

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação

Performance status e a assistência odontológica
hospitalar em oncologia

José Ricardo Sousa Costa

Pelotas, 2011

JOSÉ RICARDO SOUSA COSTA

***Performance status e a assistência odontológica hospitalar
em oncologia***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em Diagnóstico Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Etges

Co-orientadoras: Prof^a Dr^a Ana Paula Neutzling Gomes

Prof^a Dr^a Sandra Beatriz Chaves Tarquinio

Pelotas, 2011

Dados de Catalogação da Publicação

C837p

Costa, José Ricardo Sousa

Performance status e a assistência odontológica hospitalar em oncologia / José Ricardo Souza Costa ; orientador: Adriana Etges ; co-orientador: Ana Paula Neutzling Gomes, Sandra Beatriz Chaves Tarquinio. – Pelotas: UFPel, 2011.

54 f. : tab.

Dissertação (Mestrado) Diagnóstico bucal. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

1. Performance Status. 2. ECOG. 3. Saúde bucal. 4. Quimioterapia. 4. Câncer. I. Etges, Adriana (orient.). II. Gomes, Ana Paula Neutzling (co-orient.) III. Tarquinio, Sandra Beatriz Chaves. (co-orient.) IV. Título.

D6

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Etges (orientadora)

Prof. Dr. Marco Antônio Trevizani Martins

Prof^a. Dr^a. Elaini Sickert Hosni

Prof. Dr. Marcos Antonio Torriani (suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, **Manoel** e **Eva**, e minha irmã, **Silvia**, pelo incondicional apoio, incentivo e esforços para a construção e realização deste sonho;

À minha esposa, **Roberta**, pela dedicação, apoio, incentivo, paciência, cumplicidade e, ainda que tenha tido reduzida minha companhia, por vezes, ausência, entender a função específica de minha profissão, a de **servir** sempre buscando melhorias no bem-estar da coletividade;

Ao **Paciente**, usuário do Sistema Único de Saúde, colaborador magno na construção e execução deste projeto, que consigamos dar-lhe espontaneamente, **na totalidade**, o retorno merecido dos benefícios oriundos deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por **tudo** o que me foi destinado;

À minha orientadora Professora Doutora **Adriana Etges (“Chefa”)** pela amizade, paciência, profissionalismo e constante preocupação com meu aprendizado e que eu possa ser um multiplicador do seu conhecimento: “seremos felizes”;

Às minhas co-orientadoras Professoras Doutoras **Sandra Beatriz Chaves Tarquínio** e **Ana Paula Neutzling Gomes** e também a Professora Doutora **Cristiane Furuse** por proporcionarem a possibilidade de pós-graduação nesta importante área da odontologia através da dedicação, profissionalismo e conhecimento compartilhado;

Ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia PPGO/FOP/UFPel, Professor Doutor **Flávio Fernando Demarco** e demais **professores do programa** por fazerem deste, motivo de orgulho para todos que fazem parte: docentes, discentes e colaboradores;

À Professora Doutora **Elaini Sickert Hosni**, pela amizade, exemplo, paciência e constante estímulo à realização deste projeto de vida concomitantemente com a possibilidade de trabalhar em ambiente hospitalar na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS);

Ao Professor **Marcos Antonio Torriani** pela amizade e contribuição significativa na elaboração, em um sábado à tarde, do pré-projeto requisito para o ingresso no mestrado. O senhor é um exemplo para mim;

À médica Doutora **Julieta Fripp** e Professora Doutora **Tânia Bighetti** membros da banca de qualificação do projeto, pela contribuição para adequação do estudo;

Aos amigos e colegas de mestrado em Diagnóstico Bucal **Fábio Coppola**, **Deise de Ávila Silva**, **Alessandro Menna Alves** e os das demais áreas da pós-graduação por multiplicarem as alegrias no convívio diário e diluírem os poucos momentos “menos alegres”, valeu a parceria;

Aos colegas de Unidade de Assistência ao Servidor/FURG e, em especial ao meu chefe, **Flávio Luiz Costa Cruz**, pela parceria e viabilidade da realização deste sonho e capacitação que contribuirá, sobremaneira, com minha atividade profissional na atenção aos nossos colegas servidores de nossa universidade;

Aos Colegas do Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca - CDDB **Silvana**, **Taiane**, **Ivana** e **Marta** pelo auxílio constante e importante colaboração na realização dos sonhos de todos: alunos e professores. À **Josiane Silva** (Josi), secretária do PPGO e futura colega da área da saúde, pela prestatividade e pelas muitas informações dadas ao longo deste período;

Aos colegas da RIMS **Aline, Rita, Gislene, Marina, Letícia, Silene, Eduardo, Magali, Francine, Ethieli e Lisandrea** pela constante troca de informações e conseqüente aprendizado para o sonhado exercício, compartilhado por todos, da odontologia hospitalar. Assim como aos demais colegas das diferentes, mas integradas, áreas da RIMS, professores e residentes, em especial às enfermeiras **Daniela Habekost e Isabel Cristina de Oliveira Arrieira**, pelo apoio e pela imprescindível ajuda no entendimento e aplicabilidade da tabela de *Performance Status* instrumento magno deste estudo.

À Pedagoga Mestre **Alessandra Castro** (Gerente de Educação e Pesquisa do HE/UFPel/FAU), ao Administrador **Mário Luz** (Gerente Operacional do HE/UFPel/FAU) e aos demais profissionais da saúde do HE/UFPel/FAU dos diferentes cenários da instituição pela rica troca de experiências, auxílio constante e incondicional, viabilizando a execução deste projeto que visa à melhoria dos serviços prestados aos nossos pacientes e que possa servir de exemplo para outras instituições;

E aos grandes amigos do departamento de cirurgia tia **Vera, Jessi, Cleusa, Clésia, Ricardo e Alexandre** pelo apoio e auxílio incondicional nos diferentes momentos de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido no mestrado na realização das inúmeras biópsias e cirurgias;

Aos amigos **André Menaré, Leonardo (Raçudo), Uistinei (Neizinho) e Jorge (Banana)** pela disciplina no comparecimento ao tradicional almoço de quinta-feira para proporcionar momentos únicos da verdadeira expressão prática da palavra amizade e a toda **turma do Caxias** pelo apoio e “recarga” de energias aos sábados à tarde no futebol (“nossa religião”);

A todos os **meus amigos de infância e de sempre** do bairro **Simões Lopes**, representados por **Júlio, Daniel (Garça), João Henrique (Ico), e Osvaldo (Cazané)**, por servirem de estímulo a cada novo projeto profissional de minha vida para que possamos compartilhar, ao término, a alegria e o orgulho de dizer “um de nós chegou até aqui”;

A **TODOS** que torceram por mim e influenciaram positivamente a realização deste projeto, mesmo que não especificamente citados, compartilho a alegria e importância de nossa conquista.

NOTAS PRELIMINARES

A presente dissertação foi redigida segundo o Manual de Normas para Dissertações, Teses e Trabalhos Científicos da Universidade Federal de Pelotas de 2006, adotando o Nível de Descrição 4 – estruturas em Artigos, que consta no Apêndice D do referido manual. Disponível no endereço eletrônico:

(http://www.ufpel.tche.br/prg/sisbi/documentos/Manual_normas_UFPel_2006.pdf).

RESUMO

COSTA, José Ricardo Sousa Costa. ***Performance Status e a assistência odontológica hospitalar em oncologia***. 2011. 54f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de alterações bucais em pacientes oncológicos sob internação hospitalar de acordo com a condição clínica geral, mensurada pela escala de *Performance Status* ECOG, além de subsidiar a criação de condutas odontológicas para a prevenção, suporte e tratamento de tais alterações neste seletivo grupo de pacientes. O estudo foi prospectivo e observacional realizado no período de 6 meses, através de avaliação semanal de pacientes portadores de neoplasia para classificação *Performance Status* ECOG individual e a verificação da ocorrência de alterações bucais relacionados ao câncer e ao seu tratamento em cada nível. Foram examinados 54 pacientes, distribuídos nos níveis de *Performance Status* 1 (1,85%), 2 (27,77%), 3 (59,26%) e 4 (33,33%), com alteração de nível em um mesmo paciente, e que apresentaram a ocorrência de alterações bucais como xerostomia (41,54%), disgeusia (4,62%), úlceras (16,92%), mucosite (3,08%), distúrbios hemostáticos (15,38%) e infecções (12,31%). De acordo com os resultados obtidos o estudo sugere que a ocorrência de alterações bucais foi diretamente proporcional aos níveis de PS ECOG e que esta associação subsidia a elaboração de programas de assistência odontológica com significativa equidade a pacientes oncológicos internados.

Palavras-chave: *Performance Status*. ECOG. Saúde Bucal. Quimioterapia.
Radioterapia. Câncer.

ABSTRACT

COSTA, José Ricardo Sousa Costa. ***Performance Status e a assistência odontológica hospitalar em oncologia***. 2011. 54f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The aim of the present study was to verify the prevalence of oral alterations in oncologic patients that had underwent hospital care, according to their general clinical conditions, which were measured by the Performance Status (PS) ECOG score. Another proposal was that this analysis would subsidize the creation of the dental protocols for the prevention, care and management of these oral alterations in a specific group of individuals. The prospective and observational study was performed in a period of six months, and consisted by weekly exams of the patients with oral neoplasms through the individual Performance Status ECOG scores and the identifications of the occurrence of oral alterations related to oral cancer and its treatment in each level. Fifty-four patients were examined and classified in PS 1 (18.5%), PS 2 (27.77%), PS 3 (59.26%), and PS 4 (33.33%). It was observed level changes in some individuals. The oral conditions were xerostomia (41.54%), dysgeusia (4.62%), oral ulcers (16.92%), mucositis (3.08%), haemostatic disturbances (15.38%), and infections (12.31%). Based on our findings, this study suggested that the presence of oral conditions were directly proportional to the PS ECOG levels and that this association providing conditions to create dental care programs characterized by the significant equity among the oncologic patients undergoing intensive care.

Keywords: Performance Status. ECOG. Oral Health. Chemotherapy. Radiotherapy. Cancer.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	<i>Performance Status</i> : escala de capacidade funcional.....	20
TABELA 2	Cronograma de atividades	23

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP	Academia Nacional dos Cuidados Paliativos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDDB	Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca
CID-O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
FAU	Fundação de Apoio Universitário
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HE	Hospital Escola
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IRC	Insuficiência Renal Crônica
PS	<i>Performance Status</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 PROJETO DE DISSERTAÇÃO.....	13
1.1 INTRODUÇÃO.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo geral.....	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 METODOLOGIA	20
1.4.1 Local	20
1.4.2 População e amostra	20
1.4.3 Coleta de dados e conduta.....	21
1.4.3.1 Avaliação clínica geral	21
1.4.3.2 Avaliação odontológica	22
1.4.4 Avaliação e análise das informações coletadas	23
1.4.5 Resultados esperados	23
1.4.6 Custos e cronograma de atividades	24
1.5 REFERÊNCIAS	25
1.6 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	28
 2 ARTIGO.....	 29
 APÊNDICES.....	 50
 ANEXOS	 52

1 PROJETO DE DISSERTAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

A Odontologia, no ambiente hospitalar, torna-se parte importante na busca pela integralidade da assistência ao paciente. A conscientização pelos variados grupos profissionais da saúde, aperfeiçoa sobremaneira a plenitude da assistência, principalmente na oncologia. Na Odontologia a atenuação ou eliminação de focos sépticos na cavidade bucal, nas variadas fases do tratamento antineoplásico, é objetivo magno no desempenho de suas atividades para contribuir com a condição sistêmica do paciente.

Para tal, a promoção de saúde para atingir diferentes níveis populacionais precisa ser oferecida de forma variada, e desta forma, o atendimento hospitalar se apresenta de maneira crescente e promissora (PARANHOS & WADA, 2004).

A Odontologia há muito desempenha atividades no ambiente hospitalar, através da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, da estomatologia e das intervenções em crianças e/ou pacientes com necessidades especiais não cooperativos ao atendimento em nível ambulatorial (TOLEDO & BEZERRA, 1997; MORAIS *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2008; RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010).

A necessidade de uma abordagem multiprofissional ocasionou, à medicina e odontologia, modificações profundas onde a presença do cirurgião-dentista especializado no corpo clínico dos hospitais tem sido cada vez mais marcante, uma vez que, o futuro aponta para uma tendência ainda mais acentuada da atuação deste profissional neste campo de trabalho (LOPES, 1996; MORAIS *et al.*, 2006).

Os microrganismos residem na boca (superfície de dentes e/ou próteses) dentro de um complexo ecossistema chamado de biofilme, bem como na superfície da mucosa de revestimento bucal, do trato respiratório, esofágico, gastrointestinal e genito-urinário (ROSE *et al.*, 2000), e podem, sob determinadas condições, serem fonte ou potencialização de problemas locais e sistêmicos (SCULLY; ETTINGER, 2007).

Majoritariamente, as doenças periodontais e as condições gerais do indivíduo têm sido amplamente associadas na literatura odontológica e também têm tido espaço na área médica (PAQUETTE *et al.*, 1999; MACHIARELLI & PIO, 2008). Tal fato, essa associação entre infecções orais e doenças sistêmicas tem sido suspeitada por séculos (ROSE *et al.*, 2000). Doenças como as cardiovasculares, baixo peso da criança ao nascer e parto prematuro são alguns exemplos citados na literatura de tal interação (PAQUETTE *et al.*, 1999).

No entanto, a presença de infecção está relacionada ao desequilíbrio existente entre hospedeiro, meio ambiente e microorganismos (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006) gerando problemas para a saúde geral do indivíduo.

Consequentemente, a relação entre o hospedeiro e os microrganismos define as manifestações de infecção (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006). Ou seja, em virtude de uma variedade de condições, alguns destes microrganismos

tornam-se oportunistas e estarão associados com infecções locais e sistêmicas (ROSE *et al.*, 2000).

Tais alterações podem ser exacerbadas por níveis de imunodeficiência (primária ou adquirida) que predispoem o aparecimento de infecções (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006), dentre estes, os pacientes oncológicos (MEURMAN *et al.*, 1997).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010 apontaram para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (INCA, 2009).

O câncer apresenta uma cronicidade na sua evolução gerando problemas físicos, mentais e sociais e, alterando de forma significativa a qualidade de vida do portador (PAVLIC *et al.*, 2009). Somado a isso, as diferentes formas de tratamento das neoplasias, tais como, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, igualmente contribuem para o surgimento de complicações gerais e bucais (BARASCH; COKE, 2007; VILLALBA, 2008). Neste contexto, respeitar a individualidade de cada paciente é fundamental para a minimização das complicações e seqüelas originadas pela doença e/ou pelo tratamento.

Frente a isso, fontes de infecção oral devem ser eliminadas ou atenuadas por cuidados rigorosos com a higiene bucal e/ou intervenção profissional (BARASCH; COKE, 2007; MEURMAN; GRÖNROOS, 2010).

Um grande número de problemas com manifestações bucais pode acometer o paciente oncológico (DAVIES; BRAILSFORD; BEIGHTON, 2006; PORTER; FEDELE; HABBAB, 2010; MEURMAN; GRÖNROOS, 2010), limitando, em algumas ocasiões, a continuidade do tratamento ou a adesão do paciente ao mesmo.

Segundo Marcucci (2005), em relação aos cuidados estomatológicos na terapia antineoplásica, o *Royal College of Surgeons* da Inglaterra, preconiza o estabelecimento de um protocolo para prevenir e minimizar as complicações estomatológicas incluindo uma avaliação e tratamento odontológicos previamente ao tratamento oncológico e reconhecimento, pelos cirurgiões-dentistas, de seu papel na equipe de tratamento.

Para isto, a evolução clínica do paciente oncológico necessita ser mensurada para nortear as condutas pelos profissionais da saúde. Para isto, as escalas de capacidade funcional “*Performance Status*” (PS) são importantes instrumentos, uma vez que, permitem verificar a resposta do paciente à evolução da doença, avaliar como a doença afeta as habilidades da vida diária do paciente, bem como, determinar o tratamento e prognóstico (OKEN *et al.*, 1982; BRASIL, 2001).

As escalas de PS são métodos bastante eficientes como fatores prognósticos, sendo chave para o desenvolvimento do plano de tratamento individualizado para o paciente e para a verificação da eficácia dos planos instituídos, bem como, rastrear a progressão da doença (BUCCHERI; FERRIGNO, 2004; SCHNADIG *et al.*, 2008).

Tais escalas permitem, ainda, verificar a elegibilidade de um paciente para participar de um ensaio clínico, classificar critérios de participação em estudos e pesquisas em geral, além de alocar recursos de saúde baseados em classificação específica (MYERS *et al.*, 2010).

Como complemento, PS, através da impressão global do paciente, é o método tradicional usado por oncologistas para mensurar o curso clínico do impacto do câncer no nível de atividade, capacidade para o autocuidado, e capacidade para trabalhar do paciente (BATEL-COPEL *et al.*, 1997; GARMAN; COHEN, 2002). A

avaliação é observacional e não requer questionamentos sendo usada para verificar o prognóstico e monitorar todos os estágios clínicos do paciente com câncer (GARMAN; COHEN, 2002).

São consideradas como o segundo fator prognóstico, enquadrando-se somente após o estágio da doença, ou ainda, como o primeiro co-fator significativo para prever a sobrevida do paciente, como por exemplo, em alguns tipos de câncer (BUCCHERI; FERRIGNO, 1994).

Possui como principais vantagens a avaliação e relativamente fácil classificação, além de não necessitar de detalhes relacionados a questionamentos ao paciente. Apesar das grandes vantagens, como limitação há o fato de não considerar o motivo pelas quais determinadas deficiências estão presentes, e sofre ação de comorbidades, que podem influenciar na sobrevida (MALAUGUARNERA et al., 2000), e déficits funcionais. Estes fatos são verificados em pacientes mais velhos e de atenuada sensibilidade citada em pacientes mais comprometidos (GARMAN; COHEN, 2002; SCHNADIG et al., 2008; MYERS et al., 2010).

As principais escalas de PS utilizadas são a escala de Karnofsky e a escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*). Ambas as escalas são válidas, no entanto, a ECOG objetiva simplificar a avaliação minimizando potenciais diferenças na classificação intra-avaliadores (OKEN et al., 1982; SCHNADIG et al., 2008; MYERS et al., 2010), sendo amplamente utilizada por pesquisadores (BATEL-COPEL et al., 1997) com relevante capacidade preditora (BUCCHERI; FERRIGNO; TAMBURINI, 1996).

A precisão da classificação do nível de desempenho de um paciente é de crítica importância, uma vez que, muitas decisões clínicas são determinadas exclusivamente por uma classificação de PS (SCHNADIG et al., 2008; MYERS et al.,

2010), sendo desta forma, valioso instrumento para a elaboração de condutas odontológicas de suporte do paciente oncológico.

Pacientes ativos e que têm sintomas moderados respondem melhor ao tratamento e tem sobrevida maior do que aqueles menos ativos e com sintomas mais severos (POLO & MORAES, 2009), o que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde.

Importante ressaltar que no ambiente hospitalar encontram-se pacientes em tratamento com propósito curativo e outros sob cuidado paliativo. Os últimos enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, e são assistidos por meio de prevenção e do alívio do sofrimento, assim como seus familiares (FEIO; SAPETA, 2005; WHO, 2007; ANCP, 2009).

Logo, a odontologia neste específico grupo de pacientes, a exemplo dos pacientes sob cuidado curativo, igualmente, contribui no tratamento/controle de problemas presentes na cavidade oral ocasionados direta ou indiretamente pela neoplasia ou pelo tratamento desta, almejando de forma imediata à qualidade de vida (WISEMAN, 2000; 2006; ANCP, 2009).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2009), o cirurgião-dentista contribui fornecendo intervenções próprias da atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável.

Desta forma, o presente estudo objetiva, através da verificação da possível relação entre *Performance Status* e alterações bucais, subsidiar a Odontologia na criação de condutas para o atendimento de pacientes portadores de neoplasias malignas sob internação hospitalar.

1.2 JUSTIFICATIVA

A atuação da Odontologia no contexto hospitalar junto aos pacientes oncológicos deverá respeitar as características e limitações individuais impostas pela doença e pelo tratamento ao paciente, bem como os limites loco-estruturais relacionados à prestação da assistência.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Verificar a possível relação entre *Performance Status* e alterações bucais e subsidiar a Odontologia na criação de condutas para o atendimento de pacientes portadores de neoplasias malignas sob internação hospitalar.

1.3.2 Objetivos específicos

- verificar a ocorrência de alterações bucais em pacientes portadores de neoplasias malignas sob acompanhamento médico e/ou tratamento antineoplásico hospitalar no setor de clínica médica do HE/UFPel/FAU;
- correlacionar a prevalência das alterações bucais encontradas com o nível de condição clínica geral de acordo com os escores da escala ECOG;
- verificar os fatores condicionantes diretos e indiretos que podem influenciar a determinação da mensuração da condição geral do indivíduo hospitalizado;

- subsidiar a criação de condutas para o acompanhamento, minimização, suporte e tratamento das alterações bucais encontradas neste específico grupo de pacientes com necessidades especiais sob internação hospitalar.

1.4 METODOLOGIA

1.4.1 Local

O estudo, descritivo, prospectivo, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel e autorização pela Comissão Científica do HE/UFPel/FAU, será desenvolvido no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Fundação de Apoio Universitário (HE/UFPel/FAU), âmbito público e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.4.2 População e amostra

Usuários do SUS, diagnosticados como portadores de neoplasias e internados no referido hospital, no setor de Clínica Médica e período do estudo, mediante assinatura, pelo paciente ou responsável, de termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

1.4.3 Coleta de dados e conduta

1.4.3.1 Avaliação clínica geral

A avaliação clínica geral, realizada por cirurgião-dentista, consistirá da coleta de dados gerais sobre a condição clínica do usuário, conforme ficha de avaliação (APÊNDICE II) para a inclusão nos respectivos escores da escala de *Performance Status* (ECOG).

Considerar-se-á para fins epidemiológicos, gênero, idade, tipo de neoplasia, motivo de internação, com intuito comparativo às características da cada escore de PS utilizada.

A avaliação clínica geral dar-se-á semanalmente com o objetivo de identificação das alterações provocadas pela evolução da doença e/ou tratamentos realizados. As características clínicas para inclusão nos específicos escores da escala ECOG estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 - *Performance Status*: escala de capacidade funcional

Escore	Característica Clínica
0	Completamente ativo capaz de realizar todas as atividades tal como antes da doença, sem restrições
1	Restrições de atividades fisicamente estenuantes, mas deambulando e capaz de executar tarefas leves ou sedentárias, por exemplo, trabalhos domésticos leves, serviços de escritório
2	Deambulando e capaz de cuidar de si próprio, mas incapaz de realizar qualquer trabalho; de pé e ativo mais de 50% das horas em que passa acordado
3	Limitação da capacidade de se autocuidar, confinado ao leito ou uma poltrona durante mais de 50% do período em que permanece acordado.
4	Completamente incapacitado; não consegue executar qualquer autocuidado; totalmente confinado ao leito ou à poltrona.

Fonte: Oken et al., 1982.

1.4.3.2 Avaliação odontológica

Será realizada avaliação inicial das condições bucais do usuário, através de exame clínico com objetivo diagnóstico, para estabelecer as principais necessidades de abordagem, considerando aquelas relacionadas à terapia do câncer.

O procedimento será realizado por cirurgião-dentista, com o uso de luz artificial (lanterna recoberta por saco plástico descartável após cada exame realizado), gaze, espátula de madeira (abaixadores de língua) e soro fisiológico e/ou colutório bucal (Digluconato de Clorexidina 0,12% ou Cloreto de Cetilpiridínio) para higienização da cavidade bucal.

Verificar-se-á a presença ou ausência de próteses dentárias removíveis, presença ou ausência de complicações bucais relacionados ao câncer e/ou à terapia antineoplásica em tecidos duros e moles da cavidade bucal, além da sintomatologia associada.

O exame clínico inicial fornecerá informações que poderão subsidiar a adequada avaliação das alterações presentes e a relação com o escore da escala respectivamente associado, permitindo a comparação dos diferentes tempos verificados no decorrer do período do estudo.

Após a coleta dos dados iniciais, semanalmente novo exame clínico será realizado com o objetivo de verificar as possíveis alterações bucais, se presentes. Os diferentes tempos das avaliações clínicas associados às inclusões na escala ECOG permitirão a definição da prevalência das alterações bucais nos diferentes níveis da escala utilizada.

1.4.4 Avaliação e análise das informações coletadas

As informações coletadas no período de internação, posteriormente analisadas, subsidiarão a criação de uma base de dados quanto à presença de alterações bucais e sua relação com a condição geral do paciente conforme a escala ECOG.

O usuário internado que tenha obtido alta hospitalar com posterior “reinternação”, será novamente reclassificado na escala, podendo ou não alterar sua condição mensurada anteriormente.

Tais medidas permitem a correlação do grau da escala de PS com as alterações bucais manifestadas, permitindo a elaboração de condutas odontológicas futuras com ampla especificidade e que respeite a individualidade de cada usuário.

1.4.5 Resultados esperados

Menor prevalência de alterações bucais em usuários ativos comparativamente àqueles com menor capacidade de auto-cuidado e com maior restrição ao leito, sendo influenciado pelo meio ambiente hospitalar.

1.4.6 Custos e cronograma de atividades

O referido estudo tem período previsto de execução compreendido entre os meses de maio de 2011 e outubro de 2011, totalizando seis meses, com estimativa de avaliação de 50 pacientes (Tabela 2).

Os custos adicionais relacionados com o presente estudo serão assumidos pelos pesquisadores envolvidos no projeto.

Tabela 2 – Cronograma de atividades

[illegible]

1.5 REFERÊNCIAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2009. 320p.

BARASCH, A.; COKE, J. M. Cancer therapeutics: an update on its effects on oral health. **Periodontology** 2000, v.44, p.44-54, 2007.

BATEL-COPEL, L. M.; KORNBLITH, A. B.; BATEL, P. C.; HOLLAND, J. C. Do oncologists have an increase interest in the quality of life of their patients? A literature review of the last 15 years. **European Journal Cancer**, v.33, n.1, p.29-32, jan. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BUCCHERI, G.; FERRIGNO, D. Prognostic factors in lung cancer: tables and comments. **European Respiratory Journal**, v.7, n.7, p.1350-1364, jul. 1994.

BUCCHERI, G.; FERRIGNO, D. Prognostic factors. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v.18, n.1, p.187-201, feb. 2004.

BUCCHERI, G.; FERRIGNO, D.; TAMBURINI, M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. **European Journal Cancer**, v.32A, n.7, p.1135-1141, jun.1996.

DAVIES, A. N.; BRAILSFORD, S. R.; BEIGHTON, D. Oral candidosis in patients with advanced cancer. **Oral Oncology**, v.42, n.7, p.698-702, aug. 2006.

FEIO, M.; SAPETA, P. Xerostomia em cuidados paliativos. **Acta Médica Portuguesa**, v.18, n.6, p.459-466, nov/dec. 2005.

GARMAN, K. S.; COHEN, H. J. Functional status and the elderly cancer pa
Critical Review Oncology Hematology, v.43, n.3, p.191-208, sep. 2002.

HOROWITZ, A. M.; KLEINMAN, D. V. Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. **Dental Clinics of North America**, v.52, n.2, p. 333-344, apr. 2008.

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

LOPES, A. A odontologia hospitalar no Brasil: Uma visão do futuro ou um tema atual? **Revista de Odontologia Universidade. Santo Amaro**, v.1, n.1, p.15-20, jul/dez. 1996.

MACHIAVELLI J. L.; PIO, S. Medicina Periodontal: uma revisão de literatura. **Odontologia Clinico-Científica**, v.7, n.1, p.19-23, 2008.

MALAUQUARNERA, M.; DI MAURO, S.; LAURINO, A.; MOTTA, M.; DI FAZIO, I.; MAUGERI, D. The comorbidities of elderly oncologic patients. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.30, n.3, p.237-244, jun. 2000.

MARCUCCI, G. **Fundamentos de Odontologia – Estomatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MEURMAN, J. H.; PYRHÖNEN, S.; TEERENHOVI, L.; LINDQVIST, C. Oral sources of septicemia in patients with malignancies. **Oral Oncology**, v.33, n.6, p.389-397, nov. 1997.

MEURMAN, J. H.; GRÖNROOS, L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. **Oral Oncology**, v.46, n.6, p.464-467, jun. 2010.

MORAIS, T. M. N.; SILVA, A.; AVI, A. L. B. O.; SOUZA, P. H. R.; KNOBEL, E.; CAMARGO, L. F. A. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.4, p.412-417, out/dez. 2006.

MYERS, J.; GARDINER, K.; HARRIS, K.; LILIEN, T.; BENNEIT, M.; CHOW, E.; SELBY, D.; ZHANG, L. Evaluating correlation and Interrater Reliability for four Performance Scales in the Palliative Care Setting. **Journal Pain Symptom Manage**, v.39, n.2, p.250-258, feb. 2010.

OKEN, M. M.; CREECH, R. H.; TORMEY, D. C.; HORTON, J.; DAVIES, T.E.; McFADDEN, E.T.; CARBONE, P. P. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. **American Journal Clinical Oncology**, v.5, n.6, p.649-655, dec. 1982.

PAQUETTE, D. W.; MADIANOS, P.; OFFENBACHER, S.; BECK, J. D.; WILLIAMS, R. C. The Concept of “risk” and the Emerging Discipline Of Periodontal Medicine. **Journal Contemporary Dental Practice**, v.1, n.1, p.1-18, nov. 1999.

PARANHOS, L. R.; WADA, R. S. Implicações éticas e legais na atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. **Revista Internacional de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**, v.2, n.8, p.238-244, 2004.

PAVLIC, D. R.; GRAAF, P.; BUNTINX, F.; LIONIS, C. Primary care and care for chronic cancer patients in Europe: position paper of the European Forum for Primary care. **Quality in Primary Care**, v.17, n.6, p.431-443, 2009.

POLO, L. H. V.; MORAES, M. W. The Zubrod performance status and the karnosky index in quality of life evaluation of children with cancer. **Einstein**, v.7, n.1, p.314-321, 2009.

PORTER, S. R.; FEDELE, S.; HABBAB, K. M. Taste dysfunction in head and neck malignancy. **Oral Oncology**, v. 46, n.6, p. 457-459, jun. 2010.

RABELO, G. D.; QUEIROZ, C. I.; SANTOS, P. S. S. Atendimento odontológico ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v.55, n.2, p.67-70, 2010.

ROSE, L. F.; GENCO, R. J.; COHEN, W.; MEALEY, B. L. **Periodontal Medicine**. London: B. C. Decker Inc. 2000.

SANTOS, P. S. S.; MELLO, W. R.; WAKIM, R. C. S.; PASCHOAL, M. A. G. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.20, n.2, p.154-159, 2008.

SCULLY, C.; ETTINGER, R. L. The influence of systemic diseases on oral health care in older adults. **Journal of the American Dental Association**, , v.138 suppl, p.7s-14s, sep. 2007.

SCHNADIG, I. D.; FROMME, E. K.; LOPRINZI, C. L.; SLOAN, J. A.; MORI, M.; LI, H.; BEER, T. M. Patient-physician disagreement regarding Performance Status is associated with worse survivorship in patients with advanced cancer. **Cancer**, v.113, n.8, p.2205-2214, oct. 2008.

TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. B. Odontopediatria Hospitalar: Atendimento Sob Anestesia Geral. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.45, n.3, p.140-144, mai/jun. 1997.

TOPAZIAN, R. G.; GOLDBERG, M. H.; HUPP, J. R. **Infecções Orais e Maxilofaciais**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos, 2006.

VILLALBA, J. P. **Odontologia e Saúde Geral**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Santos, 2008.

WHO – World Health Organization. **Palliative Care: Cancer Control - Knowledge into Action** - WHO Guide for Effective Programmes. 2007. 43p.

WISEMAN, M. A. Palliative care dentistry. **Gerontology**, v.17, n.1, p.49-51, jul. 2000.

WISEMAN, M. A. The treatment of Oral Problems in The Palliative Patient. **Journal Canadian Dental Association**, v.72, n.5, p.453-458, jun. 2006.

1.6 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Após a submissão à qualificação de projeto de dissertação de mestrado, inscrito e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel, registro 199/2011, levando-se em consideração o parecer exarado pela Comissão de Avaliação, o projeto intitulado “Conduta de Assistência Odontológica Hospitalar e Domiciliar a Pacientes Oncológicos”, a ser realizado no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, foi aprovado (Anexo I) e foi submetido às seguintes alterações:

- substituição do título para “*Performance Status* e a Assistência Odontológica Hospitalar em Oncologia”;
- contextualização do tema *Performance Status* e ECOG com os objetivos do estudo conforme bibliografia consultada;
- delimitação da realização do estudo somente em ambiente hospitalar;
- determinação da especificidade de atuação dos pesquisadores somente em caráter observacional e descritivo do estudo, estando a cargo da área de odontologia da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde – Área de Oncologia a abordagem em caráter interceptativo e de tratamento dos pacientes;
- ajuste na metodologia respeitando o caráter observacional e descritivo do estudo.

2 ARTIGO

Performance Status e as alterações bucais relacionadas à terapia do câncer

Performance Status and oral disturbance relates with the antineoplastic therapy

Performance Status y alteraciones bucales relacionadas con la terapia de cáncer

José Ricardo Sousa Costa¹⁴, Elaini Sickert Hosni³⁴, Ana Paula Neutzling Gomes²⁴, Sandra
Beatriz Chaves Tarquinio²⁴, Adriana Etges^{24*}

¹ Mestrando em Odontologia, Área de concentração em Diagnóstico Bucal, Programa de Pós-graduação em Odontologia, FO/UFPeI, Pelotas, RS, Brasil

² PhD, Professora de Patologia Geral, Bucal, Estomatologia e Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca – CDDB, FO/UFPeI, Pelotas, RS, Brasil

³ PhD, Professora de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Bucomaxilofacial, FO/UFPeI, Pelotas, RS, Brasil

⁴ Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área de Atenção à Saúde Oncológica – Odontologia - Hospital Escola/UFPeI/FAU, Pelotas, RS, Brasil

* Corresponding author:

Prof^a Dr^a Adriana Etges

Department of Oral Pathology and Stomatology
School of Dentistry, Federal University of Pelotas
Rua Gonçalves Chaves, 457, Pelotas, RS, Brazil
CEP: 96015-560. Tel/Fax: +55-53-3222-6690.
E-mail adress: aetges@gmail.com

Performance Status e as alterações bucais relacionadas à terapia do câncer

Performance Status and oral disturbance relates with the antineoplastic therapy

Performance Status y alteraciones bucales relacionadas con la terapia de cáncer

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de alterações bucais em pacientes oncológicos sob internação hospitalar de acordo com a condição clínica geral, mensurada pela escala de *Performance Status* ECOG, além de subsidiar a criação de condutas odontológicas para a prevenção, suporte e tratamento de tais alterações neste seletivo grupo de pacientes. O estudo foi prospectivo e observacional realizado no período de 6 meses, através de avaliação semanal de pacientes portadores de neoplasia para classificação *Performance Status* ECOG individual e a verificação da ocorrência de alterações bucais relacionados ao câncer e ao seu tratamento em cada nível. Foram examinados 54 pacientes, distribuídos nos níveis de *Performance Status* 1 (1,85%), 2 (27,77%), 3 (59,26%) e 4 (33,33%), com alteração de nível em um mesmo paciente, e que apresentaram a ocorrência de alterações bucais como xerostomia (41,54%), disgeusia (4,62%), úlceras (16,92%), mucosite (3,08%), distúrbios hemostáticos (15,38%) e infecções (12,31%). De acordo com os resultados obtidos o estudo sugere que a ocorrência de alterações bucais foi diretamente proporcional aos níveis de PS ECOG e que esta associação subsidia a elaboração de programas de assistência odontológica com significativa equidade a pacientes oncológicos internados.

Palavras-chave: *Performance Status*. ECOG. Saúde Bucal. Quimioterapia.

Radioterapia. Câncer.

Performance Status e as alterações bucais relacionadas à terapia do câncer

Performance Status and oral disturbance relates with the antineoplastic therapy

Performance Status y alteraciones bucales relacionadas con la terapia de cáncer

ABSTRACT

The aim of the present study was to verify the prevalence of oral alterations in oncologic patients that had underwent hospital care, according to their general clinical conditions, which were measured by the Performance Status (PS) ECOG score. Another proposal was that this analysis would subsidize the creation of the dental protocols for the prevention, care and management of these oral alterations in a specific group of individuals. The prospective and observational study was performed in a period of six months, and consisted by weekly exams of the patients with oral neoplasms through the individual Performance Status ECOG scores and the identifications of the occurrence of oral alterations related to oral cancer and its treatment in each level. Fifty-four patients were examined and classified in PS 1 (1,85%), PS 2 (27.77%), PS 3 (59.26%), and PS 4 (33.33%). It was observed level changes in some individuals. The oral conditions were xerostomia (41.54%), dysgeusia (4.62%), oral ulcers (16.92%), mucositis (3.08%), haemostatic disturbances (15.38%), and infections (12.31%). Based on our findings, this study suggested that the presence of oral conditions were directly proportional to the PS ECOG levels and that this association providing conditions to create dental care programs characterized by the significant equity among the oncologic patients undergoing intensive care.

Keywords: Performance Status. ECOG. Oral Health. Chemotherapy. Radiotherapy.

Cancer.

Performance Status e as alterações bucais relacionadas à terapia do câncer

Performance Status and oral disturbance relates with the antineoplastic therapy

Performance Status y alteraciones bucales relacionadas con la terapia de cáncer

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue verificar la prevalencia de alteraciones bucales en pacientes oncológicos internados en el hospital de acuerdo a la condición clínica general, medida por la escala de *Performance Status* ECOG, además de subsidiar la creación de conductas odontológicas para la prevención, soporte y tratamiento de dichas alteraciones en el selecto grupo de pacientes. El estudio fue prospectivo y observacional realizado en un período de 6 meses, a través de evaluación semanal de pacientes portadores de neoplasia para clasificación *Performance Status* ECOG individual y la verificación de la ocurrencia de alteraciones bucales relacionados al cáncer y al tratamiento en cada nivel. Fueron examinados 54 pacientes, distribuidos en niveles de *Performance Status* 1 (1,85%), 2 (27,77%), 3 (59,26%) y 4 (33,33%), con alteración de nivel en un mismo paciente, e que presentaron ocurrencia de alteraciones bucales como xerostomía (41,54%), disgeusia (4,62%), úlceras (16,92%), mucositis (3,08%), disturbios hemostáticos (15,38%) e infecciones (12,31%). De acuerdo con los resultados obtenidos el estudio sugiere que la ocurrencia de alteraciones bucales fue directamente proporcional a los niveles de PS ECOG y esta asociación subsidia la elaboración de programas de asistencia odontológica con significativa igualdad a pacientes oncológicos internados.

Palabras-claves: *Performance Status*. ECOG. Salud Bucal. Quimioterapia.

Radioterapia. Cáncer.

INTRODUÇÃO

O câncer, em linhas gerais, consiste na proliferação desordenada de células não responsivas aos mecanismos controladores do desenvolvimento celular que repercute tanto localmente quanto sistemicamente. Para o tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores da moléstia, tornam-se necessárias equipes multidisciplinares de saúde na clínica oncológica, as quais trazem significativos benefícios na qualidade de vida dos doentes¹.

Algumas terapias anticâncer, especialmente quando usadas concomitantemente, têm um real potencial gerador de efeitos colaterais bucais diminuindo a qualidade de vida e também predis põem o aumento na mortalidade pelo câncer².

A saúde geral do paciente oncológico, em especial os imunossuprimidos, apresenta relevante suscetibilidade para bacteremias, que podem ser seguidas de septicemias, em alguns casos, provocadas por focos de infecção bucal³. A manutenção da integridade das barreiras físicas da mucosa bucal e o cuidado com a microbiota alterada pela terapia antineoplásica possuem relevante papel na minimização destas complicações^{3,4,5,6}. Com este intuito, a odontologia deve constituir o grupo de trabalho multiprofissional, atuando antes, durante e após a terapia antineoplásica⁷.

A frequente inspeção bucal de pacientes portadores de malignidade permite que todo foco de infecções, seja precocemente diagnosticado e apropriadamente tratado⁷, no entanto, o tratamento de escolha dependerá principalmente da condição sistêmica do paciente^{3,6,8}.

Alguns parâmetros são levados em consideração na determinação da eficácia de novos tratamentos oncológicos, os quais incluem sobrevida, sobrevida livre da doença e taxa de resposta. Contudo, a resposta objetiva da neoplasia ao tratamento nem sempre acarreta em melhora dos sintomas e menor produção de efeitos colaterais⁹.

Pacientes sob tratamento oncológico paliativo geralmente são contemplados por medidas que reduzam a sintomatologia propiciando maior conforto^{1,9,10,11} e, neste contexto, os

fatores prognósticos possuem relevante importância na determinação das abordagens multiprofissionais.

Os fatores prognósticos são específicos para cada tipo de neoplasia e possuem papel essencial na determinação do tratamento¹², apesar de, um universo de desconhecidos fatores continuar oculto. Genericamente, dentre estes estão os fatores relacionados à neoplasia (moleculares, biológicos, histopatológicos, imunofenotípicos, anatômicos e sorológicos) e ao paciente (clínicos, psicológicos, hematológicos e bioquímicos)¹³.

As escalas de PS são métodos bastante eficientes como fatores prognósticos, interferindo positivamente, no desenvolvimento do plano de tratamento individualizado do paciente e na verificação da eficácia dos mesmos, bem como, no rastreamento da progressão da doença^{13,14}. Permitem, ainda, verificar a elegibilidade de um paciente em participar de um ensaio clínico, classificar critérios de participação em estudos e pesquisas em geral, e alocar recursos na saúde baseados em classificação mundialmente padronizada¹⁵.

São consideradas como o segundo fator prognóstico, enquadrando-se somente após o estágio da doença, ou ainda, como o primeiro co-fator significativo para predizer a sobrevida do paciente, por exemplo, em alguns tipos de câncer¹².

As principais escalas de PS são a escala de Karnofsky e a escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). A ECOG objetiva simplificar a avaliação minimizando potenciais diferenças na classificação intra-avaliador^{14,15,16}, sendo amplamente utilizada por pesquisadores⁹ com relevante capacidade preditiva para sobrevida do paciente¹⁷. Com tais características torna-se um valioso instrumento para a elaboração de condutas odontológicas de suporte do paciente oncológico.

Como principais vantagens dessa metodologia destacam-se a simplicidade da avaliação e a relativa facilidade de classificação dos indivíduos, associando-se a não necessidade de detalhamentos como a realização de questionamentos dirigidos ao paciente.

Apesar de comprovado benefício, a limitação é o fato de não considerar o motivo pelo qual determinada deficiência está presente e sofre a ação de comorbidades, que podem influenciar na sobrevida¹⁸, e “déficits” funcionais^{14,15,19}.

Ainda que novas terapias do câncer tenham sido desenvolvidas²⁰, há uma alta prevalência de problemas bucais em pacientes portadores de neoplasias sob tratamento antineoplásico², em especial os pacientes terminais^{10,11,21}.

A boca é altamente suscetível aos efeitos colaterais da terapia do câncer devido ao seu alto índice de renovação celular, presença de diversa e complexa microbiota, além de constantes traumatismos aos tecidos bucais durante a função normal⁷ e por ação direta das medicações usadas²².

São inúmeras as alterações bucais que podem ocorrer nestes pacientes, tais como: eritemas, petéquias, equimoses, hematomas, sangramentos espontâneos, infecções (fúngicas, bacterianas e virais); mucosite oral e de outras mucosas, hipossalivação, ulcerações inespecíficas, bem como xerostomia, ageusia, disgeusia, hipergeusia, desconforto bucal como queimação, ardência e sintomatologia dolorosa^{2,3,4,5,6,7,10,11,20,21,22,23,24}.

As alterações bucais do paciente portador de neoplasia são influenciadas por vários fatores relacionados ao paciente (idade, condição nutricional, microbiota bucal, condição de saúde e higiene bucais, função salivar, contagem de células de linhagem hematogênica e as comorbidades) e ao tipo de tratamento antineoplásico (fase, dose, horário, e campo de radiação)^{2,5,6,10,21,23}.

Algumas complicações, individualmente, podem contribuir para o agravamento de outras situações da saúde deste paciente^{2,7,11,22}. Por vezes, exige o uso de medicações que poderão ocasionar em outras alterações bucais que necessitem de adequado suporte nutricional associados com aumento do período de internação hospitalar^{6,22}.

Há importante necessidade de agrupamento de sinais e sintomas para o entendimento do impacto cumulativo destes em pacientes oncológicos, podendo melhorar os cuidados de suporte a este distinto grupo⁶, bem como, o desenvolvimento de estratégias inovadoras, pela Odontologia, para promover o envolvimento do paciente no auto-cuidado²⁵ e a efetiva assistência aos pacientes baseado em instrumentos válidos como a PS ECOG, fato este, ainda não relatado.

Baseado nisso, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de alterações bucais em pacientes oncológicos sob internação hospitalar de acordo a condição clínica geral, mensurada pela escala PS ECOG, buscando subsidiar a criação de futuras condutas odontológicas para o acompanhamento, minimização, suporte e tratamento das alterações bucais.

MÉTODOS

A execução do presente estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), parecer 199/2011, Comissão de Análise do Departamento de Educação do Hospital Escola da UFPel, protocolo 285/11. Foi desenvolvido no setor de clínica médica do referido hospital, tendo como critério de inclusão dos pacientes portadores de neoplasia histologicamente diagnosticada e, quando necessário, feito o diagnóstico imunofenotípico, os quais encontravam-se sob internação hospitalar, sob cuidados da equipe de Odontologia da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), com assinatura do termo de consentimento. Foram excluídos pacientes que não apresentaram condição de receber o exame clínico odontológico.

O estudo foi prospectivo e observacional, realizado no período de maio/2011 a outubro/2011, perfazendo um total de 6 meses. Foram examinados 54 pacientes hospitalizados internados por intercorrência, diagnóstico ou tratamento oncológico.

No prontuário do paciente verificou-se o motivo da internação hospitalar relacionado à malignidade (intercorrência, diagnóstico e/ou tratamento). A avaliação foi realizada semanalmente e constituiu-se de uma análise da condição geral para mensuração conforme a escala Performance Status ECOG: 0 – totalmente ativo, desempenha atividades sem restrições no pré-doença; 1 – sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal; 2 – fora do leito mais de 50% do tempo, capaz de realizar auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; 3 – no leito ou poltrona mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos, capaz de realizar somente auto-cuidados limitados; 4 – completamente incapaz de realizar auto-cuidados básicos, totalmente confinado ao leito; 5 – morto^{16,21}.

Posteriormente foi realizada anamnese (questionamento verbal sobre a presença de sintomatologia e queixas bucais) e exame clínico extra e intra-bucal, sistematizado em leito hospitalar, com uso de foco de luz artificial (lanterna de mão), espátula de madeira (abaixador de língua) e gaze. Foram consideradas como complicações objetivas relacionadas à oncologia, baseado na literatura consultada, a presença das seguintes alterações: petéquias, equimoses, hematomas, sangramentos, infecções odontogênicas e não odontogênicas (fúngicas, bacterianas e virais), hipossalivação (características clínicas associadas), ulcerações (não mucosite) e mucosite. As alterações/complicações relacionadas ao componente subjetivo constituíram de: xerostomia (associada ou não à hipossalivação), ageusia, disgeusia, hipergeusia e dor (originária do crescimento tumoral e/ou inflamatória). As alterações presentes foram tratadas pela equipe de odontologia da RIMS e as alterações não relacionadas à oncologia não foram incluídas neste estudo.

Os dados coletados foram tabulados no programa EXCEL para Windows, e as variáveis qualitativas de maior significância foram analisadas de forma descritiva e pela descrição de frequências (%).

RESULTADOS

Foram examinados 54 pacientes em seis meses (maio/2011 a outubro/2011), dos quais 26 masculinos e 28 femininos, com média de idade 56,87 anos (variando entre 22 a 84 anos). Todos os pacientes foram internados por motivos relacionados à malignidade: intercorrência 22 (40,74%), diagnóstico 21 (38,88%) ou tratamento oncológico 11 (20,37%), com período de internação variando de uma a 13 semanas (média de 4,03%). As malignidades encontradas foram distribuídas conforme topografia da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O)²⁶: 15 (27,77%) órgãos digestivos, aparelho respiratório e órgãos intratorácicos 7 (12,96%), sistema hematopoiético e reticuloendotelial 25(46,00%), mama 5 (9,26%), órgãos genitais femininos 2 (3,70%) (Tabela 1).

A prevalência dos escores de PS, conforme escala ECOG, foi de 1 (1,85%) para PS 1, 15 (27,77%) em PS 2, 32 (59,26%) com nível de PS 3 e 18 (33,33%) para PS 4, com alteração de nível em um mesmo paciente. Do total, 8 (14,81%) pacientes mudaram sua classificação no decorrer das avaliações, alterando para o escore superior imediato. Quanto à evolução em cada nível, dentre os escores mais prevalentes e de pior prognóstico a ECOG 3 apresentou 8 (25%) óbitos e a ECOG 4, 9 (50%) óbitos.

Quanto à presença de sintomatologia relacionada a alterações bucais foram registradas xerostomia, dor e disgeusia. Quanto à presença de sinais, verificou-se a presença de úlceras, abscesso de origem odontogênica, mucosite, distúrbios relacionados à hemostasia (petéquias, equimoses e hematomas) e candidíase (pseudomembranosa aguda e queilite angular). A tabela 2 ilustra a distribuição dos sinais e sintomas conforme os níveis da escala de PS:

Dentre os 8 pacientes que alteraram a classificação de PS a xerostomia foi comum aos diferentes escores em 2 pacientes, sendo a dor e os distúrbios da hemostasia em um paciente cada. Os demais não apresentaram alterações bucais em comum ou, quando apresentaram, estas foram diferentes entre os níveis de ECOG.

DISCUSSÃO

A média de idade de 56,87 anos corrobora com os estudos que apontam maior prevalência de neoplasias com o avançar da idade^{7,18} e somado a isso o maior número de doenças associadas⁸.

A cronicidade do câncer predispõe à ocorrência de inúmeras alterações, tanto locais quanto sistêmicas, e a odontologia deve fazer parte da multidisciplinaridade da assistência ao paciente oncológico⁷. No entanto, as ações odontológicas (preventivas e/ou curativas), após à aglutinação de sinais e sintomas⁶, deverão considerar a condição geral do indivíduo, onde a Performance Status parece ser importante instrumento para a Odontologia contemplar este propósito, fato este, ainda não relatado na literatura consultada.

A complexidade que apresenta o câncer, desde o diagnóstico, exigindo exames hospitalares avançados para detecção, até o tratamento, contemplam a plenitude multidisciplinar associada à terapêutica necessária¹ e, no que se refere ao suporte das intercorrências (agravamento de sinais e sintomas relacionados ao câncer, ao seu tratamento e/ou comorbidades), condição mais prevalente no estudo (40,74%), reflete a necessidade do Cirurgião-Dentista estar presente no ambiente hospitalar e familiarizado com as fases e principalmente com as consequências da cronicidade do câncer^{2,7}. A atenção quanto ao tipo de necessidade odontológica e quanto à oportunidade de assistência odontológica, está diretamente relacionada com a condição clínica geral do paciente e condiciona o tipo de procedimento odontológico, devendo ser respeitado o grau de debilidade dos pacientes^{3,6,8}.

Somado a isso o Cirurgião-Dentista além de prevenir e dar suporte nas intercorrências ocasionadas pelo câncer deve participar de forma relevante e fundamental no processo de diagnóstico das lesões neoplásicas de cabeça e pescoço²⁷, bem como em outras patologias compreendidas neste campo anatômico de atuação.

A ampla diversidade de sítios e tipos de neoplasias encontrados neste estudo, e também por outros autores²⁶ ilustra a necessidade da especificidade na abordagem odontológica respeitando as alterações sistêmicas existentes⁸. No presente estudo, a ocorrência de dispnéia provocada pelo acometimento do pulmão por malignidade em alguns casos e a dificuldade de locomoção de pacientes com malignidades do trato digestivo baixo (cólon, canal anal e reto) ou órgãos genitais (colo do útero e ovário) em outros, demonstram tal necessidade de especificidade e condicionamento do auto cuidado bucal, bem como da assistência profissional ao leito devido à maior restrição de locomoção, evidenciados clinicamente e mesurados pela PS¹⁶. Logo, isto, ainda que não explorado pelo estudo, poderá refletir-se na colaboração do paciente e prognóstico do tumor, tendo em vista o caráter preditivo da sobrevida da PS¹⁷, podendo determinar, consequentemente, a radicalidade da conduta odontológica³.

Contrariamente, neoplasias associadas ao sistema hematopoiético e reticuloendotelial (46,30%) limitam menos as atividades funcionais pelo menor comprometimento de órgãos sólidos e apresentam, devido a própria doença e também quanto ao tratamento antineoplásico, grande predisposição à infecções, por vezes, sem os sinais característicos devido a imunodeficiência, mas com repercussão sistêmica como a febre³, fato este ocorrido em um paciente portador de leucemia com abscesso odontogênico, bem como, a presença de alterações bucais relacionadas à hemostasia: petéquias, equimoses, hematomas⁷.

O estudo foi caracterizado pela objetividade da avaliação pela utilização da PS ECOG como eixo central de exploração, no qual a maior parte de escores hospitalares foram enquadrados nos níveis 3 (59,26%) e 4 (33,33%). A maior prevalência evidenciada destes escores demonstra o elevado número de pacientes hospitalizados com necessidade de maior dependência de cuidados auxiliares, tendo em vista a maior restrição parcial ou total ao leito conforme as características classificatórias de PS¹⁶, e tal fato, o nível de desempenho do

paciente, é de importância crítica na tomada de decisões¹⁵. Estes, igualmente, exigem maior atenção pela alta incidência, verificada no estudo de alterações bucais, e que é relatado na literatura principalmente em pacientes terminais^{10,11,21}.

Poucos foram os pacientes que alteraram o escore no período de avaliação, 8 (14,81%) o que reflete a cronicidade do câncer, e quando presente ocorreu para níveis de pior escore. Isto se refletiu na maior prevalência de óbitos em níveis piores de PS, ECOG 3 apresentou 8 (25%) óbitos e a ECOG 4, 9 (50%) óbitos, corroborando com estudos que afirmam que a PS é um bom preditor para prognóstico da sobrevida do paciente^{15,19}.

No entanto, para a odontologia, a subjetividade do método de PS associada às limitações da escala na mensuração dos escores “ruins” (PS 3 e 4), conforme ilustra MYERS et al. (2010), no nível 3 da escala, ainda que não a desqualifique, sugere a necessidade de subdivisão deste nível. Pacientes com moderadas e/ou severas dificuldades, confinados mais que 50% ao leito ou poltrona, conforme a classificação PS ECOG¹⁶, apresentam um amplo espectro de características que diferem em termos de auto cuidado e oportunidade de intervenção odontológica e não podem ser conduzidos de forma equânime. No entanto, as limitações do paciente, evidenciadas principalmente no nível 4 e em alguns pacientes em nível 3 da escala, indicam que os processos educativo-preventivos e de assistência, ainda que não tenham sido avaliados pelo estudo, devam ser estendidos a quem presta o auxílio ao enfermo (familiares e cuidadores) similarmente aos envolvidos pelo cuidado paliativo¹¹.

As alterações bucais do paciente com câncer refletem as consequências da própria doença e do tratamento^{2,4}. Um espectro restrito de sintomas e sinais foi verificado no estudo, justificado pela objetividade do exame, metodologia empregada, perfis dos pacientes e da instituição analisada diferindo, conseqüentemente, de outros achados^{4,10,21,25} atenuando a uniformidade de comparações.

A xerostomia, sintoma mais prevalente no estudo (41,54%), não reflete necessariamente uma alteração do câncer ou da terapia associada devido à multifatorialidade de sua etiologia²⁸. No entanto, sua ocorrência como consequência da hipossalivação, a qual tem relação com a terapia antineoplásica, predispõe o aparecimento de outras alterações bucais^{3,11,22}. Porém, a mensuração do fluxo faz-se necessária previamente e durante a terapia antineoplásica para verificar o impacto desta na produção de saliva³. Contudo, em pacientes hospitalizados, acamados e com comprometimento clínico importante torna-se inoportuna a realização de tais mensurações.

A disgeusia, relatada em 3 casos (4,62%), pode estar associada a hipossalivação, não mensurada no estudo, e a agentes quimioterápicos^{2,7}. A mucosite, igualmente em baixa prevalência no estudo (3,08%), pode ser explicada pelo reduzido número de pacientes em tratamento quimioterápico (20,37%). Somado a isso há o fato de que são específicos os agentes quimioterápicos e os fatores associados a estes para indução de mucosite^{2,5,6}.

As úlceras, que podem ser por consequência de deficiências hematológicas¹⁰, apresentaram a segunda maior prevalência das alterações bucais perfazendo 16,92% e em 3 casos (4,62%) estiveram acompanhadas de relatos dor. Esta ocorreu em concomitância com abscesso odontogênico (com sinais atenuados pela imunodeficiência provocada pelo tratamento da leucemia e com manifestação sistêmica de febre) em um caso totalizando 4 (6,15%) episódios. Cabe ressaltar que a etiologia da infecção odontogênica não está relacionada à terapia antineoplásica, mas esta pode predispor à agudização do processo o que torna oportuna a sua identificação precoce minimizando a possibilidade de comprometimento sistêmico³.

Todos os distúrbios relacionados à hemostasia estavam associados a valores da contagem de plaquetas abaixo do normal como apontado na literatura^{3,7}. Não houve ocorrência de sangramentos espontâneos clinicamente verificados, porém o estudo foi

realizado semanalmente, o que não descarta a possibilidade de ocorrência entre exames, ainda que não relatados pelos pacientes. Neste grupo de alterações, não foram assinalados sinais referentes a traumas mecânicos em pacientes com valores hematológicos dentro da normalidade.

As apresentações clínicas da candidíase bucal (pseudomembranosa e queilite angular) foram assinaladas no estudo perfazendo em um total de 10,77% e ilustraram a característica oportunista da infecção, além da necessidade de atenção continuada e preventiva para seu controle e cura^{2,21}. No entanto, cabe ressaltar que no estudo o diagnóstico foi baseado em características clínicas, nas formas agudas de manifestação, e não diagnóstico microbiológico da infecção conforme ilustram DAVIES, BRAILSFORD e BEIGHTON (2006), o que não descaracteriza a importância da conduta tomada tendo em vista a prevalência de candidíase bucal e suas conseqüências em pacientes oncológicos conforme relatado na literatura^{2,21}.

Com base no estudo acreditamos que a *Performance Status* ECOG associada a especificidade das alterações bucais em cada nível da escala seja um bom instrumento na elaboração de programas e condutas de assistência odontológica a pacientes oncológicos internados, contemplando assim ações com equidade.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou a ocorrência de alterações bucais relacionadas ao câncer e tratamento deste em níveis específicos da escala de PS ECOG o que permite subsidiar a elaboração de condutas preventivas e curativas na assistência odontológica hospitalar a pacientes oncológicos;

Tendo em vista a maior prevalência dos níveis 3 e 4 da escala de PS ECOG é necessário que tais condutas respeitem, sobremaneira, as limitações deste seletivo grupo de pacientes;

Acreditamos que a *Performance Status* ECOG seja um valioso instrumento para a elaboração de programas de assistência odontológica a pacientes oncológicos internados, porém estudos futuros devam ser realizados.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2005; 93(9):977-78.
2. Mosel DD, Bauer RL, Lynch DP, Hwang ST. Oral complications in the treatment of cancer patients. *Oral Dis* 2011;17(6):550-9.
3. Meurman JH, Pyrhönen S, Teerenhovi L, Lindqvist C. Oral sources of septicaemia in patients with malignancies. *Oral Oncol* 1997;33(6):389-97.
4. Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP, Aitchison TC. Oral disease in terminally ill cancer with xerostomia. *Oral Oncol* 1998, 34(2):123-126.
5. Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. *Oral Oncol* 2003; 39(2):91-100.
6. Raber-Durlacher J, Elad S, Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010;46(6):452-56.
7. Barasch A, Coke JM. Cancer therapeutics: an update on its effects on oral health. *Perio* 2000 2007; 44: 44-54.

8. Scully C, Ettinger RL. The influence of systemic diseases on oral health care in older adults. *JADA* 2007;138:7s-14sB.
9. Batel-Copel LM, Kornblith AB, Batel PC, Holland JC. Do oncologists have an increase interest in the quality of life of their patients? A literature review of the last 15 years. *Eur J Cancer* 1997; 33(1):29-32.
10. Jobbins J, Bagg J, Finlay IG, Addy M, Newcombe RG. Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. *MBJ* 1992;304(6842).
11. Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. *J Can Assoc* 2006;72(5):453-8.
12. Buccheri G, Ferrigno D. Prognostic factors in lung cancer: tables and comments. *Eur Respir J* 1994; 7(7):1350-64.
13. Buccheri G, Ferrigno D. Prognostic factors. *Hematol Oncol Clin N Am* 2004; 18(1):187-201.
14. Schnadig ID, Fromme EK, Loprinzi CL, Sloan JA, Mori M, Li H, Beer TM. Patient-Physician disagreement regarding performance status is associated with worse survivorship in patients with advanced cancer. *Cancer* 2008;113(8):2205-14.
15. Myers J, Gardiner K, Harris K, Lilien T, Benneit M, Chow E, Selby D, Zhang L. Evaluating correlation and interrater reliability for four performance scales in the palliative care setting. *J Pain Symp Man* 2010;39(2):250-58.
16. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6):649-55.

17. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. karnofsky and ECOG Performance Status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer* 1996;32(7):1135-41.
18. Malauguarnera M, Di Mauro S, Laurino A, Motta M, Di Fazio I, Maugeri D. The comorbidities of elderly oncologic patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2000; 30(3):237-44.
19. Garman KS, Cohen HJ. Functional Status and the elderly cancer patient. *Crit Rev Oncol Hematol* 2002;43(3):191-208.
20. Watters AL, Epstein JB, Agulnik M. Oral complications of targeted cancer therapies: a narrative literature review. *Oral Oncol* 2011;47(6):441-8.
21. Davies AN, Brailsford SR, Beighton D. Oral candidosis in patients with advanced cancer. *Oral Oncol* 2006;42(7):698-702.
22. Epstein JB, Barasch A. Taste disorders in cancer patients: pathogenesis, and approach to assesment and management. *Oral Oncol* 2010;46(2):77-81.
23. Närhi TO, Ainamo A, Meurman JH. Salivary yeasts, saliva, and oral mucosa in the elderly. *J Dent Res* 1993;72(6):1009-14.
24. Parulekar W, Mackenzie R, Bjarnason G, Jordan RCK. Scoring oral mucositis. *Oral Oncol* 1998; 34(1):63-71.
25. Miller M, Taylor A, Kearney N, Paterson G, Wells M, Roe L, Hagen S, Maguire R. Evaluation of the feasibility and acceptability of an oral care diary by patients during chemotherapy. *Int J Nurs Stud* 2007;44(5):693-701.

26. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S. International classification of diseases for oncology: ICD-O. 3^a edition. geneva: who, 2000. 218p.
27. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: clinical features. Oral Oncol 2010; 46(6): 414-17.
28. Porter SR, Scully C, Hegarty AM. An update of the etiology and management of xerostomia. Oral Surg Oral Pathol Oral Med 2004;97(1):28-46.

Tabela 1. Relação de malignidades especificadas por tipo:

Topografia	Malignidade	N	%
Sistema Hematopoiético e Reticuloendotelial	Leucemia Mielóide Aguda	7	12,96
	Leucemia Mielóide Crônica	3	5,56
	Leucemia Linfocítica Crônica	1	1,85
	Mieloma Múltiplo	1	1,85
	Linfoma Não Hodgkin	12	22,22
	Linfoma Hodgkin	1	1,85
Órgãos Digestivos	Esôfago	3	5,56
	Gástrico	5	9,26
	Cólon	1	1,85
	Hepático	2	3,70
	Canal anal	1	1,85
	Reto	3	5,56
Aparelho Respiratório e Órgãos Intratorácicos	Laringe	1	1,85
	Pulmão	6	11,11
Órgãos Genitais Femininos	Ovário	1	1,85
	Cólo Uterino	1	1,85
Mama		5	9,26
Total		54	100%

Tabela 2: Alterações bucais e a Performance Status (segundo a classificação ECOG):

	ECOG 1	ECOG 2	ECOG 3	ECOG 4	Total
Úlcera	0	1(12,5%)	9(22,5%)	1(5,88%)	11(16,92%)
Abscesso Odontogênico	0	0	1(2,5%)	0	1(1,54%)
Mucosite	0	0	2(5%)	0	2(3,08%)
Distúrbios Hemostáticos	0	3(37,5%)	4(10%)	3(17,65%)	10(15,38%)
Candidíase	0	0	6(15%)	1(5,88%)	7(10,77%)
Xerostomia	0	4(50%)	13(32,5%)	10(58,82%)	27(41,54%)
Dor	0	0	2(5%)	2(11,76%)	4(6,15%)
Disgeusia	0	0	3(7,5%)	0	3(4,62%)
	0	8(12,5%)	40(61,53%)	17(26,15%)	65(100%)

APENDICES



APÊNDICE I
Universidade Federal de Pelotas
Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-graduação em Odontologia
Mestrado em Diagnóstico Bucal



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Pertencente à ficha de avaliação n° _____

Eu, _____,

RG n° _____, fui suficientemente esclarecido (a) sobre a minha situação de saúde bucal, bem como sobre tratamento proposto. Aceito, de forma **livre e esclarecida**, participar da pesquisa denominada “**Performance Status e a assistência odontológica hospitalar em oncologia**” e receber o tratamento correspondente e permito a utilização dos dados clínicos e imagens dela resultantes para fins didáticos-científicos, desde que minha identidade seja preservada. Foi-me assegurado, também, que posso retirar a permissão para utilização deste material com fins didáticos, a qualquer tempo e por qualquer motivo por mim determinado, sem nenhum prejuízo ao tratamento a ser realizado.

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

 Assinatura do Paciente ou Responsável

ANEXOS

**ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA UFPEL**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PELOTAS, 28 de abril de 2011.

PARECER Nº 199/2011

O projeto de pesquisa intitulado "**Protocolo de assistência odontológica hospitalar e domiciliar a pacientes oncológicos**" está constituído de forma adequada, cumprindo, na suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente, recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.

Prof.^a Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPEL
Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa



ANEXO II - FICHA CLÍNICA



SETOR: _____

LEITO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Data: _____

Nome: _____ Prontuário n°: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Sexo: ☐ F ☐ M Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo
 Cor da Pele: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____
 Fone resid.: _____ Celular: _____

2. ANAMNESE GERAL

Motivo da Internação: () Diagnóstico
 () Tratamento
 () Intercorrência, Qual? _____

Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico Histopatológico: _____

Estadiamento: _____

Tratamento Prévio: () Sem tratamento

() Cirurgia Data(s): _____

() RT Número de doses realizadas: _____

Total de Gys: _____

Período/Data de realização: _____

Local/Serviço onde realizou: _____

() QT Esquema/Medicação: _____

Período/Data de Realização: _____

Local/Serviço onde Realizou: _____

História clínica do caso (Local de diagnóstico – UBS, HE, Particular, Médico, manifestações clínicas, etc.): _____

Performance Status (ECOG): 0 1 2 3 4

Tabagista: ☐ Sim, Quantidade/dia? _____ Tipo: _____

☐ Não, Tempo de abstinência? _____

Etilista: ☐ Sim, Quantidade/dia? _____ Tipo: _____

☐ Não, Tempo de abstinência? _____

Alergia: ☐ Não ☐ Sim, _____

Alterações sistêmicas?

☐ DM (I) (II)

☐ HAS

☐ Cardiopatia, Qual? _____

☐ Outros (Hepatite, HIV, Herpes, Coagulopatia, etc.)? _____

Medicações em uso: _____

EVOLUÇÃO DIÁRIA:

Data: ____/____/____
0 1 2 3 4

Performance Status (ECOG):

Condição de HO: Placa visível: ☐ Não ☐ Sim Sextante: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Controle Químico: ☐ Não ☐ Sim: Qual? ☐ CCP ☐ Digluconato de Clorexidina ;
____x/dia

Alterações em tecidos moles: ☐ Sim ☐ Não

Observações Gerais:

Conduta:

Data: ____/____/____

Performance Status (ECOG):

0 1 2 3 4 Condição de HO: Placa visível: ☐ Sim ☐ Não Sextante: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ 5 ☐ 6

Controle Químico: ☐ Não ☐ Sim: Qual? ☐ CCP ☐ Digluconato de Clorexidina ;
____x/dia

Alterações em tecidos moles: ☐ Sim ☐ Não

Observações Gerais:

Data: ____/____/____
0 1 2 3 4

Performance Status (ECOG):

Condição de HO: Placa visível: ☐ Sim ☐ Não Sextante: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Controle Químico: ☐ Não ☐ Sim: Qual? ☐ CCP ☐ Digluconato de Clorexidina ;
____x/dia

Alterações em tecidos moles: ☐ Sim ☐ Não

Observações Gerais: