

**Universidade Federal de Pelotas**  
**Faculdade de Odontologia**  
**Programa de Pós-Graduação em Odontologia**



**Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos**

**Gislene Corrêa**

**Pelotas, 2020**

**GISLENE CORRÊA**

**Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, área de concentração Prótese Dentária.

Orientador: Professor. Dr. César Dalmolin Bergoli  
Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva

Pelotas, 2020

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

C824a Corrêa, Gislene

Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos / Gislene Corrêa ; César Dalmolin Bergoli, orientador ; Alexandre Emidio Ribeiro Silva, coorientador. — Pelotas, 2020.

76 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica - ênfase em Prótese dentária, Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2020.

1. Qualidade de vida. 2. Prótese dentária. 3. Neoplasia. I. Bergoli, César Dalmolin, orient. II. Silva, Alexandre Emidio Ribeiro, coorient. III. Título.

Black : D3

Gislene Corrêa

Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Prótese Dentária, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 20/05/2020.

Banca examinadora:

Prof<sup>o</sup>. Dr. César Dalmolin Bergoli (orientador)  
Doutor em Prótese Dentária pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Sousa Azevedo  
Doutora em Odontopediatria pela Universidade Federal de Pelotas.

Dr. José Ricardo Sousa Costa  
Doutor em Diagnóstico Bucal pela Universidade Luterana do Brasil.

Dr. Lucas Pradebon Brondani  
Doutor em Odontologia, Área de concentração em Prótese Dentária, pela Universidade Federal de Pelotas.

Suplente:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francine Cardozo Madruga  
Doutora em Materiais Odontológicos pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nádia de Souza Ferreira  
Doutora em Odontologia restauradora, especialidade endodontia, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

## Agradecimentos

A todos os **Pacientes** que tive a oportunidade de conviver, uns somente durante o tratamento, outros até hoje mantemos contato. Cada um com sua história. Vocês me deram momentos de aprendizado e reflexão. Se hoje trabalho com Odontologia Hospitalar é porque nessa vida tudo tem uma razão de ser. Espero que estejam sorrindo por aí.

À **Universidade Federal de Pelotas**, a **Faculdade de Odontologia** e ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia**, por todos os conhecimentos adquiridos. Obrigado a todos os funcionários, professores, colegas e amigos que aí encontro.

A **Superintendência**, **Gerência de Atenção à Saúde** e **Gerência de Ensino e Pesquisa** e demais **colegas e funcionários do Hospital Escola** da UFPel/EBSERH, que entendem a importância da Odontologia Hospitalar e nos ajudam a oportunizar um atendimento multiprofissional aos pacientes oncológicos.

Aos pioneiros da Odontologia Hospitalar no Hospital Escola da UFPel, **Prof. Dr<sup>a</sup> Elaini Sickert Aderne**, **Dr. José Ricardo Sousa Costa** e **Me. Romeu Belon Fernandes Filho**. Obrigado por serem meus colegas na RIMS.

Obrigada Zé por compartilhar teus conhecimentos, aprendi muito contigo sobre Odontologia Hospitalar.

Ao meu orientador **Prof. Dr. César Dalmolin Bergoli**, por ter aceito me orientar em mais esta etapa de minha vida e por ter me incentivado em complementar minha formação profissional. Meu muito obrigada.

Ao meu coorientador **Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva**, obrigada pelos teus ensinamentos que foram muito importantes para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência diante das minhas limitações. Meu muito obrigada.

À **minha família**, pelo amor e dedicação que dispensam a mim. Pessoas fortes e batalhadoras. Vocês estão por trás de cada vitória que esta carreira me proporciona.

## Notas Preliminares

A presente tese está redigida de segundo o Manual de Normas para trabalhos acadêmicos da UFPel, adotando o nível de descrição em artigos. Disponível no endereço eletrônico:  
[http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual\\_Normas\\_UFPel\\_trabalhos\\_acad%C3%A0Amicos.pdf](http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_acad%C3%A0Amicos.pdf).

A primeira seção é composta pelo projeto de pesquisa, qualificado em 21 de fevereiro de 2017, perante banca composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. César Dalmolin Bergoli (presidente), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Souza Azevedo, Dr. José Ricardo Sousa Costa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréia Morales Cascaes (suplente). A versão incluída neste volume contempla as sugestões feitas pela banca examinadora. Posteriormente ao projeto de pesquisa, é apresentado o relatório do trabalho de campo, no qual são descritas as atividades realizadas pela doutoranda durante o período de estudo, as mudanças relativas ao projeto de pesquisa inicialmente proposto. A seguir, apresentamos o artigo científico composto por um estudo clínico de intervenção, que objetivou avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos após reabilitação protética dentária. Por fim, consta as considerações finais desta pesquisa.

## Resumo

CORRÊA, Gislene. **Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos.** 2020.76f. Tese-Doutorado em Odontologia – área de Concentração Prótese Dentária) -Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2020.

Qualidade de vida é um conceito amplo que abrange a percepção do respondente/paciente e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais ou religiosidade. O câncer é um problema de saúde pública e está entre as enfermidades crônicas que afetam a qualidade de vida, já a saúde bucal é um elemento indispensável do cuidado oncológico que deve ser buscada e preservada de modo a contribuir para a manutenção da qualidade de vida do paciente. Sendo assim, este estudo teve por objetivo avaliar se o tratamento reabilitador protético exerceria influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de pacientes oncológicos atendidos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- RS. A amostra foi por conveniência, A coleta dos dados socioeconômicos, demográficos, saúde geral foi obtida por meio de um questionário fechado por uma entrevistadora treinada. Para a saúde bucal foi realizado exame físico por um dentista calibrado para a obtenção de informações de cárie dentária e uso e necessidade de prótese seguindo os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde. Para mensurar o impacto das condições bucais na qualidade de vida foi aplicado o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Foi coletado para ajuste de análise as variáveis descritivas dos sintomas depressivos em que foi aplicado o instrumento BDI-SF (Inventário de depressão de Beck) e para as condições de xerostomia foi utilizado o questionário proposto por Fox 1987. Estes três questionários foram aplicados antes de se realizar a reabilitação com prótese dentária e após 6 meses do paciente reabilitado proteticamente. Foram incluídos 47 pacientes no período de abril de 2017 a julho de 2019. Os resultados do presente estudo indicam melhora da QVRSB dos pacientes oncológicos reabilitados com próteses dentárias em todas as dimensões( $p < 0.05$ ) realizadas pelo teste de Mann - Whitney, com nível de significância de 5%. Entre os tipos de reabilitação realizada, após análise de regressão linear bruta e ajustada quem reabilitou com prótese total superior e inferior teve maior impacto na qualidade de vida OHIP 3,9 (IC 95% 0,1-7,6;  $p = 0,030$ ) em comparação com pacientes reabilitados com prótese parcial superior ou inferior ou prótese parcial superior e inferior. Assim, conclui-se que a reabilitação protética contribuiu para melhorar o QVRSB em pacientes oncológicos, destacando que os indivíduos reabilitados com próteses totais duplas apresentaram os maiores impactos relacionados à qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Prótese dentária. Neoplasia.

## Abstract

CORRÊA, Gislene. **Evaluation of the impact of prosthetic rehabilitation on the quality of life related to oral health of cancer patients.** 2020.76f. Thesis (PhD in Dentistry– Prosthodontics) –Graduate Program in Dentistry –Federal University of Pelotas, Pelotas, 2020.

Quality of life is a broad concept that covers the perception of the respondent/patient and interrelates the environment with physical, psychological aspects, level of independence, social relationships and personal beliefs or religiosity. Cancer is a public health problem and is among the chronic diseases that affect quality of life, while oral health is an indispensable element of cancer care that must be sought and preserved in order to contribute to the maintenance of the patient's quality of life. Thus, this study aimed to evaluate whether prosthetic rehabilitation treatment would influence the quality of life related to oral health (QLROH) of cancer patients treated at the Hospital Escola of the Federal University of Pelotas- RS. The sample was for convenience, The collection of socioeconomic, demographic and general health data was obtained through a closed questionnaire by a trained interviewer. For oral health, a physical examination was performed by a calibrated dentist to obtain dental caries information and the use and need of prosthesis according to the criteria proposed by the World Health Organization. The Oral Health Impact Profile (OHIP-14) was applied to measure the impact of oral conditions on quality of life. Descriptive variables of depressive symptoms in which the BDI-SF (Beck Depression Inventory) instrument was applied for analysis, and the questionnaire proposed by Fox 1987 was used for analysis and for xerostomia conditions. These three questionnaires were applied before rehabilitation with dental prosthesis and after 6 months of the patient protected rehabilitated. Forty-seven patients were included from April 2017 to July 2019. The results of the present study indicate improvement in the QLROH of cancer patients rehabilitated with dental prostheses in all dimensions ( $p < 0.05$ ) performed by the Mann - Whitney test, with a significance level of 5%. Among the types of rehabilitation performed, after crude and adjusted linear regression analysis, those who rehabilitated with upper and lower total prosthesis had a greater impact on quality of life OHIP 3.9 (95% CI 0.1-7.6;  $p = 0.030$ ) compared to patients rehabilitated with upper or lower partial prosthesis or upper and lower partial prosthesis. Thus, it is concluded that prosthetic rehabilitation contributed to improve QLROH in cancer patients, highlighting that individuals rehabilitated with double total dentures had the greatest impacts related to quality of life.

**Keywords:** Quality of life. Dental prosthesis. Cancer.

## Sumário

1 Introdução .....	9
2. Projeto de pesquisa.....	11
3 Relatório do trabalho de campo .....	27
4 Artigo.....	29
5 Considerações finais .....	52
Referências .....	53
ANEXOS .....	60
ANEXO A- Ficha clínica, CPO-D, Uso e necessidade de prótese dentária, OHIP-14 e Inventário de depressão de Beck.....	61
Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	62
Questionário de avaliação de sintomas depressivos BDI ( <i>Beck Depression Inventory</i> ).....	64
Questionário sobre xerostomia: Agora farei perguntas sobre a sensação de boca seca .....	66
ANEXO B- Resumo dos códigos e critérios para CPO-D .....	67
ANEXO C- Códigos e critérios para o uso e necessidade de prótese dentária .....	68
Uso de prótese dentária.....	68
Necessidade de prótese dentária.....	69
ANEXO D- Tabela para paciente .....	70
ANEXO E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	71
ANEXO F- Parecer consubstanciado do CEP.....	74
ANEXO G- TREND Statement Checklist.....	77

## 1 Introdução

No seu conceito mais genérico qualidade de vida engloba condições de vida nos seus aspectos físico, psicológico, nível de independência e crenças pessoais. Qualidade de vida depende da percepção de cada indivíduo, sendo subjetivo e multidimensional, ou seja, não é simplesmente a situação de saúde (THE WHOQOL GROUP 1995). Já o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde está mais associado as enfermidades ou as intervenções em saúde. Refere-se como a doença e o tratamento afetam o senso geral de função e bem-estar do paciente (Cella 1995 apud Sitlinger & Zafar 2018).

O crescente avanço científico na área da saúde trouxe, como consequência, o aumento da sobrevida dos pacientes e tanto a especialidade da oncologia como a odontologia identificaram a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos pacientes frente a instituição de uma terapêutica.

A estimativa para o Brasil é de que entre 2020 a 2022 teremos cerca de 625 mil casos novos de câncer (INCA 2020). Segundo a OMS é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, estando assim entre as enfermidades crônicas que mais afetam a qualidade de vida (INCA, 2020).

A saúde bucal é um elemento indispensável do cuidado oncológico que deve ser buscada e preservada de modo a contribuir para a manutenção da Qualidade de Vida do paciente (ARAUJO et al., 2009). Indivíduos que apresentam problemas na mastigação acabam evitando frutas, legumes, ou seja, alimentos importantes para se ter uma dieta saudável, o que pode levar a quadros de desnutrição (GIL-MONTOYA et al. 2015). A desnutrição é um problema frequente entre os pacientes oncológicos, o que impacta negativamente na tolerância ao tratamento antineoplásico, qualidade de vida e prognóstico (ÁLVAREZ et al., 2018). Assim, um paciente oncológico com dificuldade de se alimentar por falta da dentição pode ter sua qualidade de vida afetada.

A qualidade de vida relacionada a condição bucal também está diretamente ligada aos aspectos psicológicos e sociais (PETRICEVIC-SITAR, 2009). Nisto questões estéticas dentárias e convívio social são fatores que geram impacto na qualidade de vida (MONTERO et al., 2013). Assim, as reabilitações com próteses dentárias podem auxiliar na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Um dos instrumentos de avaliação do impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida do paciente é o *Oral Health Impact Profile* (OHIP). Ele apresenta confiabilidade das versões original e curta, bem como da versão traduzida para o português do Brasil (ALMEIDA et al., 2014). O OHIP tem o objetivo de detectar o impacto que aspectos bucais têm na qualidade de vida das pessoas, a partir da percepção das pessoas sobre limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social.

Estudos com pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço apontam melhora da qualidade de vida após reabilitação protética dentária (KIMURA 2012; PILLAI et al., 2015). Porém, para os pacientes com outras neoplasias que não de cabeça e pescoço, não é de conhecimento dos autores se existem estudos avaliando se a reabilitação protética melhoraria sua qualidades de vida. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar se o tratamento reabilitador protético exerceria influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos atendidos pela odontologia hospitalar do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas-RS. A hipótese testada foi a de que o tratamento protético, independente do tipo, exerceria influência sobre a qualidade de vida dos pacientes.

## 2. Projeto de pesquisa

### 2.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que abrange a percepção do respondente/paciente e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais ou religiosidade (THE WHOQOL GROUP 1995).

Qualidade de vida não é simplesmente "sensação de bem-estar", mas sim da "qualidade do estado de saúde", e isso pode ser definida e percebida de forma diferente, por pacientes em uma mesma situação biomédica (KLIGERMAN et al., 1999). O modelo médico assistencial, pautado na assistência médica e no hospital não consegue mais responder a complexidade dos problemas de saúde. Assim, para assegurar a integralidade da atenção o modelo assistencial deve conjugar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida das comunidades, suas condições e estilos de vida, bem como a perspectiva do paciente (Manual de gestão da vigilância em saúde, 2009).

A inclusão de medidas de qualidade de vida em pesquisas incorporada a prática clínica permite demonstrar a eficácia, eficiência, o impacto da doença e do tratamento na vida das pessoas e assim valorizar, as opções de tratamento baseado nos resultados que mais importam para os pacientes, além de colaborar para a redução dos custos da assistência (CELLA; STONE 2015; FUNK et al., 2014; SOMMERFELD et al., 2012).

A estimativa para o Brasil em 2016-2017 aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer (INCA 2015). Segundo a OMS, é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento. O impacto do câncer na população é calculado em 80% dos mais de 20 milhões de casos novos que estão estimados para 2025. Estando entre as enfermidades crônicas que afetam a qualidade de vida (INCA, 2015).

Para pacientes com câncer de cabeça e pescoço a condição dentária tem um importante efeito na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (ALISSOM et al., 1999; THANVI et al., 2014). Para este grupo, problemas com a função, fadiga, xerostomia e saliva pegajosa persistem. Devendo esses pacientes ter uma monitorização regular para identificar a presença destes potenciais problemas (SO et al., 2012). Muitos estudos apontam que a reabilitação protética melhora a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, tanto com próteses totais (CIOCCA et al., 2015; Duke et al., 2005) prótese obturadora (DEPPRICH et al., 2010; KUMAR et al., 2013; SEIGNEMARTIN et al., 2015) ou próteses implantossuportadas (CIOCCA et al., 2015; DHOLAM et al., 2011; JACOBSEN et al., 2016; KATSOULIS et al., 2013). Estudos relatam que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal melhorou após reabilitação protética com prótese parcial removível e que a necessidade de prótese afeta a qualidade de vida (KIMURA 2012; PILLAI et al., 2015). Entretanto não é de conhecimento dos autores do estudo a existência de pesquisas avaliando se a reabilitação protética melhora a qualidade de vida de pacientes com necessidades odontológicas e com outros tipos de câncer que não os de cabeça e pescoço.

A saúde bucal é um elemento indispensável do cuidado oncológico que deve ser buscada e preservada de modo a contribuir para a manutenção da QV do paciente (ARAUJO et al., 2009). Nesse sentido, vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram desenvolvidos. Entre eles, Slade, Spencer (1994) propuseram um instrumento – *Oral Health Impact Profile* (OHIP) com o objetivo de detectar o impacto que aspectos bucais têm na qualidade de vida das pessoas, a partir da percepção das pessoas sobre limitação na função, dor/desconforto, incapacidade e desvantagem social por problemas na boca. Originalmente, este índice foi composto por 49 itens (OHIP-49-*Oral Health Impact Profile*) (SLADE; SPENCER, 1994) e posteriormente, foi criada uma forma simplificada constituída por 14 itens, sob a denominação de *Oral Health Impact Profile - short form* (OHIP-14) (SLADE, 1997).

O índice OHIP-14 apresenta dois itens em cada uma das seguintes dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Além disso, o OHIP-14 já foi traduzido e validado para diversos idiomas, inclusive para o português

do Brasil (ALMEIDA et al., 2014; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005), se mostrando uma importante ferramenta para avaliação desse desfecho.

Pesquisas sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal pode ser útil para medir o impacto da saúde bucal sobre a saúde geral e qualidade de vida. Além de informar a pesquisadores, administradores de serviços de saúde e profissionais clínicos e necessidades de tratamento e eficácia dos cuidados na melhoria da qualidade do bem-estar de um paciente (SISCHO et al.,2011).

Outra condição extremamente relevante com implicações na qualidade de vida dos pacientes oncológicos é a depressão (JIM et al., 2012). A OMS define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração. Vários fatores podem levar à depressão, como questões sociais, psicológicas e biológicas (WHO, 2012).

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer é divergente em diferentes estudos. Estudo de Ng et al 2010 demonstrou que 10% de todos os pacientes com câncer sofrem de depressão. Variáveis intra-individuais, como ter atitudes mais disfuncionais, enfrentamento focalizado na emoção e solidão estão associados a níveis mais elevados de depressão (KÁLLAY et al, 2016). É importante ressaltar que a prevalência da depressão depende dos instrumentos utilizados, o tipo de câncer e fase de tratamento, podendo variar de 8 a 24% (KREBBER et al. 2014). Sendo de 3 a 5 vezes maior do que na população em geral (MILLER et al., 2008)

A detecção de depressão em pacientes com câncer é difícil. Isso, porque os sintomas de câncer e seu tratamento se assemelham aos sintomas fisiológicos e psicológicos da depressão, tais como fadiga, perda de apetite e distúrbios do sono. (KREBBER et al.,2014). Em adultos não oncológicos, alterações comportamentais e fatores biológicos, como perturbações no sono e inflamações, respectivamente, contribuem para o risco de depressão. No entanto em pacientes com câncer são necessários mais estudos clínicos em virtude das variáveis relacionadas ao câncer poder alterar o perfil de risco para a depressão (IRWIN et al., 2014).

As medidas de rastreamento por meio de instrumentos autorreferidos têm a vantagem de ser rápido, fácil de administrar, barato (CANGUSSU et al., 2012). O uso de ferramentas normatizadas utilizadas no rastreio da depressão são medidas importantes, pois é possível identificar com um elevado grau de segurança os

pacientes que não estão deprimidos, e, assim, concentrar os esforços na obtenção de uma avaliação mais aprofundada dos indivíduos que são rastreados positivamente (DAUCHY et al, 2013).

O Inventário de Depressão de Beck – *Short Form* (BDI) é um instrumento amplamente utilizado para avaliação de sintomas depressivos, mostrando-se confiável e válido para a população brasileira (GORENSTEIN et al.,1998, GOMES-OLIVEIRA, et al., 2012). A escala original consiste de 21 itens divididas em duas subescalas: cognitiva (1-13 itens) e somática (14-21 itens). A subescala cognitiva chamada BDI-SF, é recomendada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia, visto que a escala somática pode ser influenciada pela condição médica do paciente (CANGUSSU et al., 2010).

Xerostomia é uma experiência subjetiva de sensação de boca seca e juntamente com perda dental é um dos maiores problemas de saúde bucal na população idosa (ENOKI et al. 2019). A prevalência de xerostomia pode variar de 5% a 47%, essa grande disparidade se deve a variações na metodologia dos estudos (THOMSON W.M., 2005). Aproximadamente 20% entre os indivíduos acima de 65 anos apresentam algum tipo de anormalidade salivar (THOMSON W.M, 2015). As causas em pacientes oncológicos incluem as consequências do próprio câncer, desidratação, debilidade do estado geral de saúde, quimioterapia, radiação em região de cabeça e pescoço e efeito secundário pelo uso de medicamentos, como os opioides, antidepressivos (HANCHANALE et al., 2015). Essa condição poder causar muitos problemas incluindo infecções orais, dificuldade para deglutir alimentos (principalmente alimentos secos), dificultar o uso de próteses dentárias, dificuldade na fala além de um alto risco de desenvolver cárie e doença periodontal, podendo o desconforto causado pela xerostomia afetar a qualidade de vida (JHAM et al., 2007; FÁVARO et al. 2006).

A avaliação dos sintomas de xerostomia foi obtida de um questionário composto de quatro questões fechadas: O Sr (a) bebe líquidos para auxiliar na deglutição (ato de engolir) de comidas secas; O Sr (a) sente a boca seca quanto está fazendo uma refeição?; O Sr (a) tem dificuldade quando engole a comida?; O Sr (a) percebe que a quantidade de saliva na sua boca parece ser pequena, ou nunca reparaste nisto? (FOX et al., 1987). Foi considerado com xerostomia aqueles pacientes que apresentaram duas ou mais respostas positivas

Assim, devido à escassez de estudos que consideram a qualidade de vida relacionada a saúde bucal de pacientes com câncer, este estudo tem como objetivo avaliar a influência da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos atendidos pela Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde Oncológica da Universidade Federal de Pelotas – RS. Bem como avaliar se o nível de depressão irá melhorar após reabilitação protética e se pacientes com sintomas de xerostomia apresentarão OHIP pior.

## **2.2 Justificativa**

A justificativa para a realização deste estudo se dá na necessidade de se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes oncológicos reabilitados com próteses dentárias removíveis, uma vez que não há na literatura estudos que apontam se a reabilitação protética teria alguma influência sobre a qualidade de vida desses pacientes nem discrimina os fatores associados à percepção deste impacto.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Geral**

O objetivo deste estudo é avaliar a influência do tratamento reabilitador protético na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos atendidos pela Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica, utilizando para isso, o índice OHIP-14.

### **3.2 Específicos**

1. Descrever as condições de saúde bucal dos pacientes oncológicos;
2. Avaliar a presença de sintomas de depressão antes e depois da reabilitação protética;
3. Avaliar o índice de pacientes com xerostomia e hipossalivação.

#### **4. Hipóteses**

As hipóteses a serem testadas no presente estudo são: (1) o nível de depressão dos pacientes poderá melhorar após o tratamento protético reabilitador; (2) O tratamento protético reabilitador exercerá influência positiva na qualidade de vida dos pacientes oncológicos; (3) pacientes com hipossalivação e/ou xerostomia poderão apresentar OHIP-14 pior.

#### **5. Materiais e Métodos**

##### **5.1 Delineamento do estudo**

Este será um estudo clínico observacional longitudinal (HULLEY et al. 2008).

##### **5.2. População e amostra**

A população-alvo será constituída pelos pacientes com o diagnóstico histopatológico de câncer, atendidos pela Residência multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica- Área de odontologia da HE/UFPEL/EBSERH Pelotas-RS.

A amostra do estudo compreenderá todos os pacientes atendidos entre janeiro de 2017 até dezembro de 2018 e que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

##### **5.3. Critérios de inclusão e exclusão**

Serão considerados critérios de inclusão:

- (1) pacientes portadores de neoplasia maligna;
- (2) pacientes com idade superior ou igual a 18 anos, que necessitem de tratamento odontológico que envolva reabilitação protética; com prótese total e/ou prótese parcial removível.

Serão motivos de exclusão:

- (1) pacientes que estejam realizando tratamento paliativo (sem intenção de cura);

- (2) pacientes em regime de internação hospitalar;
- (3) pacientes com transtorno mental ou cognitivo grave que impossibilite responder os questionários do estudo.

#### **5.4. Execução dos procedimentos clínicos**

Todas as necessidades de tratamento odontológico apresentadas pelos pacientes serão realizadas previamente aos procedimentos protéticos, sendo esses apenas realizados após o restabelecimento de condições clínicas de saúde na cavidade bucal. Os procedimentos necessários para o reestabelecimento da condição de saúde oral dos pacientes não apresentarão custos aos mesmos, sendo de responsabilidade dos pacientes apenas o pagamento dos valores relacionados a confecção das próteses dentárias. Para definição desses valores serão apresentados orçamentos de três laboratórios, ficando sob responsabilidade do paciente escolher.

Todos os procedimentos clínicos serão executados por alunos da Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde Oncológica, sob constante supervisão da autora do projeto. Os critérios seguidos para o diagnóstico das condições dentárias seguirão os instrumentos existentes na literatura (SBBRASIL, 2010). A definição do plano de tratamento para cada caso, bem como a sequência dos procedimentos clínicos para confecção das próteses seguirão o indicado pela literatura existente (TODESCAN 2003; TURANO 2010; MEZZOMO 2006). A manipulação e uso dos materiais sempre será de acordo com as instruções dos fabricantes.

Caso o paciente não aceite participar da pesquisa, seu atendimento junto ao serviço transcorrerá normalmente, sem nenhum prejuízo ao mesmo.

Aqueles paciente que apresentarem presença de sintomas de depressão serão encaminhados para a área da psicologia da Residência multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica HE/UFPEL/EBSERH Pelotas-RS para avaliação e tratamento.

#### **6. Instrumentos de coleta**

Serão utilizados cinco instrumentos para o estudo: 1. Questionário padronizado para a obtenção das informações sociodemográficas, dados clínicos de saúde geral e bucal e hábitos de vida; 2. Ficha clínica para a obtenção do Índice de cárie dental

CPO-D e do uso e necessidade de prótese; 3. Questionário para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal; 4. O Inventário de Depressão de Beck – *Short Form* e questionário sobre xerostomia composto de quatro questões fechadas de acordo com FOX, 1987.

Inicialmente o paciente será submetido a uma consulta odontológica com o preenchimento do questionário para a obtenção das informações sociodemográficos, de saúde geral e de saúde bucal. Aos pacientes que atendam os critérios de inclusão do estudo será explicada a pesquisa e caso concorde participar assinará o termo de consentimento livre esclarecido e será aplicado o questionário OHIP-14 e inventário de depressão de Beck. O objetivo de aplicar o questionário OHIP-14 antes da realização do exame de cárie e uso e necessidade de prótese dentária é evitar possível influência de aspectos negativos de sua condição dentária com as respostas do questionário. Após os questionários preenchidos serão realizados os exames clínicos de saúde bucal (cárie e usos e necessidade de prótese) e questionário sobre xerostomia.

Após a reabilitação protética e passados 6 meses dos períodos de ajustes e adaptação, serão aplicados novamente o questionário OHIP-14 e o Inventário de depressão de Beck.

### **6.1 Dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida**

No questionário sociodemográfico, será coletado a idade dos pacientes, estado civil, ocupação, cor da pele, escolaridade, classe socioeconômica, religiosidade, hábito de fumar e uso de álcool, comorbidades, tempo de diagnóstico e estadiamento do câncer, realização de cirurgia, radioterapia e quimioterapia (ANEXO A).

### **6.2 Indicador de cárie dental CPO-D e Uso e Necessidade de Prótese**

Para a condição dentária será utilizado o índice preconizado pela OMS, do qual se pode inferir o CPO-D (Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados). Com este índice é possível perceber a história anterior da doença (obturados + extraídos) e a história atual da doença (extração indicada e cariados). Os índices serão utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) (2013). Os códigos e critérios adotados para o exame de cárie dentária estão expostos no anexo B.

Para avaliar o uso e a necessidade de prótese dentária será utilizado os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1997) (ANEXO D). Assim, possibilita compreender a gravidade do problema conhecido como “edentulismo” e a partir da análise das necessidades propor o tratamento (SBBrasil 2010).

Os dois índices (uso e necessidade de prótese) não são excludentes, ou seja, um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de prótese (s). Para os pacientes que apresentarem próteses em uso, alguns critérios serão avaliados para estabelecer se essas próteses estão inadequadas e, portanto, necessitam ser trocadas. Essa análise será baseada nas seguintes condições: retenção (se está folgada ou apertada); estabilidade e reciprocidade (se apresenta deslocamento ou báscula); fixação (se causa lesão aos tecidos); e estética (se apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente). Caso pelo menos uma dessas condições estiver presente, recomenda-se a troca da prótese, considerando-se, portanto, haver necessidade de prótese (SBBrasil, 2009).

### **6.3 Qualidade de vida OHIP-14**

Para a qualidade de vida será utilizado o índice *Oral Health Impact Profile - short form (OHIP-14)* (ANEXO A) aplicado antes do início do tratamento odontológico e após a finalização do tratamento protético. O índice OHIP-14 apresenta dois itens em cada uma das seguintes sete dimensões:

1. Limitação funcional: problemas de pronúncia (pergunta 1), de paladar (pergunta 2),
2. Dor física: presença de dor (pergunta 3), de desconforto na alimentação (pergunta 4),
3. Desconforto psicológico: desconforto com a condição bucal (pergunta 5), de tensão nervosa (pergunta 6),
4. Incapacidade física: de alimentação prejudicada (pergunta 7), de interrupção de refeições (pergunta 8),

5. Incapacidade psicológica: de dificuldade de relaxamento (pergunta 9), de vergonha (pergunta 10),
6. Incapacidade social: de irritação com outras pessoas (pergunta 11), de dificuldade de fazer tarefas diárias (pergunta 12),
7. Desvantagem social: de vida insatisfatória (pergunta 13) e de incapacidade funcional (pergunta 14).

Por meio de entrevista, serão relatados os problemas segundo a autopercepção referida, sendo classificados quanto à frequência de aparecimento. Essas 14 perguntas comportam as respostas “nunca”, “quase nunca”, “ocasionalmente”, “pouco frequente”, e “muito frequente”, recomendando-se que lhes sejam atribuídos valores 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente que vão gerar um escore da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (ALMEIDA et al., 2004 ALVARENGA et al., 2011).

### **6.5 Avaliação de sintomas depressivos BDI (*Beck Depression Inventory*)**

Para avaliação dos sintomas depressivos será utilizado o questionário BDI- (ANEXO A). A subescala cognitiva chamada BDI-SF, é recomendada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia, visto que a escala somática pode ser influenciada pela condição médica do paciente (CANGUSSU, 2010). Para cada um dos itens há quatro possibilidades de afirmações de intensidades que variam de 0 a 3. O paciente deve selecionar a afirmação, em cada item, que melhor descreva como ele esteve se sentindo na última semana, incluindo o dia de hoje (Beck e colaboradores, 1996). Estas afirmações dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais. A pontuação final é classificada em níveis que indicam a intensidade da depressão. Esta classificação fica assim discriminada: nível mínimo de depressão a pontuação deve ficar de 0 a 13, para nível leve a pontuação deve ficar de 14 a 19, para nível moderado a pontuação deve ficar de 20 a 28 e para o nível grave a pontuação deve ficar de 29 a 63.

## **7. Aplicação dos questionários**

A aplicação dos questionários será feita por um único pesquisador. Para a aplicação do OHIP-14 será entregue ao pesquisado uma tarja com as opções de respostas do questionário OHIP-14 (ANEXO D) lembrando o pesquisado de todas as opções de respostas, evitando condicionamento em uma única resposta.

Para o inventário de depressão de Beck o pesquisador lerá as frases correspondentes às perguntas e em seguida as opções de respostas, seguindo a ordem das perguntas no instrumento. Será inquirido ao entrevistado se há necessidade de uma segunda leitura para melhor entendimento. Após será solicitado qual é a opção de resposta do entrevistado, que serão assinaladas pelo pesquisador.

Caso o entrevistado esteja com acompanhante, no momento da aplicação dos questionários será solicitado a este que se retire, evitando que o acompanhante interfira nas respostas do entrevistado.

## **8. Definição do desfecho**

O desfecho a ser estudado é a qualidade de vida. Para estimar a prevalência do desfecho será utilizado o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile - short form*), que visa mensurar a percepção do indivíduo sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida nos últimos 6 meses. É um questionário composto de 14 perguntas que avalia limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Cada pergunta tem cinco categorias de respostas 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (pouco frequente), e 4 (muito frequente). Para fins de análise a qualidade de vida relacionada à saúde bucal será dicotomizada em presença de impacto na qualidade de vida (pelo menos uma resposta “ocasionalmente”, “pouco frequente” ou “muito frequente”) e ausência de impacto (todas as respostas do questionário “nunca” e “quase nunca” em todos os itens).

## **9. Definição das variáveis de exposição**

A seguir é apresentado o quadro 1, com a descrição das variáveis independentes, sua definição e forma de coleta.

Quadro1: Descrição das variáveis independentes

	Variáveis	Forma de coleta	Tipo da variável
Demográficas	Sexo	Masculino e feminino	Categórica binária
	Idade	Em anos completos	Numérica discreta e posteriormente será categorizada)
	Cor da pele (IBGE) <sup>1</sup>	Referida (Branca, preta, Amarela, indígena, parda)	Categórica nominal
	Situação conjugal	Referida (casado/companheiro), (solteiro/sem companheiro) (separado) (viúvo)	Categórica nominal
	Localidade de residência	Referida (Urbano, Periurbano, Rural)	Categórica nominal
Socioeconômicas	Escolaridade	Referida (anos completos de estudo)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada)
	Renda familiar	Referida (total da renda familiar em reais, R\$, no mês anterior a entrevista)	Numérica contínua e posteriormente será categorizada)
	Número de pessoas que compõem a família	Referida	Numérica discreta e posteriormente será categorizada)
	Status trabalho	Referida (aposentado, empregado, desempregado)	Categórica binária
Comportamentais	Religião ou crenças	Referida (sim ou não)	Categórica binária
	Plano de saúde	Referida (sim ou não)	Categórica binária
	Plano odontológico	Referida (sim ou não)	Categórica binária
	Tabagismo	Referida Não tabagista Ex-tabagista (indivíduo que não é classificado como tabagista atual, mas já foi tabagista no passado) Tabagista (indivíduo que fumou, pelo menos, um cigarro nos 30 dias anteriores a entrevista)	Categórica nominal
	Etilismo	Referida Não etilista Ex-etilista (indivíduo abstinente- ausência de consumo de álcool nos últimos 12 meses) Etilista (indivíduo que relata fazer uso regular de bebidas alcoólicas (mínimo de 3 a 4 vezes por semana, incluindo ingestão diária) Bebe socialmente	Categórica nominal
	Comorbidades	Referida Diabete melitus, hipertensão arterial, doença pulmonar, doenças renais, doenças musculoesqueléticas, doenças renais, hipo ou hipertireoidismo, HIV, doenças cardíacas). Obtida das respostas: sim ou não	Categórica binária
	Medicação	Referida (fazer uso todos os dias ou quase todos os dias de algum fármaco nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa)	Categórica nominal

Diagnóstico neoplásico	Diagnóstico clínico	Retirada do laudo de biópsia	Categórica nominal
	Estadiamento clínico	Retirado do prontuário médico através do sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos e classificado em estágios: Estágio 0, I, II, III e IV.	Categórica ordinal
	Tratamento antineoplásico	Referida: cirurgia quimioterapia radioterapia Cirurgia+radio+quimio Cirugia+radio Cirurgia+quimio Radio+quimio	Categórica nominal
Condição dentária	CPO-D	Média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados pelo número de indivíduos examinados.	Numérica discreta
	Uso de prótese	Examinada pela pesquisadora, em: Prótese fixa Mais de uma prótese fixa Prótese parcial removível Prótese fixa e removível Prótese total Sem registro	Categórica nominal e posteriormente categórica binária
	Necessidade de prótese	Examinada pela pesquisadora, em: Sem necessidade de prótese Prótese fixa unitária Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla Prótese total Sem registro	Categórica nominal e posteriormente categórica binária
Depressão	BDI	Obtida por meio de 21 perguntas com 4 opções de respostas	Categórica ordinal: Nível mínimo de depressão Nível leve de depressão Nível moderado de depressão Nível grave de depressão

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Fonte: Beck e colaboradores, 1996; SBBrazil, 2009, 2010; OMS, 2013; Slade, 1997. Hulley, 2008.  
Org.Pela autora

## 10. Processamento e análise de dados

Inicialmente será realizada uma análise descritiva da amostra do estudo. A descrição de variáveis numéricas envolverá o cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. Para as variáveis categóricas será feita a descrição por meio de frequências absolutas e relativas. Para comparar as variáveis de exposição com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal serão realizados testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. Para todos os testes será adotado um nível de significância de 5%.

Por fim, serão realizadas análises estatísticas de regressão Poisson bruta e ajustada. As análises serão realizadas com o *software Stata*, versão 12 (*Data Analysis and Statistical software*).

## 11. Aspectos éticos

Para desenvolver este estudo serão respeitados os princípios éticos relativos a pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Pelotas da Universidade Federal de Pelotas, e seguirá os requisitos e solicitações, conforme Resolução CNS 196/96. O projeto também será encaminhado ao departamento de educação do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para aprovação da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E) deverá ser assinado pelo paciente ou responsável legal e cuja função é autorizar a realização dos procedimentos clínicos, documentação fotográfica e realização de atividades científicas, mantendo preservada a sua identidade e respeitando a sua autonomia.

## 12. Orçamento Estimado

Quadro 2: Orçamento do estudo

Item	Valor estimado
Cartuchos de tinta para impressão de: artigos, de projeto de qualificação, tese, de questionários e ficha clínica.	300,00
Encadernações: projeto e dissertação	80,00



	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2018	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

2019	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7	8	8

Org. Pela autora

### 3 Relatório do trabalho de campo

O projeto de pesquisa, devidamente qualificado em 21 de fevereiro de 2017, perante banca composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. César Dalmolin Bergoli, Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva, Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo, Dr. José Ricardo Sousa Costa e Profa. Dra. Andreia Morales Cascaes.

Ao finalizar a leitura do projeto, o objetivo era avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes oncológicos que foram reabilitados com próteses dentárias removíveis através do questionário OHIP-14, bem como descrever as condições de saúde bucal desses pacientes e avaliar se o nível de depressão dos paciente melhoraria após o tratamento protético reabilitador.

Após a qualificação e diante das contribuições dos professores da banca, alteramos o tempo para reaplicar os questionários para 6 meses após o período de ajustes e adaptação protética. Também acrescentamos o questionário sobre xerostomia e avaliação da hipossalivação.

A pesquisadora do estudo foi treinada para a aplicação dos questionários e treinada e calibrada para os exames de saúde bucal. Em março de 2017, com 10 pacientes que eram atendidos pela Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica do HE/UFPel/EBSERH. Para os exames de saúde bucal, o índice Kappa foi igual a 1, Kappa intraexaminador, ou seja, concordância perfeita para índice CPOD e uso e necessidade de prótese dentária.

Os paciente foram atendidos de abril de 2017 a julho de 2019. Tínhamos como objetivo realizar um artigo de série de casos dos pacientes que realizaram reabilitação com prótese obturadora, mas como o número de pacientes com essa demanda foi pequeno, somente 3 pacientes, sendo que um deles foi a óbito antes da chamada da reavaliação e aplicação do questionário de qualidade de vida, em vista disto, optamos por fazê-lo em momento futuro quando mais casos surgirem.

Também era programado fazer um artigo relacionando hipossalivação/xerostomia com qualidade de vida, porém percebemos no final das coletas que a forma de registro da avaliação da hipossalivação não foi realizada da forma mais correta, sendo assim, achamos mais apropriado, não utilizarmos os dados obtidos.

Ao final foi realizado um artigo avaliando a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos após reabilitação com prótese dentária removível. Foram reabilitados 47 pacientes e concluímos que a reabilitação protética contribuiu para melhorar o QVRSB em pacientes oncológicos, destacando que os indivíduos reabilitados com próteses totais duplas apresentaram os maiores impactos relacionados à qualidade de vida. Os aspectos positivos ao realizar esta pesquisa estão na realização das reabilitações protéticas, a satisfação em concluir uma reabilitação dentária e ver a felicidade do paciente, pois muitos ficaram contentes pela possibilidade de fazerem uma "dentadura" e ter melhor convívio social e alimentar. Como aspecto negativo de um estudo clínico de intervenção foi a dificuldade na marcação das consultas de retorno após 6 meses, em que para muitos casos várias tentativas de agendamento foram feitas.

#### 4 Artigo\*

Avaliação da reabilitação protética na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos – Acompanhamento clínico longitudinal de intervenção.

Gislene Corrêa<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0002-8316-5315](https://orcid.org/0000-0002-8316-5315), *e-mail*: [gi1co@hotmail.com](mailto:gi1co@hotmail.com)

Alexandre Emidio Ribeiro Silva<sup>2</sup> - [orcid.org/0000-0001-6402-0789](https://orcid.org/0000-0001-6402-0789), *e-mail*: [aemidiosilva@gmail.com](mailto:aemidiosilva@gmail.com)

César Dalmolin Bergoli<sup>2</sup> – [orcid.org/0000-0003-4835-8477](https://orcid.org/0000-0003-4835-8477), *e-mail*: [cesarbergoli@gmail.com](mailto:cesarbergoli@gmail.com)

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

\* Artigo formatado conforme as normas da Revista de Saúde Pública

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar se o tratamento reabilitador com próteses dentárias removíveis exerce influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de pacientes oncológicos atendidos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- RS.

**Métodos:** Estudo de intervenção. As informações demográficas, socioeconômicas, de saúde geral e bucal e qualidade de vida relacionado à saúde bucal – OHIP-14 foram obtidas por meio de um questionário padronizado no início do estudo e receberam a reabilitação protética de acordo com cada necessidade. Após 6 meses da reabilitação protética foi reaplicado o OHIP-14. Foram realizadas análises descritivas e de regressão linear múltipla ( $\alpha=0.05$ ).

**Resultados:** Participaram do estudo 47 pacientes entre abril de 2017 a julho de 2019. O escore do OHIP melhorou estatisticamente em todas as dimensões após a reabilitação protética, diminuindo de 14,6(maior impacto) para 5,0 ( $p=0.001$ )(menor impacto). Dentre os tipos de reabilitação realizadas, quem reabilitou com prótese total superior e inferior teve maior impacto na qualidade de vida OHIP (RM = 3,9; IC 95% 0,1-7,6;  $p=0,030$ ) em relação aos pacientes reabilitados somente com próteses parciais.

**Conclusão:** A reabilitação protética contribuiu para melhorar a QVRSB considerando todas as dimensões do OHIP-14 em pacientes oncológicos e os maiores diferenças foram observados nos pacientes reabilitados por próteses totais duplas.

**Descritores:** qualidade de vida; prótese dentária; arcada edêntula; neoplasias.

## Introdução

A qualidade de vida envolve condições como bem-estar físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, religiosidade e demais condições que afetam a vida humana<sup>1</sup>. Assim, para assegurar a integralidade da atenção, o modelo assistencial de saúde deve conjugar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida das comunidades<sup>2</sup>.

Uma das enfermidades crônicas que mais afetam a qualidade de vida é o câncer<sup>3</sup>. O câncer é um dos principais problemas de saúde pública com alto impacto financeiro para a sociedade e para a qualidade de vida do indivíduo e sua família<sup>3</sup>. A maior prevalência de câncer é de pessoas com idade acima dos 50 anos<sup>4</sup>. Um dos elementos indispensáveis do cuidado oncológico que deve ser buscada e preservada de modo a contribuir para a manutenção da qualidade de vida do paciente oncológico é a saúde bucal<sup>5</sup>. Nesta faixa etária a maior necessidade é por reabilitação protética parcial ou total<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, várias ferramentas de avaliação validadas foram propostas para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Entre eles, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), é um instrumento de avaliação amplamente empregado para medir o impacto do estado de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos<sup>7</sup>. Estudos confirmaram a validade e a confiabilidade de suas versões original e curta, bem como da versão traduzida para o português do Brasil<sup>7,8</sup>.

A literatura aponta que a condição de saúde bucal tem um importante efeito na qualidade de vida relacionada a saúde bucal para pacientes com câncer de cabeça e

pescoço<sup>9,10</sup>. No entanto, os autores não possuem conhecimento de estudos avaliando se a reabilitação protética melhora a qualidade de vida de pacientes com outros tipos de câncer que não os de cabeça e pescoço. Assim, por entender-se importante investigar se tratamento reabilitador protético pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos, esse estudo objetivou deste estudo foi avaliar se o efeito do tratamento reabilitador protético sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos atendidos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- RS. A hipótese testada foi de que o tratamento protético, independente do tipo, exerceria influência positiva sobre os resultados de qualidade de vida.

## **Métodos**

### **Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com número de protocolo 2.007.815. Todos pacientes foram informados das vantagens e desvantagens do tratamento e para participar concordaram em assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Delineamento e participantes do estudo**

Esse trabalho se consistiu em um estudo de intervenção longitudinal e as diretrizes do TREND (*Transparent Reporting of Nonrandomized Designs*) foram utilizadas para seu relato<sup>11</sup>.

A população-alvo foi constituída por pacientes com o diagnóstico histopatológico de câncer, atendidos pela Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica - Área de odontologia do Hospital Escola-EBSERH da UFPEL, localizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Os participantes do estudo, amostra por conveniência, foram recrutados e atendidos entre o período de abril de 2017 a julho de 2019. Para fazer parte do estudo os pacientes precisavam atender aos seguintes critérios de inclusão: pacientes portadores de neoplasia maligna que não estivessem realizando tratamento paliativo pré-determinado pelo médico ou que apresentasse sinais e sintomas de câncer terminal ou em regime de internação hospitalar; com idade superior ou igual a 18 anos; que necessitassem de tratamento odontológico envolvendo reabilitação protética com prótese total e/ou prótese parcial removível e que apresentassem adequada capacidade cognitiva para responder o questionário. Pacientes que não atendessem a algum dos critérios anteriormente citados eram automaticamente excluídos do estudo.

### **Coleta de dados**

Todos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram submetidos a coleta de dados em dois momentos. Inicialmente responderam um questionário estruturado com questões demográficas, socioeconômicas, de saúde geral, de saúde bucal, de qualidade de vida, relativas a sintomas depressivos e a xerostomia. Após a aplicação do questionário foi realizado um exame físico por um dentista calibrado para a obtenção de informações de cárie dentária e uso e necessidade de prótese seguindo os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O exame foi realizado em consultório odontológico com o participante sentado em cadeira odontológica, com luz do refletor, odontoscópio e sonda periodontal.

Após o exame de saúde bucal todos os pacientes receberam reabilitação protética de acordo com cada necessidade. Todas próteses foram confeccionadas pelo mesmo profissional, especialista em Prótese Dentária e com experiência superior a dez anos, seguindo todas as recomendações clínicas e científicas para tanto. Após

a entrega das próteses os pacientes eram acompanhados para realização de possíveis ajustes nas mesmas, o momento em que o paciente não relatava mais desconforto foi definido como o *baseline*. Após 6 meses do *baseline* os pacientes foram re chamados e responderam novamente os questionários de qualidade de vida, sintomas depressivos e xerostomia. Todos os questionários nas duas etapas de avaliação, também foram aplicados pelo mesmo profissional que realizou as reabilitações.

### **Desfecho do Estudo - Impacto da saúde bucal na qualidade de vida**

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi mensurada com o OHIP - 14, que foi validado para uso no Brasil por Almeida e cols.<sup>8</sup> e foi considerado como desfecho principal do estudo. Essa ferramenta de avaliação possui 14 perguntas distribuídos em sete domínios: Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física, Incapacidade psicológica, Incapacidade social e Desvantagem social. Cada dimensão possui duas perguntas, cada uma com uma pontuação que varia de 0 a 4 pontos: 0= nunca, 1= quase nunca, 2= ocasionalmente, 3= pouco frequente e 4= muito frequente. O escore final varia de 0 a 56 pontos, com escores mais altos indicando maior impacto na qualidade de vida. Para fins de análise, o escore OHIP - 14 foi avaliado separadamente em cada uma das duas avaliações (antes da reabilitação protética e após 6 meses da reabilitação protética).

### **Variáveis de descrição**

As variáveis de descrição da amostra do presente estudo foram:

**Características demográficas:** sexo (feminino e masculino); faixa etária (menos de 60 anos e mais de 60 anos); situação conjugal (sem companheiro, com companheiro); cor da pele autorreferida com base na classificação do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (branca, preta, amarela, parda, indígena) e categorizada em (branca e amarela) e (preta, parda e indígena).

**Características socioeconômicas:** escolaridade em anos completos de estudo (até quatro, cinco a oito e mais de oito), renda familiar em reais e categorizada em salários mínimos - SM (até 1 SM, de 1 a 2 SM e mais de 2 SM), status de trabalho (empregado e não empregado).

**Hábitos de Saúde, Depressão e Xerostomia:** tabagismo (sim, não, ex-tabagista), etilismo (sim, não, ex-etilista, bebe socialmente), doença sistêmica (sim, não). Para a avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a subescala cognitiva chamada BDI-SF, a qual é recomendada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia. Para cada um dos 13 itens há quatro possibilidades de afirmações de intensidades que variam de 0 a 3. Foi considerado com sintomas depressivos indivíduos com pontuação maior que 4, conforme Cangussu, 2010<sup>12</sup>. Por fim, a xerostomia foi obtida de um questionário composto de quatro questões fechadas de acordo com Fox, 1987<sup>13</sup>. Foi considerado com presença de xerostomia os indivíduos que apresentaram duas ou mais respostas positivas.

**Específico da neoplasia:** diagnóstico clínico (cavidade oral, mama, colón/reto, próstata, outros); tratamento antineoplásico (cirurgia, quimioterapia, cirurgia+quimioterapia, cirurgia+radioterapia, radioterapia+quimioterapia, cirurgia+radioterapia+quimioterapia, outros) e estadiamento clínico (I, II, III e IV).

**Condição de Saúde bucal:** Tanto para a condição dentárias como para o uso e necessidade de prótese foram utilizados códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses índices avaliaram cárie dentária (CPOD- média de dentes cariados, perdidos e obturados), uso de prótese superior/inferior (sem prótese, mais de uma prótese fixa, prótese parcial removível, prótese

total); necessidade de prótese superior e inferior (sem necessidade de prótese, necessidade prótese fixa ou removível de um elemento, necessidade de prótese fixa ou removível de mais de um elemento, necessidade de prótese total); reabilitação protética superior e inferior (não reabilitou, prótese total, PPR com infraestrutura, PPR provisória, prótese total obturadora). Assim, essa análise possibilitou compreender a gravidade do problema conhecido como “edentulismo” e a partir da análise das necessidades propor o tratamento (SBBrasil 2010). Adequação bucal prévia a reabilitação protética (sim, não) confirmada através do prontuário e que se deu da seguinte forma: paciente procurou o serviço de odontologia hospitalar onde foi realizado a adequação bucal com realização de procedimentos de dentística, periodontia, endodontia e cirurgia, tendo necessidade de reabilitação protética, preencheu-se uma lista de espera. Após, o paciente foi chamado para realizar o tratamento protético reabilitador.

### **Análise estatística**

Inicialmente foram realizadas estatísticas descritivas das características dos pacientes participantes do estudo e das condições de saúde bucal (frequências absolutas e relativas). Após foram descritos itens e dimensões do OHIP-14 antes e 6 meses após o fim da reabilitação protética (expressos em média e desvio padrão). Após análises bivariadas foram realizadas pelo teste de *Mann - Whitney*, com nível de significância de 5%, comparando as sete dimensões e a pontuação total do OHIP- 14 antes e depois da reabilitação protética. Por fim, foram realizadas as análises de regressão linear múltipla bruta e ajustada e calculados os intervalos de confiança de 95% (IC). A reabilitação protética foi considerada a variável de exposição principal, enquanto os escores do OHIP-14, 6 meses após a reabilitação, foram considerados

como desfecho. Foram consideradas variáveis de confusão os sintomas de depressão e xerostomia. Todas as análises foram realizadas no programa STATA 12.0.

## **Resultados**

Durante o período citado foram avaliados 55 pacientes que necessitavam de reabilitação protética. Desses 1 não atendeu aos critérios de inclusão, 5 devido condições financeiras e 2 sem motivo relatado. Assim, a amostra foi composta por 47 pacientes. Na avaliação após 6 meses do baseline 10 pacientes não foram reavaliados pelos seguintes motivos: 4 por óbito (desses 3 não souberam informar o estadiamento da doença e 1 era estágio clínico 4), 4 por não responderem ao contato telefônico (desses 2 não souberam informar o estágio da doença e 2 era estágio clínico 3) e 2 por não comparecerem três vezes seguidas as consultas agendadas (desses um era estágio 2 e outro estágio clínico 4). Ficando assim, na amostra final com 37 pacientes.

As características da amostra estão apresentadas na Tabela 1, importante ressaltar que alguns pacientes não quiseram ou não souberam responder algumas das questões. A análise estatística não mostrou influência dos resultados de depressão ou da xerostomia sobre os valores de Qualidade de vida ( $p>0.05$ ). As taxas de pacientes com esses fatores também estão expostos na tabela 1. A análise pelo índice CPOD apresentou um valor de 25,4. Destes, 2,2 dentes obturados, 23 dentes perdidos e 0,2 cariados. A maioria dos pacientes necessitou adequação bucal prévia a reabilitação (70,2%). Quanto ao uso de prótese dentária, no arco dentário superior 44,7% não usavam prótese e 36,2% usavam prótese total. No arco dentário inferior a maioria não usava prótese (85,1%). Para necessidade de prótese no arco dentário superior 53,2% necessitavam de prótese total, enquanto 31,9% necessitavam de prótese total no arco inferior. Quanto à necessidade de prótese fixa ou removível para

substituição de mais de um elemento no arco superior, a taxa era de 38,3%, enquanto que no arco dentário inferior era de 65%, respectivamente. Quanto as reabilitações protéticas realizadas no arco superior, a maioria dos pacientes foram reabilitados com prótese total (53,2%). Para o arco inferior as reabilitações mais realizadas foram prótese parcial removível - PPR com infraestrutura metálica (44,7%) seguido de prótese total (29,8%pacientes) (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a média e o desvio padrão dos escores de cada pergunta, das sete dimensões do OHIP-14. Na análise descritiva dos dados, a pontuação média do OHIP - 14 foi de 14,6 pontos na avaliação inicial e após 6 meses depois da reabilitação protética foi de 5,0 pontos, mostrando influência estatisticamente significativa ( $p < 0.0001$ ). Ao avaliar os domínios individualmente, foi observado diferença estatística para todos (tabela 3).

A tabela 4 descreve a análise de regressão linear bruta e ajustada considerando o tipo de reabilitação protética realizada e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal – OHIP, 6 meses após a reabilitação. Observou-se que os pacientes que foram reabilitados com próteses totais superiores e inferiores tiveram em média um escore do OHIP 3,9 (IC 95% 0,1-7,6;  $p = 0,030$ ) maior do que os pacientes reabilitados com prótese parcial superior ou inferior ou prótese parcial inferior e superior, ou seja, apresentaram maior impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes após o tratamento protético.

## **Discussão**

Os resultados do presente estudo indicam melhora da QVRSB, em todas as dimensões, dos pacientes oncológicos reabilitados com próteses dentárias e mensurados pelo questionário OHIP-14. Os pacientes que apresentaram maior impacto na qualidade de vida foram aqueles reabilitados com próteses totais superior

e inferior comparados com os pacientes que necessitavam de reabilitação com próteses parciais. A literatura apresenta diversos estudos avaliando a qualidade de vida de pacientes oncológicos cabeça e pescoço reabilitados com próteses dentárias, visto que, os tratamentos antineoplásicos de cirurgia e radioterapia promovem alterações importantes nestas localização anatômica<sup>9,14</sup>. Diferente dos estudos publicados na literatura, o presente estudo buscou avaliar se a reabilitação protética melhora a QVRSB de pacientes com outros tipos de câncer, pois a existência desse escopo é desconhecida dos autores até o momento.

As dimensões do OHIP-14 de maior impacto tanto na avaliação inicial e após 6 meses da reabilitação protética foram: dor física (determinada pelo item "Você sentiu incomodo para comer qualquer alimento por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras") e desconforto psicológico (determinado pelo item "Você sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentaduras"). Esses resultados estão de acordo com estudos anteriores que identificaram estes domínios como aqueles que mais exercem influência sobre QVRSB<sup>15,16</sup>. Isso pode ser explicado pelo fato de que indivíduos com problemas de mastigação evitam frutas e vegetais frescos, que pode levar a graves deficiências na ingestão de nutrientes e conseqüentemente a um risco de desnutrição<sup>17</sup>. Esses déficits de nutrientes têm enorme impacto no curso da doença, tolerância ao tratamento antineoplásico e mortalidade<sup>18</sup> e a melhoria dessa condição, através do tratamento protético, impacta diretamente nos resultados da qualidade de vida observada. Apesar de estudos mostrarem que a capacidade mastigatória de usuários de prótese total é reduzida, ou seja, cerca de 25% quando comparado a capacidade de mastigação de pacientes dentados<sup>19</sup>, o fato delas melhorarem os índices de qualidade de pacientes oncológicos corroborar sua indicação, principalmente para pacientes oncológicos.

A capacidade mastigatória e a condição bucal percebidos por uma pessoa são os determinantes na satisfação da prótese que estão melhor associados à QVRSB<sup>20</sup>. No presente estudo, comparando os tratamentos protéticos, os pacientes completamente desdentados reabilitados com prótese total superior e inferior apresentaram maior impacto na qualidade de vida do que pacientes que receberam outros tratamentos protéticos. No entanto, esses pacientes seguiram com os piores índices de qualidade de vida quando comparado aos outros pacientes que necessitam de outros tipos de reabilitação, evidenciando a importância da reabilitação protética de pacientes oncológicos, principalmente pacientes desdentados totais. Outro ponto que deve ser discutido é que 70,2% dos pacientes realizaram adequação bucal prévia a reabilitação protética, e embora os questionários foram aplicados antes da reabilitação protética é possível a influência da etapa de adequação bucal na subjetividade das respostas tendo em vista que os dentes naturais são parte da percepção do mesmo.

Diferentemente dos resultados encontrados, Gjengedal et al.(2019) observou, em participantes não oncológicos, que pacientes reabilitados com próteses totais duplas relataram melhor qualidade de vida do que pacientes reabilitados com próteses parciais, tendo como explicação provável que a satisfação é um fenômeno relativo e pacientes parcialmente desdentados relacionam a prótese maxilar com a dentição mandibular fixa, enquanto em pacientes completamente desdentados, uma prótese frouxa é comparada com outra possivelmente ainda mais frouxa<sup>21</sup>. Isso mostra como os aspectos de satisfação podem ser relativos e também mostra como a nossa amostra é diferente de uma não oncológica. Outro fato diferente entre os estudos é que os pacientes do estudo de Gjengedal (2019) já utilizavam próteses totais. Os

nossos pacientes cerca de 45% não utilizava prótese total superior e 85% não utilizava a inferior, podendo assim gerar maiores expectativas quanto a reabilitação.

Ainda diferentemente do nosso trabalho, Perea (2012) verificou que a reabilitação de pacientes idosos com próteses totais causou impacto negativo na qualidade de vida desse grupo. No entanto, a amostra de Perea (2012) apresentava média etária superior à nossa, conseqüentemente maior perda óssea e assim piores condições para o assentamento das próteses, o que acabou gerando impactos negativos principalmente aos domínios de limitação funcional e dor física<sup>22</sup>. Embora ocorra uma diminuição da eficiência mastigatória com o uso de próteses totais se comparado ao paciente totalmente dentado, reabilitar esse paciente é significativo, visto que reflete positivamente na avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos pacientes que foram reabilitados neste estudo.

Os sintomas de depressão e a xerostomia são variáveis importantes quando se avalia a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Estudos apontam que pacientes oncológicos apresentam critérios diagnósticos para depressão entre 20 a 51%<sup>23,12</sup>. Rastrear sintomas depressivos nesta população permite aos profissionais de saúde guiar os pacientes na busca de tratamento adequado, visto que ao instaurar o tratamento antidepressivo tem-se uma melhora significativa na qualidade de vida<sup>24,25</sup>. Já em relação à xerostomia que é a sensação de boca seca, este é um sintoma frequente em pacientes com câncer avançado<sup>26,27</sup>. Em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço é a complicação mais frequente após o tratamento radioterápico<sup>28,29</sup>. A xerostomia causa muitos problemas clínicos incluindo infecções orais, dificuldade para deglutir alimentos (principalmente alimentos secos), dificuldade ao uso de próteses dentárias, dificuldade na fala além de um alto risco de desenvolver cárie e doença periodontal, podendo afetar a qualidade de vida<sup>30</sup>. Considerando o

objetivo do presente estudo, as variáveis de sintomas de depressão e xerostomia, foram consideradas nas análises multivariadas, no controle dos fatores de confusão.

Todo estudo tem limitações e fortalezas. Uma possível limitação do presente estudo foi a perda de acompanhamento de pacientes que pode ter influenciado nos escores médios do OHIP-14 da segunda avaliação. Outro fator a ser ponderado e que pode ter influenciado na melhora da QVRSB foi a adequação bucal realizada antes da reabilitação protética. Como fortaleza do estudo, podemos citar a avaliação de pacientes com diferentes diagnósticos de câncer, não apenas de cabeça e pescoço, por um período de 6 meses, identificando a importância da reabilitação protética como um dos fatores que influencia diretamente na qualidade de vida deles, e assim, informar aos administradores de serviços de saúde a importância da presença de equipes multiprofissionais na melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

### **Conclusão**

O presente estudo identificou que a reabilitação protética contribuiu para melhorar a QVRSB em pacientes oncológicos, principalmente quando foram confeccionadas próteses totais duplas. Além disso, este estudo evidência a importância de termos equipes multiprofissionais no tratamento de pacientes oncológicos para que possamos ter o atendimento completo de suas necessidades.

Tabela 1 Descrição das informações sociodemográficas, dados clínicos de saúde geral e hábitos de vida de pacientes oncológicos atendidos no Hospital Escola da UFPel. (n=47)

Variáveis	n	Frequência
<b>Sexo</b>		
Feminino	22	46,8
Masculino	25	53,2
<b>Idade</b>		
Menos 60 anos	21	44,7
60 anos ou mais	26	55,3
<b>Cor da pele</b>		
Branca e amarela	40	85,1
Preta, indígena e parda	7	14,9
<b>Situação conjugal *</b>		
Sem companheiro	16	32,6
Com companheiro	31	67,4
<b>Anos de estudo*</b>		
Até 4 anos	19	44,2
5 a 8 anos	20	46,5
Mais de 8 anos	4	9,3
<b>Trabalho*</b>		
Empregado	9	19,6
Não empregado	37	80,4
<b>Rendas em salários Mínimos*</b>		
Até 1 sm	11	25,0
De 1 a 2 sm	11	25,0
Mais de 2 sm	22	50,0
<b>Tabagismo</b>		
Sim	7	14,9
Não	16	34
Ex-tabagista	24	51,1
<b>Etilismo</b>		
Sim	1	2,8
Não	32	69,6
Ex-etilista	6	13,0
Bebe socialmente	8	15,2
<b>Doença sistêmica</b>		
Sim	27	57,4
Não	20	42,6
<b>Sintomas Depressivos – Antes</b>		
Sim	14	30,4
Não	32	69,6
<b>Sintomas Depressivos – Depois</b>		
Sim	6	16,7
Não	30	83,3
<b>Xerostomia – Antes</b>		
Sim	14	29,8
Não	33	70,2
<b>Xerostomia – Depois</b>		
Sim	10	27,0
Não	27	73,0
<b>Diagnóstico clínico</b>		
Cavidade oral	13	27,7
Mama	10	21,0
Colón e reto	5	10,8
Próstata	4	8,5
Outros	15	32,0
<b>Tratamento antineoplásico</b>		
Cirurgia	7	14,9
Quimioterapia	5	10,6
Cirurgia+quimioterapia	5	10,6
Cirurgia+radioterapia	7	14,9
Radioterapia+quimioterapia	5	10,6
Cirurgia+radioterapia+quimioterapia	13	27,7
Outros	5	10,6

<b>Estadiamento</b>		
I	6	20,7
II	8	27,6
III	4	13,8
IV	11	37,9

\*Ajuste na descrição da categoria

Tabela 2 Descrição das informações de saúde bucal dos pacientes atendidos no Hospital Escola da UFPel após análise do índice CPO-D e necessidade protética.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Frequência</b>
<b>Necessidade de adequação bucal</b>		
Sim	33	70,2
Não	14	29,8
<b>Uso de Prótese superior</b>		
Não usa	21	44,7
Mais de uma prótese fixa	1	2,1
Prótese parcial removível	8	17,0
Prótese total	17	36,2
<b>Uso de Prótese inferior</b>		
Não usa	40	85,1
Mais de uma prótese fixa	1	2,1
Prótese parcial removível	3	6,4
Prótese total	3	6,4
<b>Necessidade de prótese superior</b>		
Sem necessidade	2	4,3
Prótese fixa ou removível de 1 elemento	2	4,3
Prótese fixa ou removível de mais de 1 elemento	18	38,3
Prótese total	25	53,2
<b>Necessidade de prótese inferior</b>		
Sem necessidade	1	2,1
Prótese fixa ou removível de mais de 1 elemento	31	65,0
Prótese total	15	31,9
<b>Reabilitação superior realizada</b>		
Não reabilitou	4	8,5
Prótese Total	25	53,2
Prótese parcial removível com infraestrutura	7	14,9
Prótese parcial removível provisória	8	17,0
Prótese total obturadora	3	6,4
<b>Reabilitação inferior realizada</b>		
Não reabilitou	9	19,1
Prótese total	14	29,8
Prótese parcial removível com infraestrutura	21	44,7
Prótese parcial removível provisória	3	6,4
		<b>Média (dp)</b>
<b>Dentes Cariado, Perdido e Obturado – CPOD</b>		25,4(7,4)
<b>Componente Obturado</b>		2,2(3,5)
<b>Componente Cariado</b>		0,0(0,2)
<b>Componente Perdido</b>		23,1(3,5)

Tabela 3 Descrição e comparação das dimensões do OHIP-14 antes de realizar a reabilitação protética e após 6 meses de reabilitação dos pacientes atendidos pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Escola da UFPe/EBSERH.

	Avaliação inicial	Domínio	Amostr a	Avaliação após 6 meses de reabilitação protética	Domínio	Valor de P	
Limitação funcional	n	Média(dp)	Média(dp)	N	Média(dp)	Média(dp)	p-valor*
Você teve problema para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras?	47	1,6(1,7)	2,9	37	0,3(0,9)	1,2	0.0009
Você sentiu que o seu paladar piorou por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	47	1,3(1,6)		37	0,8(1,4)		
<b>Dor física</b>							
Você teve dor em sua boca?	46	1,1(1,4)	3,3	37	0,3(0,7)	2,2	0.0041
Você sentiu incomodo para comer qualquer alimento por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	47	2,1(1,6)		37	1,2(1,5)		
<b>Desconforto psicológico</b>							
Você sentiu preocupado por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras?	46	2,0(1,6)	3,1	37	0,4(1,0)	0,5	0.0000
Você sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	46	1,2(1,5)		37	0,1(0,3)		
<b>Incapacidade física</b>							
Você tem uma dieta insatisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	46	1,0(1,5)	1,5	37	0,2(0,8)	0,4	0.0069
Você teve que interromper suas refeições por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	46	0,5(1,1)		37	0,2(0,5)		
<b>Incapacidade psicológica</b>							
Você sentiu dificuldade para relaxar por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	47	0,6(1,2)	1,9	37	0,1(0,4)	0,2	0.0003

Você se sentiu um pouco embaraçada por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	46	1,2(1,6)		37	0,2(0,5)		
<b>Incapacidade social</b>							
Você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? ,	47	0,6(1,2)		37	0,1(0,5)		
Você teve dificuldade de realizar seus trabalhos usuais por causa dos problemas com seus dentes boca ou dentaduras?	47	0,4(1,0)	1,0	37	0(0)	0,1	0.0244
<b>Desvantagem social</b>							
Você tem sentido, que a sua vida em geral estava menos satisfatória por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	47	1,0(1,4)		37	0,2(0,7)		
Você tem se sentido, totalmente incapaz por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	47	0,4(1,1)	1,4	37	0,0(0,2)	0,2	0.0050
<b>Total OHIP-14</b>	47		14,6	37		5,0	<0.0001

\*Valor de p inferior a 0.05 indica diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada de regressão Linear Múltipla: realização de reabilitação protética em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no setor de Oncologia do Hospital escola

Variável Reabilitação Protética	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal					
	RM	Análise bruta		RM	Análise Ajustada*	
		IC95%	Valor p		IC95%	Valor p**
Prótese parcial superior ou inferior ou prótese parcial inferior e superior	1,0		0,064	1,0		0,092
Total superior e inferior	6,6	0,7-12,5	0,029	3,9	0,1-7,6	0,030
Total Superior e Parcial inferior	0,2	-6,9-7,3	0,966	1,7	-2,9-6,2	0,370

\*Ajustada para escore de depressão posterior a realização da prótese, realização de tratamento em 6 meses e xerostomia

\*\* Valor inferior a 0.05 indica diferença estatisticamente significativa.

## Bibliografia

1. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
2. Manual de Gestão da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 80 p.
3. INCA. Estimativa 2020 [Internet]. Ministério da Saúde; 2020. 300 p. Available from: <http://www.inca.gov.br>
4. De Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, de Moura L, Azevedo e Silva G. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: Dados da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18:146–57.
5. Araújo 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):129–38.
6. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Ouvidoria do SUS 136 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais [Internet]. 2012. 118 p. Available from: [www.saude.gov.br/bvsLegislaçaoemSaude](http://www.saude.gov.br/bvsLegislaçaoemSaude)[www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)
7. de Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2005;33:307–14. Available from: <https://doi-org.ez66.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x>
8. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE de. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada. Vol. 6, *UFES Rev. Odontol*. 2004. p. 6–15.
9. Dholam KP, Dugad JA, Sadashiva KM. Impact of oral rehabilitation on patients with head and neck cancer: A study using the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire and the Oral Health Impact Profile-14. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2017;117(4):559–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2016.06.019>

10. Thanvi, Jaishree and DB. Impact of dental considerations on the quality of life of oral cancer patients. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2014;35(n.1):66.
11. Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>
12. Cangussu RDO, Soares TBDC, Barra ADA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(2):106–10.
13. Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc.* 1987;115(4):581–4.
14. Seignemartin CP, Miranda ME, Luz JGC, Teixeira RG. Understandability of speech predicts quality of life among maxillectomy patients restored with obturator prosthesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(10):2040–8.
15. Echeverria MS, Wunsch IS, Langlois CO, Cascaes AM, Ribeiro Silva AE. Oral health-related quality of life in older adults—Longitudinal study. *Gerodontology.* 2019;36(2):118–24.
16. Silva AER, Demarco FF, Feldens CA. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology.* 2015;32(1):35–45.
17. Gil-Montoya J, Ferreira de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging [Internet].* 2015 Feb 11 [cited 2020 Feb 29];10:461. Available from: <http://www.dovepress.com/oral-health-in-the-elderly-patient-and-its-impact-on-general-well-bein-peer-reviewed-article-CIA>
18. Nartowicz M, Nartowicz M, Jaworska-Czerwińska A, Nartowicz S, Kucharczuk M. Malnutrition of the oncological patient - diagnosis and prevention. *J Educ Heal Sport [Internet].* 2018;8(9):269–76. Available from: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5828>
19. Júnior A de FC, Caldas KU, Oliveira MRM de, Amorim AA de, Barros PM de F. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Méd.*

- 2005;14(3):229–38.
20. Michaud PL, De Grandmont P, Feine JS, Emami E. Measuring patient-based outcomes: Is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? *J Dent* [Internet]. 2012;40(8):624–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2012.04.007>
  21. Gjengedal H, Berg E, Bøe O, Trovik T. Self-reported oral health and denture satisfaction in partially and completely edentulous patients. *J Indian Assoc Public Heal Dent*. 2019;17(1):54.
  22. Perea C, Suárez-García MJ, Del Río J, Torres-Lagares D, Montero J, Castillo-Oyagüe R. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(3).
  23. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, De Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*. 2014;23(2):121–30.
  24. Jha MK, Greer TL, Grannemann BD, Carmody T, Rush AJ, Trivedi MH. Early normalization of Quality of Life predicts later remission in depression: Findings from the CO-MED trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;206:17–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.012>
  25. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. Depression in cancer patients. *Eur J Cancer, Suppl* [Internet]. 2013;11(2):205–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.006>
  26. Hanchanale S, Adkinson L, Daniel S, Fleming M, Oxberry SG. Systematic literature review: xerostomia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23(3):881–8.
  27. Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP, Aitchison TC. Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncol*. 1998;34(2):123–6.
  28. Klein J, Livergant J, Ringash J. Health related quality of life in head and neck cancer treated with radiation therapy with or without chemotherapy: A systematic review. *Oral Oncol* [Internet]. 2014;50(4):254–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2014.01.015>
  29. Jiang N, Zhao Y, Jansson H, Chen X, Mårtensson J. Experiences of

- xerostomia after radiotherapy in patients with head and neck cancer: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1–2):e100–8.
30. Enoki K, Matsuda KI, Ikebe K, Murai S, Yoshida M, Maeda Y, et al. Influence of xerostomia on oral health-related quality of life in the elderly: A 5-year longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2014;117(6):716–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2014.03.001>

## **5 Considerações finais**

A reabilitação com próteses totais resultou em melhora da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos. Os resultados evidenciados têm impacto sobre a prática clínica não apenas do cirurgião-dentista, mas também dos demais profissionais de saúde voltados ao atendimento de pacientes oncológicos.

## Referências

ALLISON, P.J.; LOCKER, D, FEINE, J.S. The relationship between dental status and health-related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. **Oral Oncology**, v. 35, p.138-143, 1999.

ALMEIDA A.M., LOUREIRO C.A., ARAÚJO V.E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) na forma simplificada. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v.6, n.1, p.6-15, jan./abr, 2004.

ALVARENGA, F.A. de S.; HENRIQUES, C.; TAKATSUI, F.; MONTANDON, A.A.B.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; MONTEIRO, A.L.C.C; PINELLI, C.; LOFFREDO, L.C.M. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n.3, p.118-124, 2011.

ÁLVAREZ CM, BRETÓN OM, PÉREZ LL, MADROÑO SM, PERIS CM, HERNÁNDEZ ÁJ, et al. Soporte nutricional y nutrición parenteral en el paciente oncológico: informe de consenso de un grupo de expertos Nutritional support and parenteral nutrition in the oncological patient: an expert group consensus report. **Nutricion Hospital** [Internet]. 2018;35:1699–5198. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1361>

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.**Revista Brasileira de cancerologia**; v. 55, n.2,p.129-138, 2009.

AZEVEDO, M.S; CORREA, M.B.; AZEVEDO. J.S.; DEMARCO, F.F. Dental prosthesis use and/or need impacting the oral health-related quality of life in Brazilian adults and elders: Results from a National Survey. **Journal of Dentistry**, v. 43, p.1436–1441, 2015.

CANGUSSU, R.O.; SOARES, T.B.C; BARRA, A.A; NICOLATO, R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – *Short Form* **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.2, p.106-110, 2010.

CELLA D. AND STONE, A.A.. Health-Related Quality of Life Measurement in Oncology. **American Psychologist**, v. 70, n. 2, p.175–185, 2015.

CHONG GUAN NG, MARCO P.M. BOKS, NOR ZURAIDA ZAINAL , NIEK J. DE WIT. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 131, p.1–7, 2011.

DAUCHY, S.; DOLBEAULT , S.; REICH, M. Depression in cancer patients. **European Journal of Cancer Supplements**, v.11, p.205-215, 2013.

DUKE, R.L.;CAMPBELL, B.H.; INDRESANO, T.A; EATON, D.J.; MARBELLA, A.M; MYERS, K.B.; LAYDE, P.M.;Dental Status and Quality of Life in Long-Term Head and Neck Cancer Survivors **Laryngoscope**, v. 115, April, 2005.

GIL-MONTOYA J, FERREIRA DE MELLO AL, BARRIOS R, GONZALEZ-MOLES MA, BRAVO M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. **Clinical Interventions in Aging** [Internet]. 2015 Feb 11 [cited 2020 Feb 29];10:461. Available from: <http://www.dovepress.com/oral-health-in-the-elderly-patient-and-its-impact-on-general-well-bein-peer-reviewed-article-CIA>

JACOBSEN, H.C.; WAHNSCHAFF, F.; TRENKLE, T.; SIEG, P.; HAKIM, S.G. Oral rehabilitation with dental implants and quality of life following mandibular reconstruction with free fibular flap.**Clinical Oral Investigations**, v. 20, p.187–192, 2016.

KÁLLAY, É.; PINTEA, S.; DÉGI, C.L. Does knowledge of diagnosis really affect rates of depression in cancer patients? **Psycho-Oncology** (2016) DOI: 10.1002/pon.4073.

KATSOULIS, J.; FIERZ, J.; IIZUKA, T.; MERICSKE-STERN, R. Prosthetic Rehabilitation, Implant Survival and Quality of Life 2 to 5 Years after Resection of Oral Tumors. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v.15, n.1, 2013.

KREBBER, A. M. H.; BUFFART, L. M.; KLEIJN, G.; RIEPMA, I. C.; BREE, R. DE; LEEMANS, C. R. ; BECKERA.; BRUG, J; STRATEN, A. VAN; CUIJPERS, P.; VERDONCK-DE LEEUW I.M. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. **Psycho-Oncology**, v. 23, p.121–130, 2014.

CIOCCA, L.; DDS, TARSITANO, A.; MAZZONI, S.; GATTO, M.R.; MARCHETTI, C.; SCOTTI, R. Evaluation of Masticatory Efficiency and QoL Improvements After Prosthetic Rehabilitation of Mandibular Cancer Patients Reconstructed with a Fibula Free Flap **International Journal of Prosthodontics**, v. 28, p.418-424, 2015.

DEPPRICH, R.; NAUJOKS, C.; LIND, D.; OMMERBORN, M.; MEYER, U.; KUBLER, N.R.; HANDSCHEL, J. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.40, p.71–79, 2011.

DHOLAM, K.P.; BACHHER, G.K.; PRABHA S. YADAV, P.S.; QUAZI, G.A.; PUSALKAR, H.A Assessment of Quality of Life After Implant-Retained Prosthodontically Reconstructed Maxillae and Mandibles Post cancer Treatments, **Implant Dentistry**, v.20, n. 1, 2011.

ENOKI, K, MATSUDA KI, IKEBE K, MURAI S, YOSHIDA M, MAEDA Y, et al. Influence of xerostomia on oral health-related quality of life in the elderly: A 5-year longitudinal study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol** [Internet]. 2014;117(6):716–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2014.03.001>

FÁVARO, R.A.A.; THIAGO, N.R.F.; WILSON, D.M. Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v.2 , n.4, p. 303-317, abr./jun. 2006

FUNK, C.S.; WARMLING, C.M.; BALDISSEROTTO, J. A randomized clinical trial to evaluate the impact of a dental care program in the quality of life of head and neck cancer patients. **Clinical Oral Investigations**, v.18, p.1213–1219, 2014.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L.H.; WANG, Y.P.. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.34, p.389-394, 2012.

GORENSTEIN C, ANDRADE L. Inventario de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 25, p.245-50, 1998.

HULLEY, STEPHEN et al. Delineando a pesquisa clínica uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

IRWIN, M.R.; OLMSTEAD, R.E.; GANZ, P.A.; HAQUE, R. Sleep Disturbance, Inflammation and Depression Risk in Cancer Survivors. **Brain Behavioral and Immunity**, v.30(Suppl), p.58–67, 2013.

JIM, H.S.J.; SMALL, B.J.; MINTON, S.; ANDRYKOWSKI, M.; JACOBSEN, P.B. History of Major Depressive Disorder Prospectively Predicts Worse Quality of Life in Women with Breast Cancer. **Annals of Behavioral Medicine**, v.43, n.3, p.402–408, 2012.

KIMURA, A.; ARAKAWA, H.; NODA, K.; YAMAZAKI, S.; HARA, E. S.; MINO, T.; MATSUKA, Y.; MULLIGAN, R.; KUBOKI, T. Response shift in oral health-related quality of life measurement in patients with partial edentulism. **Journal of Oral Rehabilitation**; v. 39; p.44–54, 2012.

KLIGERMAN, J. Câncer e Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia** – v. 45, nº2 Abr/Maio/Jun, 1999. [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_45/v02/editorial.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v02/editorial.html) acesso 7/7/2016.

MANUAL DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 15, 2009.

MEZZOMO, ELIO. **Reabilitação Oral Contemporânea**. 1ª Ed. São Paulo: Santos, 2006.

MILLER, A.H.; ANCOLI-ISRAEL, S.; BOWER, J.E.; CAPURON, L.; IRWIN, M.R. Neuroendocrine-Immune Mechanisms of Behavioral Comorbidities in Patients With Cancer. *Journal Clinical Oncology*. February 20, n.26(6), p. 971–982, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SB Brasil 2010- **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Manual da equipe de campo**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SB Brasil 2010- **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MONTERO, J.; CASTILLO-OYAGÜE, R.; D. LYNCH,C.; ALBALADEJO, A.; CASTAÑO, A.; Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study, **Journal of Dentistry**, v.41, n.6, p.493-503, 2013.

OLIVEIRA, B.H., NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dental Oral Epidemiology**, v.33, p.307–314, 2005.

PETRICEVIC, NIKOLA, AND KSENIJA RENER-SITAR. "Oral health related quality of life in patients with new conventional complete dentures/Kvaliteta zivota ovisna o oralnom zdravlju kod pacijenata s novim potpunim protezama." **Acta Stomatologica Croatica**, v.43, n.4, p. 279-289, 2009.

PRADEEP KUMAR, P.; ALVI, H.A.; RAO, J.; SINGH, B.P.; JUREL, S.K.; KUMAR, L.; AGGARWAL, L. Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study. **Journal of Advanced Prosthodontics**, v.5, p. 29-35, 2013.

RAJATH SASIDHARAN PILLAI, R.S.; MATHUR, V.J.; JAIN, V.; SHAH, N.; KALRA, S.; KUMAR, P.; DEY, A.B. Association between dental prosthesis need, nutritional status and quality of life of elderly subjects. **Quality of Life Research**, v. 24, p.2863–2871, 2015.

SISCHO, L AND BRODER, H.L. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. **Journal of Dental Research**,v. 90, n.11, p.1264-1270, 2011.

SITLINGER, A; ZAFAR, S.Y. Health-Related Quality of Life: The Impact on Morbidity and Mortality, **Surgical Oncology Clinics of North America**, v.27, n4, p.675-684,2018.

SLADE GD, SPENCER AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dentistry Health**, v.11, p.3-11,1994.

SLADE GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**,v. 25, p.284-90, 1997.

SEIGNEMARTIN, C.P.; MIRANDA, M.E.; LUZ, J.G.C.; TEIXEIRA, R.G. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.73, p. 2040-2048, 2015.

SO, W.K.W.; CHAN R.J.; CHAN, D.N.S.; HUGHES, B.G.M.; CHAIR, S.Y.; CHOI, K.C.; CHAN, C.W.H. Quality-of-life among head and neck cancer survivors at one year after treatment – A systematic review. **European Journal of Cancer**, v.48, p.2391– 2408, 2012.

SOMMERFELD, C.E.; ANDRADE M.G.G.; SANTIAGO, S.M. ; CHONE, C.T.; CARVALHO, G.M. ;AQUINO, Y ; CAMELO, F; ZOLINI, T.Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.41, nº 4, p. 172-177, out / nov / dez, 2012.

THANVI, J. and BUMB, D. "Impact of dental considerations on the quality of life of oral cancer patients." **Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology**, v.35, n.1 (2014): 66. Academic OneFile. Web. 13 Apr. 2016.

TODESCAN, REYNALDO e COLS . **Atlas de Prótese Parcial Removível.3ª Ed.** São Paulo: Santos, 2003.

THOMSON, W.M. Issues in the epidemiological investigation of dry mouth. **Gerodontology** ; 22; 65–76, 2005.

THOMSON, W.M Dry mouth and older people. **Australian Dental Journal**; 60:(1 Suppl): 54–63, 2015

TURANO, JOSÉ C.; TURANO, LUIZ M.; TURANO, MARCELO V. **Fundamentos de Prótese Total.** 9ª Ed. São Paulo: Santos, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, p.1403-10, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. **World Health Organization**: New York, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Marina Marcus, M. Taghi Yasamy, Mark van Ommeren, and Dan Chisholm, Shekhar Saxena. Depression. A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012.

Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION Oral health surveys: basic methods – 4th ed.  
1997. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41905>

WORLD HEALTH ORGANIZATION Oral health surveys: basic methods – 5th ed.  
2013. Disponível em:  
[http://www.who.int/oral\\_health/publications/9789241548649/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/)

**ANEXOS**

## ANEXO A- Ficha clínica, CPO-D, Uso e necessidade de prótese dentária, OHIP-14 e Inventário de depressão de Beck

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )      Ano    Mês

Data de nascimento:             Idade em anos:   

Cor da pele:     Branca     Preta     Amarela     Parda     Indígena

Tipo de localidade de residência:     1= Urbano, 2= Periurbano, 3= Rural

Situação Conjugal:     Solteiro(a)     Casado(a) ou c/ Companheira(o)     Viúvo(a)

Separado(a) ou Divorciado(a)

Quantos anos estudou na sua vida: ( )

Religiosidade/espiritualidade ou crenças?     Sim     Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Status trabalho:     Aposentado    Principal atividade de trabalho ao longo da vida? \_\_\_\_\_

empregado     desempregado

Renda Familiar Mensal: \_\_\_\_\_

Número de pessoas que compõem a família?   

Plano de Saúde:     Sim     Não    Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Plano odontológico:     Sim     Não    Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### 2. ANAMNESE GERAL

Tabagista:  Sim, Quantidade/dia: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Não.

Ex-tabagista Tempo de abstinência \_\_\_\_\_

Etilista:  Sim, Quantidade/dia: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Não.

Ex-etilista Tempo de abstinência \_\_\_\_\_

Bebe socialmente

Possui outra doença sistêmica:     Sim     Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Medicações utilizadas: \_\_\_\_\_

Você tem alguma doença psiquiátrica? doença dos nervos (depressão, ansiedade, pânico, etc.)?

Sim     Não

Faz tratamento para esta doença?     Sim     Não    Se sim,:     Psicoterapia     remédio

### 3. DIAGNÓSTICO NEOPLÁSICO E TRATAMENTO:

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_ Estadiamento \_\_\_\_\_

Histopatológico: \_\_\_\_\_

Tratamento:  Cirurgia. Data(s): \_\_\_\_\_

- Radioterapia: Esquema/Medicação: \_\_\_\_\_  
 Período/Data de realização: \_\_\_\_\_  
 Local/Serviço onde realizou: \_\_\_\_\_
- Quimioterapia: Esquema/Medicação: \_\_\_\_\_  
 Período/Data de realização: \_\_\_\_\_  
 Local/Serviço onde realizou: \_\_\_\_\_

#### 4. EXAME CLÍNICO

##### Condição dental

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Coroa ( ) ( )
Raiz																	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Coroa ( ) ( )
Raiz																	

Dentes Permanentes		
Coroa	Raiz	CONDIÇÃO
0	0	Sadio
1	1	Cariado
2	2	Restaurado com cárie
3	3	Restaurado sem cárie
4	-	Perdido por cárie
5	-	Perdido outras razões
6	-	Selante
7	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante
8	8	Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta
T	-	Trauma (fratura)
9	9	Sem registro

O meio foi condicionado antes da reabilitação:  sim  não

##### Uso de Prótese

- 0= Sem prótese  
 1= Prótese fixa  
 2= Mais de uma prótese fixa  
 3= Prótese parcial removível  
 4= Usa 1 ou + Prótese fixa e 1 ou + prótese removível  
 5= Prótese total  
 9= Sem registro

Sup Inf

##### Necessidade de Prótese

- 0= Sem necessidade de prótese  
 1= Prótese fixa ou removível de 1 elemento  
 2= Prótese fixa ou removível de mais de 1 elemento  
 3= Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla  
 4= Prótese total  
 9= Sem registro

Sup Inf

#### Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca, quase nunca, ocasionalmente, pouco frequente ou muito frequente, em relação aos **últimos 6 meses**. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DIZEM RESPEITO O QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA É INFLUENCIADA PELA SAÚDE BUCAL **NOS ÚLTIMOS 6 MESES**

<p><b>1.</b> Você teve problema para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid1_____
<p><b>2.</b> Você sentiu que o seu paladar piorou por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid2_____
<p><b>3.</b> Você teve dor em sua boca?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid3_____
<p><b>4.</b> Você sentiu incomodo para comer qualquer alimento por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid4_____
<p><b>5.</b> Você sentiu preocupado por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid5_____
<p><b>6.</b> Você sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid6_____
<p><b>7.</b> Você tem uma dieta insatisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid7_____
<p><b>8.</b> Você teve que interromper suas refeições por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid8_____
<p><b>9.</b> Você sentiu dificuldade para relaxar por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid9_____
<p><b>10.</b> Você se sentiu um pouco embaraçada por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid10_____
<p><b>11.</b> Você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?  ( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente  ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid11_____

<p><b>12.</b> Você teve dificuldade de realizar seus trabalhos usuais por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?</p> <p>( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid12_____
<p><b>13.</b> Você tem sentido, que a sua vida em geral estava menos satisfatória por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?</p> <p>( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid13_____
<p><b>14.</b> Você tem se sentido, totalmente incapaz por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?</p> <p>( 4 ) muito frequente ( 3 ) pouco frequente ( 2 ) ocasionalmente ( 1 ) quase nunca ( 0 ) nunca</p>	sbqualvid14_____

### Questionário de avaliação de sintomas depressivos BDI (*Beck Depression Inventory*)

Este questionário consiste de 13 grupos de afirmações. Por favor, preste atenção em cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Diga o número (0,1,2, ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 Estou triste o tempo todo. 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p>	Escore
<p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 Não espero que as coisas deem certo para mim. 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p>	
<p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 Tenho fracassado mais do que deveria. 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p>	
<p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p>	

<p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.  2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.  3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p>	
<p>5. Sentimentos de culpa  0 Não me sinto particularmente culpado(a).  1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.  2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.  3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	
<p>6. Sentimentos de punição  0 Não sinto que estou sendo punido(a)  1 Sinto que posso ser punido(a)  2 Eu acho que serei punido(a)  3 Sinto que estou sendo punido(a)</p>	
<p>7. Autoestima  0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).  1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).  2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).  3 Não gosto de mim.</p>	
<p>8. Autocrítica  0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.  1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.  2 Eu me critico por todos os meus erros.  3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p>	
<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas  0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.  1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.  2 Gostaria de me matar.  3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>	
<p>10. Choro  0 Não choro mais do que chorava antes.  1 Choro mais agora do que costumava chorar.  2 Choro por qualquer coisinha.  3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>	
<p>11. Agitação  0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.  1 eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.  2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).  3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p>	
<p>12. Perda de interesse  0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.  1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p>	

2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisa. 3 É difícil me interessar por alguma coisa.	
13. Indecisão 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes. 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes. 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes. 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.	
Escore final _____	

**Questionário sobre xerostomia:** Agora farei perguntas sobre a sensação de boca seca

1. O Sr (a) bebe líquidos para auxiliar na deglutição (ato de engolir) de comidas secas? ( 0 ) Sim            ( 1 ) Não
2. O Sr (a) sente a boca seca quanto está fazendo uma refeição? ( 0 ) Sim            ( 1 ) Não
3. O Sr (a) tem dificuldade quando engole a comida? ( 0 ) Sim            ( 1 ) Não
4. O Sr (a) percebe que a quantidade de saliva na sua boca parece ser pequena, ou nunca reparaste nisto? ( 0 ) Sim            ( 1 ) Não    (2) Nunca reparou

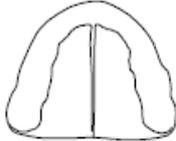
**ANEXO B- Resumo dos códigos e critérios para CPO-D**

Código		Condição	Critério
Dentes permanentes			
Coroa	Raiz		
0	0	Hígido	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manchas esbranquiçadas;</li> <li>• manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;</li> <li>• sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;</li> <li>• áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou grave;</li> <li>• lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão. Raiz Hígida. A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como "8").</li> </ul>
1	1	Cariado	Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.
2	2	Restaurado mas com cárie	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
3	3	Restaurado e sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).
4	Não se aplica	Perdido devido à cárie	Um dente permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.
5	Não se aplica	Perdido por outras razões	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
6	Não se aplica	Apresenta selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).
7	7	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz
8	8	Não erupcionado - raiz não exposta	Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T	Não se aplica	Trauma (fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
9	9	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias graves etc.).

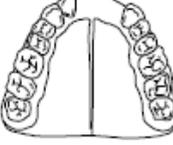
Códigos e critérios para o índice CPO-D fonte: OMS (1997)

## ANEXO C- Códigos e critérios para o uso e necessidade de prótese dentária

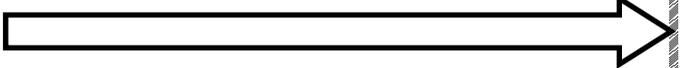
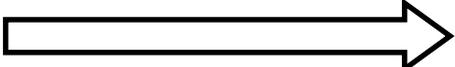
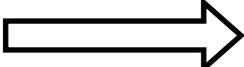
### Uso de prótese dentária

Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

## Necessidade de prótese dentária

Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p>  <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p>  <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <b>um elemento</b>	 <p>Espaço protético unitário anterior</p>  <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <b>mais de um elemento</b>	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p>  <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

**ANEXO D- Tabela para paciente**

<b>Muito frequente</b>	
<b>Pouco frequente</b>	
<b>Ocasionalmente</b>	
<b>Quase nunca</b>	
<b>Nunca</b>	

## ANEXO E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**PESQUISA:** “Avaliação da qualidade de vida relacionada a reabilitação protética”

**OBJETIVO DO ESTUDO:** O objetivo deste estudo é avaliar a condição bucal, uso e necessidade de prótese dentária, avaliação de sintomas depressivos e avaliação da qualidade de vida relacionada ao uso de prótese dentária.

**PROCEDIMENTOS:** Caso você participe do estudo terá que responder a um questionário com perguntas sobre como a saúde da sua boca afeta o seu dia-a-dia, será submetido a exame clínico de rotina dos dentes e da gengiva, se necessário exame radiográfico e procedimentos odontológicos de acordo com a necessidade. Todos esses procedimentos acima serão realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas pela residência integrada multiprofissional em saúde atenção oncológica. Para realizar radiografias dos seus dentes, você usará avental e um colar de chumbo como medida de proteção.

**RISCOS:** A participação no estudo apresenta riscos mínimos, pois poderá haver um possível constrangimento ou desconforto ao responder as questões, e para minimizá-los as questões poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo ao respondente.

**BENEFÍCIOS:** Como benefício desta pesquisa, você ficará ciente da sua condição de saúde bucal, receberá instruções de higiene bucal e, se necessário, tratamento odontológico de adequação e reabilitação oral.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** a participação neste estudo será voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento oferecido.

**DESPESAS:** Caso tenha a indicação de reabilitação protética e aceite do procedimento, terá gastos com a infraestrutura metálica, dentes, montagem e acrilização da prótese em caso de reabilitação com prótese parcial removível ou gastos com os dentes, montagem e acrilização da prótese em caso de prótese total, além dos gastos com o deslocamento. Esses custos de laboratório são repassados aos pacientes que realizam reabilitação protética na Faculdade de Odontologia de Pelotas.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em autorizar a participação no estudo.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR:** Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, Pelotas/RS;  
telefone:(53)3284-4960.; email: cep.famed@gmail.com, ou por meio de contato com  
a pesquisadora Gislene Corrêa, pelo telefone: (53) 991351425.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

---

**ANEXO F- Parecer consubstanciado do CEP**

UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida de pacientes oncológicos

**Pesquisador:** Gislene Corrêa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66669617.1.0000.5317

**Instituição Proponente:** HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Pelotas

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.007.815

**Apresentação do Projeto:**

A qualidade de vida envolve condições como bem estar físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, religiosidade e demais condições que afetam a vida humana. Assim, para promover uma integralidade da atenção em saúde o modelo assistencial deve associar suas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a qualidade de vida do paciente em comunidade. Investigar a associação da qualidade de vida com a saúde bucal é fundamental para entender as necessidades subjetivas de determinado tratamento. O câncer é um problema de saúde pública e está entre as enfermidades crônicas que afetam a qualidade de vida. A condição dentária tem um importante efeito na qualidade de vida relacionada a saúde bucal para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Porém ainda não existem estudos avaliando se a reabilitação protética melhora a qualidade de vida de pacientes com necessidades odontológicas e com outros tipos de câncer que não os de cabeça e pescoço. Medir o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dessa população é considerável uma vez que mostrar para administradores de serviços de saúde e profissionais clínicos que a necessidade de determinado tratamento resulta em melhoria da qualidade do bem-estar de um paciente é essencial para a integralidade da atenção em saúde. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram desenvolvidos. Entre eles, temos o Oral Health Impact Profile (OHIP), instrumento bastante

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.020-360

**UF:** RS **Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3284-4960

**Fax:** (53)3221-3554

**E-mail:** cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.007.815

utilizado, traduzido e validado para o português brasileiro e que será utilizado nesta pesquisa. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar se o tratamento reabilitador protético exerce alguma influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos, utilizando para isso, o índice OHIP-14.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é avaliar a influência do tratamento reabilitador protético na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes oncológicos atendidos pela Residência Multiprofissional em Saúde Atenção a Saúde Oncológica, utilizando para isso, o índice OHIP-14.

objetivos específicos

- (1) Descrever as condições de saúde bucal dos pacientes oncológicos;
- (2) Avaliar o índice de depressão antes e depois da reabilitação protética.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: estudo apresenta riscos mínimos, pois poderá haver um possível constrangimento ou desconforto ao responder as questões, e para minimizá-los as questões poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo ao respondente

Benefícios:

Poder estabelecer o melhor plano de tratamento para pessoas com problemas semelhantes aos participantes da pesquisa

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este será um estudo clínico, quantitativo, do tipo longitudinal.

Serão considerados critérios de inclusão: (1) pacientes portadores de neoplasia maligna que tenham terminado tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico; (2) pacientes com idade superior ou igual a 18 anos, que necessitem de tratamento odontológico que envolva reabilitação protética; com prótese total e prótese parcial removível;

Crítérios de Exclusão: (1) pacientes que estejam realizando tratamento paliativo (sem intenção de cura); (2) pacientes em regime de internação hospitalar; (3) pacientes com transtorno mental ou cognitivo grave que impossibilite responder o questionário do estudo

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 2.007.815

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_838597.pdf	06/01/2017 10:58:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.docx	06/01/2017 10:54:20	Gislene Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	06/01/2017 10:53:33	Gislene Corrêa	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/01/2017 10:40:31	Gislene Corrêa	Aceito
Outros	HE.pdf	08/04/2017 12:56:14	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	TCLEOK.docx	08/04/2017 12:57:01	Patricia Abrantes Duval	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PELOTAS, 08 de Abril de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:  
Patricia Abrantes Duval  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

## ANEXO G: TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
				Pg #
<b>Title and Abstract</b>				
Title and Abstract	1	• Information on how unit were allocated to interventions		
		• Structured abstract recommended		
		• Information on target population or study sample		
<b>Introduction</b>				
Background	2	• Scientific background and explanation of rationale		
		• Theories used in designing behavioral interventions		
<b>Methods</b>				
Participants	3	• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)		
		• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented		
		• Recruitment setting		
		• Settings and locations where the data were collected		
Interventions	4	• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:		
		o Content: what was given?		
		o Delivery method: how was the content given?		
		o Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?		
		o Deliverer: who delivered the intervention?		
		o Setting: where was the intervention delivered?		
		o Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?		
o Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?				
o Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)				
Objectives	5	• Specific objectives and hypotheses		
Outcomes	6	• Clearly defined primary and secondary outcome measures		
		• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements		
		• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties		
Sample Size	7	• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules		
Assignment Method	8	• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)		
		• Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)		
		• Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)		

Blinding (masking)	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed.</li> </ul>		
Unit of Analysis	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community)</li> <li>• If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis)</li> </ul>		
Statistical Methods	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data</li> <li>• Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis</li> <li>• Methods for imputing missing data, if used</li> <li>• Statistical software or programs used</li> </ul>		
<b>Results</b>				
Participant flow	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study</li> <li>○ Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition</li> <li>○ Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention</li> <li>○ Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition</li> <li>○ Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition</li> </ul> </li> <li>• Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons</li> </ul>		
Recruitment	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dates defining the periods of recruitment and follow-up</li> </ul>		
Baseline Data	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition</li> <li>• Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research</li> <li>• Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition</li> <li>• Comparison between study population at baseline and target population of interest</li> </ul>		
Baseline equivalence	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences</li> </ul>		

Numbers analyzed	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible</li> <li>Indication of whether the analysis strategy was "intention to treat" or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses</li> </ul>		
Outcomes and estimation	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision</li> <li>Inclusion of null and negative findings</li> <li>Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any</li> </ul>		
Ancillary analyses	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory</li> </ul>		
Adverse events	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals)</li> </ul>		
<b>DISCUSSION</b>				
Interpretation	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study</li> <li>Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations</li> <li>Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation</li> <li>Discussion of research, programmatic, or policy implications</li> </ul>		
Generalizability	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues</li> </ul>		
Overall Evidence	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory</li> </ul>		