineoplásica já possuem um alto impacto antes do início do tratamento e essa condição é ainda agravada após o tratamento quimioterápico. Essas pacientes requerem cuidados bucais específicos, necessitando de acompanhamento antes, durante e após o tratamento oncológico na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da quimioterapia, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Descritores: Saúde bucal; Qualidade de vida; Perfil de impacto da doença; Neoplasias da mama.

5.2.2 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano¹. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas². Dentre as DCNTs, o câncer transformou-se em um evidente problema de saúde pública mundial nas últimas décadas.

O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos³. Dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca) revelam que, no Brasil, o risco estimado é de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste é o tipo de câncer mais frequente nas mulheres, 69 casos novos para cada 100 mil mulheres. No Espírito Santo, são esperados 900 novos casos nos anos de 2012 e 2013³.

O tratamento consiste em destruir ou inibir a proliferação excessiva de células neoplásicas e pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Estudos relatam que, dos pacientes com câncer que farão uso da quimioterapia durante o tratamento, 40% desenvolverão complicações bucais, uma vez que os quimioterápicos atuam nas células em proliferação, sem distinguir as células malignas das células normais da mucosa bucal⁴⁻⁶. Como consequência da quimioterapia, alterações na cavidade oral podem ser observadas e levar a complicações sistêmicas importantes, podendo aumentar o tempo de internação hospitalar, os custos do tratamento e afetar diretamente a qualidade de vida dos pacientes^{7,8}.

Dessa maneira, avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos pode auxiliar na decisão sobre a efetividade do tratamento, melhorar a tomada de decisão do paciente pelo esclarecimento dos efeitos colaterais esperados, melhorar a organização e a qualidade do cuidado⁹.

Análise da literatura revela que existe grande influência do tratamento para câncer de mama na vida das pacientes. A mastectomia apresenta relação negativa com a

qualidade de vida, bem como a quimioterapia e a radioterapia¹⁰. Contudo, estudos que relacionem a saúde bucal com a qualidade de vida dessas pacientes não foram encontrados.

Os aspectos associados à qualidade de vida só podem ser avaliados pelo próprio paciente, refletindo seu julgamento acerca do que afeta o seu bem-estar⁷. Na Odontologia, tradicionalmente, os dados coletados nas pesquisas e inquéritos populacionais incluem apenas sinais clínicos e objetivos identificados profissionalmente¹¹, contudo não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui em sua qualidade de vida¹².

Na tentativa de corrigir essa limitação, cada vez mais os investigadores começam a incluir avaliações subjetivas da função e do bem-estar quando descrevem a saúde de pacientes e populações¹¹. Slade e Spencer¹³ desenvolveram e testaram o indicador subjetivo *Oral Health Impact Profile* – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP), para avaliar o impacto social da doença bucal.

O OHIP foi originalmente desenvolvido utilizando-se do modelo conceitual adaptado por Locker¹⁴, que supõe que o conteúdo qualidade de vida relacionada com a saúde bucal apresenta sete dimensões conceituais: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas¹⁵, além disso, é um instrumento suficientemente sensível para capturar mudanças no impacto de condições orais¹⁶.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das manifestações bucais na qualidade de vida em mulheres antes e durante o tratamento quimioterápico do câncer de mama.

5.2.3 Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo longitudinal, com população composta por todas as mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama que receberam atendimento no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória/ES, Brasil, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

O HSRC é um hospital de caráter geral, filantrópico e particular, reconhecido em todo o Estado como referência em tratamento de câncer, mas também disponibiliza especialidades gerais¹⁷. Os dados de acompanhamento foram coletados no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (Premma), desenvolvido em um ambulatório do referido hospital.

As mulheres foram estudadas em três momentos: o primeiro momento, antes de qualquer intervenção relacionada com o tratamento; o segundo momento, após a realização da primeira sessão de quimioterapia, mas antes da segunda sessão; e o terceiro momento, depois da segunda sessão de quimioterapia, mas antes da terceira sessão.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o programa Bioestat 5.0 e o método de McNemar. Considerou-se que em 30% das mulheres não haveria alteração na qualidade de vida associada aos problemas bucais, após o início do tratamento com a quimioterapia (concordantes), e em 25% da amostra haveria discordância. O tamanho mínimo da amostra foi de 41 mulheres, acrescida de 20% para compensar possíveis perdas, resultando em uma amostra de 49 mulheres, para um alfa de 5% e um poder de 80%.

Todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama no HSRC, no período do estudo, foram inseridas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Para o primeiro momento do estudo, foram utilizados, como critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HSRC, que não tinham realizado nenhum tipo de tratamento de câncer anterior e com 18 anos ou mais de vida. Para a continuidade do acompanhamento das pacientes, no segundo e terceiro momentos, adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: pacientes que

realizaram tratamento posterior à cirurgia diferente de quimioterapia e pacientes em que não houve definição do tratamento dentro do período estudado.

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista com registro em formulário, realizada pela própria pesquisadora, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizaram-se dois roteiros: um para registro das informações sociodemográficas das participantes; e o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) para avaliar a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida nos diferentes momentos.

O OHIP possui, em sua versão original, 49 itens e uma versão reduzida com 14 itens, que são efetivos para determinar as mesmas associações com os fatores clínicos e sociodemográficos do instrumento original¹⁸. Utilizou-se a versão reduzida do instrumento no presente estudo, OHIP - 14.

Desenvolvido originalmente no idioma inglês e em diferentes contextos socioculturais, ao longo do tempo foi traduzido em diversos idiomas¹⁵, inclusive traduzido transculturalmente e validado para o idioma português do Brasil¹⁹.

Para a codificação do OHIP, utilizou-se uma escala de frequência do tipo Likert, com cinco opções sobre a frequência com que experimentam cada problema em um período. As opções são: sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca/não se aplica. Posteriormente, foi realizada a avaliação de forma dicotomizada. As respostas “sempre” e “frequentemente” foram classificadas como com impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca”, sem impacto.

Quanto às dimensões do OHIP, realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos três momentos da pesquisa. Para verificar a direção (tendência) da discordância, ou seja, estudar a mudança nos três momentos, aplicou-se o teste de McNemar, e para mensurar os níveis de concordância nos três momentos, empregou-se o teste *Kappa*, considerando, segundo Landis e Koch²⁰, concordância quase perfeita (0,80–1,00), substancial (0,60–0,79), moderada (0,41–0,59), razoável (0,21–0,40), ruim ($\leq 0,20$), compararam-se os momentos da pesquisa de dois em dois.

Os dados clínicos utilizados nesta pesquisa foram coletados por outra pesquisadora e aproveitados como fontes complementares ao presente trabalho.

Quanto aos problemas bucais, realizou-se o teste de McNemar para estudar a discordância entre os três momentos, comparados dois a dois.

O nível de significância adotado foi de 5% no presente estudo, organizaram-se os dados no programa Microsoft Office Excel 2007 *for Windows* e analisou-se, pelo Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), sob nº 274/11, em 14 de dezembro de 2011, e a pesquisa foi autorizada pelo HSRC.

5.2.4 Resultados

A amostra inicial constituiu-se de 89 mulheres e foram excluídas 48 (53,9%) mulheres: 26 (29,2%) que realizaram tratamentos diversos como radio e/ou hormonioterapia e 22 (24,7%) em que não houve definição do tratamento no período do estudo, permanecendo uma amostra final de 41 mulheres.

Na Tabela 1, verificam-se as características sociodemográficas e as manifestações bucais da amostra. Quanto às características sociodemográficas, a maioria das mulheres possui idade igual ou maior de 50 anos (61%), são casadas/união estável (68%), estudaram até a 3ª série do ensino fundamental (33%), de cor branca (56%) e predominantemente de classe C (63%). Em relação ao local de residência, apenas 5% das pacientes residem em Vitória.

Quanto às manifestações bucais nos três momentos, houve um percentual de 5% de mucosite apenas no terceiro momento; percentual de xerostomia de 15% no primeiro e terceiro momentos e de 20% no segundo momento; gengivite esteve presente em 10% da amostra no primeiro momento, passando a 22% no segundo e 15% no terceiro momento (Tabela 1). Os resultados não foram significantes estatisticamente quando aplicado o teste McNemar nos três momentos ($p > 0,05$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e das manifestações bucais das mulheres com câncer de mama. Vitória/ES, 2012-2013

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária	Até 49 anos	16	39%
	50 – 59 anos	14	34%
	60 anos e mais	11	27%
Município de residência	Vitória	2	5%
	Outras cidades	39	95%
Estado civil	Solteira	3	7%
	Casada/ União estável	28	68%
	Separada	3	7%
	Viúva	7	17%
Raça/cor	Branca	23	56%
	Negra	2	5%
	Parda	16	39%
Grau de instrução	Analfabeto ou até a terceira série do ensino fundamental	14	34%
	Quarta série do ensino fundamental completa ou até a oitava série incompleta	8	20%
	Fundamental completo	6	15%
	Ensino médio completo	10	24%
	Ensino superior completo	3	7%
Classificação socioeconômica	B	7	17%
	C	26	63%
	D	8	20%
Mucosite	Momento 1	0	0%
	Momento 2	0	0%
	Momento 3	2	5%
Xerostomia	Momento 1	6	15%
	Momento 2	8	20%
	Momento 3	6	15%
Gengivite	Momento 1	4	10%
	Momento 2	9	22%
	Momento 3	6	15%

A Tabela 2 apresenta os dados percentuais de impacto nas sete dimensões e no escore geral, nos três momentos da pesquisa. O resultado para o escore geral foi de 27% no primeiro momento, passando a 49% no segundo momento, após a 1ª sessão de quimioterapia e 46% no terceiro momento, após a 2ª sessão de quimioterapia (Tabela 2).

O tempo médio de acompanhamento dessas pacientes, após as sessões de quimioterapia, ocorreu no 17º dia, variando do 7º ao 26º dia após a primeira sessão de quimioterapia, e do 5º ao 25º dia após a segunda sessão de quimioterapia.

Tabela 2 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama nos três momentos da pesquisa. Vitória/ES, 2012-2013

Dimensões	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
	N	%	n	%	n	%
OHIP						
Limitação funcional	1	2%	15	37%	14	34%
Dor física	5	12%	13	32%	12	29%
Desconforto psicológico	8	20%	5	12%	4	10%
Incapacidade física	1	2%	8	20%	5	12%
Incapacidade psicológica	6	15%	2	5%	3	7%
Incapacidade social	1	2%	2	5%	2	5%
Deficiência	3	7%	1	2%	2	5%
Escore geral	11	27%	20	49%	19	46%

Comparando a frequência de impacto, por dimensão, entre o primeiro e o segundo momentos da pesquisa, os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significantes nas dimensões limitação funcional ($p=0,001$), dor física ($p=0,039$) e incapacidade física ($p=0,039$). Quanto ao escore final do OHIP, o resultado foi potencialmente significativo ($p=0,064$). Essas diferenças são na direção da piora da qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama entre o 1º e 2º momentos da pesquisa. Vitória/ES, 2012-2013

OHIP	Momento 1	Momento 2		Kappa	p-valor	McNemar p-valor
		Sim	Não			
Limitação funcional	Sim	1	0	0,083	0,183	0,001
	Não	14	26			
Dor física	Sim	3	2	0,191	0,147	0,039
	Não	10	26			
Desconforto psicológico	Sim	1	7	0,004	0,977	0,549
	Não	4	29			
Incapacidade física	Sim	0	1	-0,045	0,618	0,039
	Não	8	32			
Incapacidade psicológica	Sim	1	5	0,191	0,147	0,219
	Não	1	34			
Incapacidade social	Sim	0	1	-0,034	0,891	1,000
	Não	2	38			
Deficiência	Sim	0	3	-0,038	0,776	0,625
	Não	1	37			
Escore geral	Sim	6	5	0,063	0,655	0,064
	Não	14	16			

Na comparação das frequências de impacto, por dimensão, entre o segundo e o terceiro momentos, os resultados mostraram concordância estatisticamente significativa em todas as dimensões ($p < 0,05$), variando de razoável à substancial, e uma concordância moderada no escore geral do OHIP ($p=0,003$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama entre o 2º e 3º momentos da pesquisa. Vitória/ES, 2012-2013

OHIP	Momento 2	Momento 3		Kappa	McNemar	
		Sim	Não		p-valor	p-valor
Limitação funcional	Sim	9	6	0,414	0,008	1,000
	Não	5	21			
Dor física	Sim	8	5	0,482	0,002	1,000
	Não	4	24			
Desconforto psicológico	Sim	2	3	0,377	0,015	1,000
	Não	2	34			
Incapacidade física	Sim	5	3	0,728	0,001	0,250
	Não	0	33			
Incapacidade psicológica	Sim	1	1	0,363	0,017	1,000
	Não	2	37			
Incapacidade social	Sim	1	1	0,474	0,002	1,000
	Não	1	38			
Deficiência	Sim	1	0	0,655	0,001	1,000
	Não	1	39			
Escore geral	Sim	14	6	0,462	0,003	1,000
	Não	5	16			

Quando comparadas as frequências de impacto, por dimensão, entre o primeiro e terceiro momentos, houve diferença estatisticamente significativa na dimensão limitação funcional ($p=0,001$), na direção de piora da qualidade de vida, e concordância razoável no escore geral do OHIP ($p=0,040$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência do impacto, por dimensão, nas mulheres com câncer de mama entre o 1º e 3º momentos da pesquisa. Vitória/ES, 2012-2013

OHIP	Momento 1	Momento 3		Kappa	p-valor	McNemar p-valor
		Sim	Não			
Limitação funcional	Sim	1	0	0,092	0,160	0,001
	Não	13	27			
Dor física	Sim	2	3	0,076	0,574	0,092
	Não	10	26			
Desconforto psicológico	Sim	1	7	0,042	0,771	0,344
	Não	3	30			
Incapacidade física	Sim	0	1	-0,042	0,706	0,219
	Não	5	35			
Incapacidade psicológica	Sim	0	6	-0,108	0,456	0,508
	Não	3	32			
Incapacidade social	Sim	0	1	-0,034	0,819	1,000
	Não	2	38			
Deficiência	Sim	0	3	-0,062	0,684	1,000
	Não	2	36			
Escore geral	Sim	8	3	0,293	0,040	0,057
	Não	11	19			

5.2.5 Discussão

Desenvolveu-se este estudo em uma amostra de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama no HSRC. Sabe-se que a maior parte dos quimioterápicos atua em todos os tecidos, podendo provocar diversos efeitos colaterais no organismo, inclusive na cavidade bucal^{6,21}. Uma vez que as células do epitélio oral têm alto índice mitótico, tornam-se mais susceptíveis aos efeitos tóxicos das drogas quimioterápicas^{4,22}. Dentre as manifestações bucais associadas ao tratamento quimioterápico do câncer, as mais esperadas são: mucosite^{4,6,8,21-23}, xerostomia^{6-8,24}, doenças periodontais²¹ e infecção⁶.

No presente estudo, não houve um aumento estatisticamente significativo na frequência das manifestações bucais, quando aplicado o teste McNemar, demonstrando que as manifestações bucais não pioraram nas pacientes estudadas. Contudo, os autores são unânimes em afirmar que há uma alta frequência das manifestações bucais associada à quimioterapia^{21,25}. Esses estudos trazem os dados de prevalência em um único momento, sendo, portanto, necessárias novas pesquisas longitudinais para avaliar as variações das manifestações bucais durante o tratamento.

Houve dificuldade de padronização do período de coleta de dados entre as sessões de quimioterapia. O recomendado seria a coleta de dados entre o quinto e décimo dia após a sessão quimioterápica, período esse apontado por alguns autores como de início das manifestações bucais^{22,26,27}. Essa padronização foi limitada pelo fato de 95% da amostra residem cidades diferentes do local do tratamento, o que impossibilitou, na maioria dos casos, a vinda das mulheres no período determinado.

Todavia, apesar dos resultados do aumento das manifestações bucais não se mostrarem significantes estatisticamente, observou-se um aumento na frequência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dessas mulheres após o início do tratamento quimioterápico.

Analisando a frequência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida nas mulheres antes de qualquer intervenção, verifica-se que o resultado corrobora outros estudos realizados em populações distintas de adultos e idosos no Brasil²⁸⁻³² e difere

de pesquisas desenvolvidas em países como Austrália e Estados Unidos onde a frequência de impacto é menor¹⁵.

Esse resultado reforça a precária condição de saúde bucal de adultos e idosos no Brasil³³, causada, principalmente, pela dívida assistencial deixada pela Odontologia curativa e mutiladora, praticada quase que exclusivamente até pouco tempo no País³⁴.

Além disso, estudos realizados em pacientes oncológicos relatam que a saúde bucal desfavorável, antes do início do tratamento antineoplásico, está diretamente associada ao aparecimento das complicações orais^{4,22,35,36}.

Na análise realizada após o início do tratamento quimioterápico, verifica-se um aumento importante na frequência de impacto das manifestações bucais na qualidade de vida. Estudos têm demonstrado que as manifestações bucais ocorrem em cerca de 40% dos pacientes que receberam tratamento quimioterápico^{4-6,22}. A comparação com outros estudos foi dificultada pela falta de referências acerca da frequência de impacto em diferentes momentos.

Quando analisada a frequência de impacto das manifestações bucais na qualidade de vida das pacientes, por dimensão, entre o primeiro e segundo momentos da pesquisa, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes nas dimensões limitação funcional, dor física e incapacidade física, além de o escore final do OHIP ter apresentado resultado potencialmente significativo. Essas diferenças são na direção da piora da qualidade de vida das mulheres estudadas.

O OHIP é um indicador subjetivo desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade autoavaliada atribuída à condição bucal³⁰. Além disso, é um instrumento suficientemente sensível para capturar mudanças no impacto de condições orais¹⁶.

Torna-se importante destacar que a dimensão limitação funcional aborda questões relacionadas com a dificuldade na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar; a dimensão dor física questiona acerca da sensação de dor, bem como do incômodo no momento de se alimentar; e a dimensão incapacidade física refere-se ao possível prejuízo na alimentação e da necessidade de interromper as refeições devido aos problemas bucais.

Essas três dimensões abordam o impacto das manifestações bucais em atividades essenciais das pessoas. Autores têm demonstrado que, dentre os efeitos colaterais provocados pela quimioterapia, as manifestações orais se encontram entre as mais devastadoras em curto e longo prazo, por afetarem as atividades humanas mais básicas, como alimentar-se e comunicar-se⁷.

Santos³⁷ revela, ainda, que as manifestações orais podem ser graves e interferir nos resultados da terapêutica médica, levando a complicações sistêmicas importantes. A limitação da fala pode trazer um quadro de isolamento social, e a dificuldade na alimentação pode acarretar debilidade do estado geral da paciente, sendo necessário, às vezes, interromper o tratamento para permitir a recuperação da mucosa bucal⁷.

A comparação das frequências de impacto, por dimensão, entre o segundo e terceiro momentos, revelou concordância estatisticamente significativa em todas as dimensões. A partir da análise do *Kappa*, verificou-se que as concordâncias das dimensões do OHIP variaram de razoável a substancial, apresentando uma concordância moderada no escore geral do OHIP. Esse resultado sugere que não há necessidade de investigação além do segundo momento da pesquisa, contudo novos estudos longitudinais com amostras maiores são necessários para reforçar os resultados encontrados.

Quando comparadas as frequências de impacto, entre o primeiro e terceiro momentos, houve diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão limitação funcional e concordância razoável no escore geral do OHIP. A partir desse resultado, verifica-se que as questões relacionadas com a dificuldade na fala e a diminuição da sensibilidade do paladar permanecem apresentando um impacto negativo na qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico. Nas demais dimensões, a concordância encontrada foi baixa, caracterizando que os resultados nos dois momentos não podem ser considerados iguais.

É necessário destacar que a dicotomização dos escores do OHIP, gerando medidas percentuais, pode ter limitado a percepção, no presente estudo, da frequência das manifestações bucais nas pacientes. Estudos com interpretação dos escores por médias – medidas de severidade – poderiam trazer resultados mais sensíveis à pesquisa.

Os resultados observados no estudo reforçam a necessidade de atuação do profissional da Odontologia dentro da equipe multidisciplinar do tratamento oncológico. Alguns autores já demonstraram que um programa de atendimento odontológico durante o tratamento quimioterápico favorece o equilíbrio e a manutenção da saúde bucal dos pacientes^{8,38}.

5.2.6 Conclusão

Houve um aumento no percentual de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres investigadas do primeiro para o segundo momento da pesquisa. O impacto é significativo nas dimensões limitação funcional, dor física e incapacidade física, interferindo em condições essenciais das mulheres, como a fala e a alimentação.

Esse resultado demonstra que as mulheres em terapia antineoplásica já possuem um alto impacto antes do início do tratamento e essa condição é ainda agravada após o tratamento quimioterápico.

É extremamente importante a integração do cirurgião-dentista com a equipe de oncologia no cuidado do paciente em todos os estágios da doença. Esses pacientes requerem cuidados bucais específicos, necessitando de acompanhamento antes, durante e após o tratamento oncológico, na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da quimioterapia, melhorando assim a sua qualidade de vida.

5.2.7 Referências

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* 2011.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2011.
4. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Complicações bucais da quimioterapia do câncer. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L, Editores. *Princípios e prática de medicina oral*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996, p. 358-81.
5. Herrstedt J. Prevention and management of mucositis in patients with câncer. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2000; 16:161-3.
6. Paiva MDEB, Biase RCCG, Moraes JJC, Angelo AR, Honorato MCTM. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. *Arq Odonto* 2010; 46(1):48-55.
7. Arisawa EAL, Silva CMOM, Cardoso CAC, Lemos NRP, Pinto MC. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químico e à radioterapia. *Rev Biociên* 2005; 11(1-2):55-61.
8. Hespanhol FL, Tinoco BEM, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciênc saúde coletiva* 2010; 15(1):1085-94.
9. Araujo SSC, Padilha DMP, Baldisserotto J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. *Rev Bras Cancerol* 2009; 55(2):129-138.
10. Lotti RCB, Barra AA, Dias, RC, Makluf ASD. Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida. *Rev Bras Cancerol* 2008; 54(4): 367-71.
11. Araujo VE. *Perfil do impacto dos problemas de saúde bucal medido pelo OHIP 14 em uma amostra de adolescentes, adultos e idosos em Ouro Preto – MG no ano de 2005*. [Dissertação]. Campinas (SP): São Leopoldo Mandic; 2007.
12. Biazevic MGH. *Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática* [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2001.

13. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
14. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5:5-13.
15. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine, ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Health* 2009; 37(2):171-81.
16. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1996;24:317-21.
17. HSRC. Site do Hospital santa Rita de Cássia. [citado 2013 jan 30]. Disponível em: <http://www.santarita.org.br/index.php?id=/capa/oncologia>.
18. Slade GD. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. *Community Dental Health* 1997; 25(4):284-90.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14.
20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
21. Chung EM, Sung EC. Dental management of chemoradiation patients. *J Calif Dent Assoc* 2006;34(9):735-42
22. Sanches Junior JA, Brandt HRC, Moure ERD, Pereira GLS, Criado PR. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I. *An Bras Dermatol* 2010;85(4):425-37.
23. Volpato LER, Silva TC, oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Rev Bras Otorrinol* 2007;73(4):562-68.
24. Costa RCL, Costa EL, costa JF, Neves MIR, Silva NB. Manifestações bucais em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamento antineoplásico: Revisão de Literatura. *NewsLab* 2007;84.
25. Martins ACM, Caçador NP, Gaeti WP. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. *Acta Scientia* 2002;24(3):663-70.
26. Epstein JB, Schubert MM. Oral mucositis in myelosuppressive cancer therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88(3):273-6.

27. Harris DJ. Cancer treatment-induced mucositis pain: strategies for assessment and management. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2006;2(3):251-8.
28. Bortoli D. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2003; 9(3-4):955-65.
29. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHBM. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):46-51.
30. Bombarda-Nunes FFB, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008; 8(1):7-14.
31. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14 (1):44-50.
32. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):397-406.
33. Campostrini EP, Ferreira EF, Rocha FL. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. *Arq Odontol* 2007; 43(2):48-56.
34. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-75.
35. Seroli W, Rapoport A. Avaliação da saúde bucal no diagnóstico de pacientes com câncer bucal. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2009;38(3):157-62.
36. Lopes IA, Nogueira DN, Lopes IA. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças de um centro de tratamento oncológico. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012;12(1):113-19.
37. Santos PSS. *Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal previa ao transplante de medula óssea* [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2005.
38. Lobão DS, Oliveira BMO, Massara MLA, Viana MB, Nunes L. Condições da cavidade bucal e acompanhamento odontológico de crianças com leukemia linfocítica aguda. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4):25-32.

6 CONCLUSÃO DO ESTUDO

As pacientes em terapia antineoplásica para o câncer de mama apresentam um alto impacto dos problemas bucais na qualidade de vida antes do início do tratamento e, posteriormente, essa condição é agravada com o início do tratamento quimioterápico, interferindo em condições essenciais das mulheres, como a fala e a alimentação.

Torna-se extremamente importante a integração do cirurgião-dentista com a equipe de oncologia no cuidado das pacientes em todos os estágios da doença. Cuidados bucais específicos são necessários além de acompanhamento antes, durante e após o tratamento oncológico, na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da quimioterapia.

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes oncológicos são de fundamental importância na compreensão do impacto dos problemas bucais em sua vida. O uso de indicadores subjetivos em conjunto com indicadores normativos possibilita o planejamento de estratégias apropriadas de assistência, garantindo a melhoria da qualidade de vida da população.

ALVES N. S. **Prevalência de cárie em dependentes químicos em recuperação e impacto dos problemas de saúde bucal em sua qualidade de vida.** 2009. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Associação Brasileira de Odontologia, Vitória, Espírito Santo, 2009.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **Câncer staging manual.** 7 ed., 2011. Disponível em: <<http://www.cancerstaging.org/staging.pdf>>. Acesso em: 7 de nov. 2012.

ARAUJO, V. E. **Perfil do impacto dos problemas de saúde bucal medido pelo OHIP 14 em uma amostra de adolescentes, adultos e idosos em Ouro Preto, MG.** 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo, 2007.

ARAUJO, S. S. C.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 55, n. 2. p. 129-138, 2009.

ARISAWA, E. A. L. et al. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químico e à radioterapia. **Revista de Biociência de Taubaté**, v. 11, n.1-2, p. 55-61, jan./jun. 2005.

BARBOSA, A. M.; RIBEIRO, D. M.; CALDO-TEIXEIRA, A. S. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p.1113-1122, 2010.

BIANCO, V. C. et al. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4. p. 2165-2172, 2010.

BIAZEVIC, M. G. H. **Indicadores subjetivos em saúde bucal:** revisão sistemática. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOMBARDA-NUNES, F. F.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Pesq. Bras. Odontop. Clín. Integ.**, v. 8, n. 1. p. 7-14, jan./abr. 2008.

BORTOLI D. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v. 9, n. 3-4, p. 955-965, 2003.

BRASIL. **Critério de Classificação econômica do Brasil/2008**. ABEP, ABIPEME. Disponível em: <www.abep.org/codigosguias/critério_Brasil_2008r>. Acesso em: 5 jun. 2011.

_____. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

CAMPOSTRINI, E. P.; FERREIRA, E. F.; ROCHA, F. L. Condições da saúde bucal do idoso brasileiro. **Arq. Odontol.**, v. 43, n. 2, p. 48-56, 2007.

CARTA DE OTTAWA. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

CARTILHA DO PREMMA. Hospital Santa Rita de Cássia. **Aprendendo a cuidar-se pós-mastectomia**, 2009.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. 2007. (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco; 2007.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. B. M. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

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

COSTA, R. C. L. et al. Manifestações bucais em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamento antineoplásico: Revisão de Literatura. **NewsLab**, 84 ed. 2007.

EPSTEIN, J. B. et al. Oral Complications of Cancer and Cancer Therapy. American Cancer Society. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 62, n. 6, 401-422, 2012.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International Journal of Cancer**, v. 127, 2893-2917, 2010.

FEU D.; QUINTÃO, C. C. A., MIGUEL J. A. M. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na ortodontia. **Dental Press J. Orthod.**, v. 15, n. 6, p. 61-70, 2010.

GIRALDO-MORA, C. V. Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. 2009. **Rev. Salud Pública**, v. 11, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2012.

GLOBAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTER. **Notes on "Quality of Life"**. 2002. Disponível em: <<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

GUIOTOKU, S. K. et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 2. p. 135-141. 2012.

HARRIS, D. J. Cancer treatment-induced mucositis pain: strategies for assessment and management. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 2, n. 3, p. 251-258, 2006.

HERRSTEDT, J. Prevention and management of mucositis in patients with câncer. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 16, p. 161-163, 2000.

HESPANHOL, F. L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1085-1094, 2010.

HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA. Disponível em: <<http://www.santarita.org.br/index.php?id=/capa/oncologia>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. IARC. Disponível em: <<http://globalcancermap.com/>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **TNM**: classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

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

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Informativo quadrimestral do Inca**. Rio de Janeiro, 2012b.

JEMAL, A. et al. Global Cancer Statistics. American Cancer Society. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, n. 2, 69-90, 2011

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. **Saúde bucal coletiva**: quadros social, epidemiológico e político. In: RODE, S. M., NUNES, S. G. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p.159-174, 1977.

LAWRENCE, H. P. et al. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 36, n. 4. p. 305-316, 2008.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J. Dent. Res.**, v. 74, n. 7, p. 1408-1413, Jul.1995.

LOBÃO, D. S. et al. Condições da cavidade bucal e acompanhamento odontológico de crianças com leucemia linfocítica aguda. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 18, n. 4. p. 25-32, 2008.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Comm. Dent. Health**, v. 5, p. 5-13, 1988.

_____. Subjective indicator of oral health status. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, p. 105-112, 1997.

LOTTI, R. C. B. et al. Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 54, n. 4. p. 367-371. 2008.

LOPES, I. A.; NOGUEIRA, D. N.; LOPES, I. A. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças de um centro de tratamento oncológico. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2012.

MARTINS, A. C. M.; CAÇADOR, N. P.; GAETI, W. P. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. **Acta Scientia**, v. 24, n. 3. p. 663-670, 2002.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998 - 2008. **International Journal for Equity in Health**, v.11, p. 33. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal Oral Health Impact Profile (OHIP). **UFES Rev. Odont.**, v. 3, n. 1, p. 32-38, 2001.

MIOTTO, M. H. M. B.; LOUREIRO, C. A. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, v. 5, n. 3. p. 6-14, 2003.

MIOTTO, M. H. M. B. Editorial: A odontologia e a Teoria da Cauda Longa. **UFES Rev. Odontol.**, v. 9, n. 1. p. 20-25, 2007.

MIOTTO, M. H. M. B; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2. p. 397-406. 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

MONTERO-MARTÍN, J. et al. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal**, v. 14, n. 1, p. 44-50, 2009.

MOREIRA, M. M. S. Qualidade de Vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista**, v. 9, n. 1, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n1_marilda.htm>. Acesso em: 15 out. 2012.

MOREIRA R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005.

OLIVEIRA B. H.; NADANOVSKY P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

PAIVA, M. D. E. B. et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 1, jan./mar. 2010.

PANDOLFI, M. et al. Saúde bucal e qualidade de vida de usuários dos serviços odontológicos de Vitória (ES). **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 11, n. 3, p. 311-316, 2011.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.

SALOTO, J. P. S.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos de Iúna, ES. **UFES Rev. Odontol.**, v. 9, n. 3, p.31-36, 2007.

SANCHES JUNIOR, J. A. et al. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 4, p. 425-437, 2010.

SANDERS A. E. et al. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Comm. Dent. Health**, v. 37, n. 2, p. 171-181, 2009.

SANTOS, P. S. S. Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal previa ao transplante de medula óssea. 2005. (Mestrado em

Odontologia) Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

SEROLI, W.; RAPOPORT, A. Avaliação da saúde bucal no diagnóstico de pacientes com câncer bucal. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 3, p. 157-162, 2009.

SILVA, N. S. **Avaliação do efeito das condições sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos sobre o perfil do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta e idosa de Cuiabá, MT.** 2002. (Mestrado em Odontologia). Universidade Camilo Castelo Branco, Campinas, São Paulo, 2002.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Saúde no Brasil, 2011.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Comm. Dent. Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.

SLADE, G. D.; HOSKIN, G. W.; SPENCER, A. J. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 24, p. 317-321, 1996.

SLADE, G. D. Derivation and validation of short-form oral health impact profile. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, n. 25, p. 284-290, 1997.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG L. Complicações bucais da quimioterapia do câncer. In: _____. **Princípios e prática de medicina oral.** 2. ed. Rio de Janeiro, p. 358-381, 1996.

TOMAR, S. L.; AZEVEDO, A. B.; LAWSON, R. Adult dental visits in California: successes and challenges. **J. Pub. Health Dent.**, v. 58, n. 4. p. 275-280, 1998.

VOLPATO, L. E. R. et al. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. **Rev. Bras. Otorrinol.**, v. 73, n. 4, p. 562-568. 2007.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha e a outra será da pesquisadora responsável.

1-OBJETIVO DA PESQUISA - Esta pesquisa tem por objetivo, avaliar o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do câncer de mama.

2-DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA - Minha participação nessa pesquisa acontecerá no Hospital Santa Rita de Cássia, onde participarei em três momentos respondendo a dois questionários por meio de uma entrevista. O tempo necessário é estimado em torno de 15 min.

3-RISCOS E DESCONFORTOS - Fui esclarecido de que não há riscos existentes no preenchimento dos questionários.

4-BENEFÍCIOS - Fui esclarecido de que não receberei nenhum benefício direto. Como benefício indireto a possibilidade de encaminhamento ao serviço de referência em odontologia da UFES e uma maior conscientização dos profissionais de saúde sobre o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do CA de mama.

5-GARANTIA DE SIGILO DE IDENTIDADE - Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da identidade da participante. Caso a pesquisa seja publicada o meu nome não será divulgado.

6-RESSARCIMENTO FINANCEIRO - É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.

7-DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA - Fui informada que posso abandonar a pesquisa e isto não acarretará em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.

8-ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS - Em caso de quaisquer dúvidas referentes à pesquisa, poderei contatar as responsáveis: Maria Helena M. B. Miotto (mhmiootto@terra.com.br - (27) 3335-7236) e Marcela Veira Calmon (marcelacalmon@yahoo.com.br - (27) 8122-0302). Na dificuldade de encontrá-las, poderei procurar através do Comitê de Ética em Pesquisa – www.ccs.ufes.br/cep ou Tel: 3335-7211.

Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo.

Vitória, _____ de _____ de 2012.

Pesquisadora

Participante da pesquisa

**APÊNDICE B – Roteiro para registro das informações das participantes
(1º momento)**

Data: _____

NOME: _____

IDADE - Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ (Dia/ Mês/ Ano)

LOCAL DE RESIDÊNCIA

1 Zona Urbana 2 Zona Rural Município _____

ESTADO CIVIL - Qual é o seu estado civil atual?

1 Solteira 2 Casada / União Estável 3 Separada 4 Viúva

ETNIA - A senhora considera que sua cor ou raça é :

1 Branca 2 Negra 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena

IMC - Qual é o seu peso atual? _____ Qual é a sua altura? _____

Valor do IMC = Peso (Kg) / (Altura x Altura (m)): _____

ESCOLARIDADE - A senhora sabe ler e escrever? 1 Sim Não

Estudou até que série? Não frequentou a escola

Escolaridade	Situação
Analfabeto ou até a terceira série do ensino fundamental	
Quarta série do ensino fundamental completa ou até a oitava série incompleta	
Fundamental completo	
Ensino médio completo	
Ensino superior completo	

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE TRABALHO

A senhora tem ou teve algum trabalho neste último ano? 1 Sim Não

Qual é ou era o trabalho que a senhora exercia? _____

1 Funcionária 2 Dona de casa 3 Autônoma/
conta-própria 4 Empregadora 5 Outro

A senhora possui os bens de consumo abaixo relacionado?

Bens de consumo (assinalar com X)							
Bens	Não	Quantidade					
Televisor em cores	0	1	2	3	4	5	6

Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4	5	6
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	1	2	3	4	5	6
Automóvel	0	1	2	3	4	5	6
Empregada mensalista	0	1	2	3	4	5	6
Máquina de lavar roupa	0	1	2	3	4	5	6
Geladeira	0	1	2	3	4	5	6
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0	1	2	3	4	5	6

Fonte: ABA/ABIPEME

Qual o grau de instrução do(a) chefe da família?

INSTRUÇÃO (assinalar com X)	
Analfabeto / Primário incompleto	
Primário Completo / Ginásial Incompleto	
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	
Colegial Completo / Superior Incompleto	
Superior Completo	

Fonte: ABA/ABIPEME

Qual é a sua renda familiar atual (renda de toda a família junta)?

1 Até 1 salário mínimo

2 De 1 a 2 salários mínimos

3 De 2 a 3 salários mínimos

4 De 3 a 4 salários mínimos

5 De 4 a 5 salários mínimos

6 De 5 a 6 salários mínimos

7 Mais de 6 salários mínimos

Valor do salário mínimo R\$ _____

Quantas pessoas vivem desta renda?

INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

A senhora possui escova de dente de uso individual na sua residência? _____

A senhora utiliza o dentífrico (pasta) nas suas escovações? _____

A senhora faz uso de algum produto para bochecho diariamente? _____

Se sim, qual? _____

A senhora realiza alguma atividade física com frequência (caminhadas / exercícios / prática de esportes, etc.)? Quantas vezes por semana?

- 1 Nenhuma atividade física 2 1 ou 2 vezes por semana 3 3 ou mais vezes por semana

Quanto tempo a senhora gasta, geralmente, para realizar esta atividade física? _____

A senhora consome bebida alcoólica? Se sim, com que frequência?

- 1 Nunca 2 Raramente ou socialmente 3 Nos finais de semana 4 Diariamente

A senhora já fumou ou ainda fuma?

- 1 Não fumante 2 Ex-fumante 3 Fumante atual

Se sim, quantos cigarros a senhora fumava / fuma por dia? _____

Por quanto tempo a senhora fumou / há quanto tempo a senhora fuma? _____

Há quanto tempo parou de fumar? _____

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

As questões em seguida perguntam sobre contato com profissionais de saúde bucal nos últimos 6 meses.

A senhora foi atendida por um dos seguintes profissionais de saúde nos últimos 12 meses?

- 1 Cirurgião-Dentista 2 THD (Técnico de Higiene Dental) 3 Dentista Prático 4 Não sei, não procurou.

Se sim, qual foi o motivo para procurar o profissional nos últimos 6 meses?

- 1 Urgência 2 Tratamento rotina 3 Prevenção 4 Não sei, não procurou.

COMORBIDADES

A senhora tem alguma desses problemas de saúde?

- a. Hipertensão / Pressão alta 1 Sim 2 Não
 b. Diabetes 1 Sim 2 Não
 c. Doença do coração / cardiovascular 1 Sim 2 Não

Apresenta algum outro problema de saúde? _____

A senhora toma alguma medicação ou faz tratamento para alguma destas doenças?

- a. Hipertensão / Pressão alta 1 Sim 2 Não
 b. Diabetes 1 Sim 2 Não
 c. Doença do coração / cardiovascular 1 Sim 2 Não

A senhora toma alguma outra medicação? Se sim, qual? _____

Para quê? _____

Com que frequência toma essa medicação? _____

REDE SOCIAL E RELACIONAMENTOS

Com quantas pessoas a senhora mora? _____

A senhora tem ou teve filhos? 1 Sim 2 Não

Se sim, quantos filhos a senhora tem ou teve? _____

Como a senhora considera a sua relação com os seus filhos?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

A senhora tem um parceiro, um companheiro afetivo atualmente? 1 Sim 2 Não

Como a senhora considera a sua relação com o seu companheiro?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

CRENÇAS ESPIRITUAIS

Atualmente a senhora tem crenças religiosas ou espirituais que lhe ajudam em sua vida, na atualidade? 1 Sim 2 Não

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Quando teve seu diagnóstico de câncer de mama? _____

Qual estadiamento? 1 I 2 II 3 III 4 IV

**APÊNDICE C – Roteiro para registro das informações das participantes
(2º e 3º momentos)**

Data: _____

NOME: _____

IMC

Qual é o seu peso atual? _____ Qual é a sua altura? _____

Valor do IMC = Peso (Kg) / (Altura x Altura (m)): _____

INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

A senhora faz uso de algum produto para bochecho diariamente? 1 Sim 2 Não

Se sim, qual? _____

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

As questões em seguida perguntam sobre contato com profissionais de saúde bucal nas últimas semanas.

A senhora foi atendida por um dos seguintes profissionais de saúde?

1 Cirurgião-Dentista 2 THD (Técnico de Higiene Dental) 3 Dentista Prático 4 Não sei, não procurou.

Se sim, qual foi o motivo para procurar o profissional?

1 Urgência 2 Tratamento rotina 3 Prevenção 4 Não sei, não procurou.

REDE SOCIAL E RELACIONAMENTOS

Com quantas pessoas a senhora mora atualmente? _____

Atualmente, como a senhora considera a sua relação com os seus filhos?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

A senhora tem um parceiro, um companheiro afetivo atualmente? 1 Sim 2 Não

Como a senhora considera a sua relação com o seu companheiro?

1 Muito boa 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Muito ruim

CRENÇAS ESPIRITUAIS

Atualmente a senhora tem crenças religiosas ou espirituais que lhe ajudam em sua vida, na atualidade?

1 Sim 2 Não

CONDIÇÃO DE SAÚDE

Qual foi o tipo de sua cirurgia?

Retirada de parte da mama

Retirada dos gânglios na axila

Retirada total de mama

Há quanto tempo? _____

Houve reconstituição (prótese) ? 1 Sim 2 Não

Qual tipo de tratamento realiza atualmente?

a. Quimioterapia 1 Sim 2 Não

Há quanto tempo? _____

Quantas sessões? Qual periodicidade? _____

Qual quimioterápico (protocolo)? _____

b. Radioterapia 1 Sim 2 Não

Há quanto tempo faz? _____

Quantas sessões? Qual periodicidade? _____

c. Hormonioterapia 1 Sim 2 Não

Há quanto tempo faz? _____

Quantas sessões? Qual periodicidade? _____

d. Imunoterapia 1 Sim 2 Não

Há quanto tempo faz? _____

Quantas sessões? Qual periodicidade? _____

A senhora está tomando alguma outra medicação? Se sim, qual? _____

Para quê? _____

Com que frequência toma essa medicação? _____

ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14)

PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP 14)

Nome: _____

Orientação: Ao responder este roteiro não existe resposta certa ou errada. Você deve responder as perguntas sobre fatos acontecidos nos últimos meses, até ontem.

Itens (assinalar com x)	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
Item OHIP 1. Você teve problemas com a pronúncia de qualquer palavra por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 2. Você sentiu que o gosto da comida diminuiu por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentadura?						
Item OHIP 3. Você sentiu dor em sua boca?						
Item OHIP 4. Você achou-se incomodado para comer algum tipo de comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou dentaduras?						
Item OHIP 5. Você tem sentido desconfortável consigo mesmo por causa dos seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 6. Você sentiu-se estressado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou dentadura?						
Item OHIP 7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 8. Você teve que interromper refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 9. Tem sido difícil relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 10. Você já sentiu um pouco de vergonha por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 11. Você esteve um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 12. Você teve dificuldade para fazer suas obrigações por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 13. Você sentiu que a sua vida em geral estava sendo pior do que poderia ser por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 14. Você esteve totalmente incapaz de exercer suas atividades por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						

ANEXO B – Aprovação no CEP/UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 15 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado "Impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do câncer de mama em Vitória-ES."

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 274/11 intitulado "Impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do câncer de mama em Vitória-ES." e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.06.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 14 de dezembro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

Adauto Emmerich Oliveira

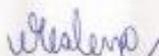
ANEXO C – Aprovação no HSRC



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: **"Impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das mulheres em tratamento do câncer de mama em Vitória-ES"**, da mestrande Marcela Vieira Calmon, sob a orientação da Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto e Co-orientação da Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Janeiro 2012 a Dezembro 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 25 de Abril de 2012.


Weslene Vargas Moura
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFEC/HSRC

Av. Marechal Campos 1579, Santa Cecília, Vitória - ES
Cep.: 29043-260 • Tel.: 3334-8000

