



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

LARISSA CHAVES MORAIS DE LIMA

**PERFIL DE PACIENTES COM DEFORMIDADES BUCOMAXILOFACIAIS
DE ORIGEM ONCOLÓGICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

LARISSA CHAVES MORAIS DE LIMA

**PERFIL DE PACIENTES COM DEFORMIDADES BUCOMAXILOFACIAIS
DE ORIGEM ONCOLÓGICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Daliana Queiroga de
Castro Gomes**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L732p Lima, Larissa Chaves Morais de.
Perfil de pacientes com deformidades buço-maxilofaciais de origem oncológica em um serviço de reabilitação [manuscrito] / Larissa Chaves Morais de Lima. - 2016.
39 p.

Digitado.
Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, Departamento de Odontologia".

1. Epidemiologia. 2. Câncer. 3. Anatomia da face. 4. Deformidade. I. Título.

21. ed. CDD 611.314

LARISSA CHAVES MORAIS DE LIMA

**PERFIL DE PACIENTES COM DEFORMIDADES BUCOMAXILOFACIAIS
DE ORIGEM ONCOLÓGICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 23/05/2016.

BANCA EXAMINADORA



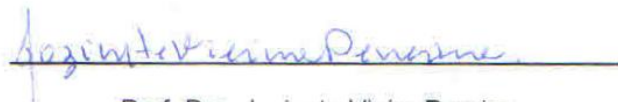
Prof. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Jozinete Vieira Pereira

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

**À Deus, por todas as provas de amor e
cuidado que me manda todos os dias.
Aos meus pais, por caminharem junto
comigo em busca da realização dos meus
sonhos, DEDICO.**

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força, e que a mim atribuiu alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, agradecer é pouco. Por isso, lutar, conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, é o meu modo de agradecer sempre.

À Universidade Estadual da Paraíba pelo incentivo nos projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão, e pelo ambiente acolhedor que me proporciona;

À minha orientadora Prof^a. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, pelo empenho dedicado à correção deste trabalho, e pelo exemplo de profissional, tem minha eterna admiração;

À Prof^a. Dra Ana Flávia Granville- García pelo aceite em fazer parte da banca, e pela oportunidade que me proporcionou em desenvolver um Projeto de Iniciação Científica junto à sua equipe, que com dedicação, presteza e competência conduz sua profissão acolhendo e ensinando e incentivando seus alunos da melhor forma;

À Prof^a Dra. Jozinete Vieira pelo aceite em fazer parte da banca, pela paciência de sempre, e por me incentivar a amar cada vez mais a Estomatologia;

Aos meus pais, Josemar Lima e Cacilda Chaves, pela determinação e luta na minha formação e dos meus irmãos, e por me darem força mesmo nos momentos de dificuldades;

Aos meus irmãos, Leonel e Samuel, pela convivência e amparo do dia-a-dia; A Júlio Lopes da Silva, que desde o início do curso sempre me passou pensamentos positivos para que tudo desse certo;

À Marayza Alves, por todos os ensinamentos e pelo tempo dedicado na análise estatística deste trabalho; e a Matheus Perazzo, pelo exemplo de ser humano prestativo, e atencioso;

Às minhas amigas Valkélia, Paulyanna, Danielly, que passaram por todas as fases do curso junto comigo, que me ensinaram conteúdos os quais eu não assimilava, que me emprestaram materiais, que viraram noites em claro comigo estudando, e tornaram meus dias mais fáceis e alegres;

A todos os meus amigos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi estudar o perfil de pacientes com deformidades bucomaxilofaciais de origem oncológica em um Serviço de Reabilitação. Foi realizado um estudo transversal, descritivo, documental, analítico, e quantitativo, a partir de 50 prontuários dos pacientes atendidos no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Os dados foram analisados descritivamente e utilizou-se os teste Qui-quadrado de Pearson e, Exato de Fisher para a verificação da hipótese de associação significativa ($\alpha = 5\%$). Houve prevalência de 58% do sexo masculino; 63% apresentavam-se acima de 60 anos de idade, 62% eram casados. O maior percentual estava entre os pardos e negros com 58%, e 94% eram aposentados. O resultado histopatológico mais prevalente foi de carcinoma de células escamosas (CCE) com 58%. As lesões mais frequentes ocorreram na região de maxila com 38%, e, na região nasal, com 22%, seguido de 18% para o óculo palpebral. Nenhuma das variáveis analisadas foram associadas com o local da deformidade, com exceção do tabagismo ($p=0,05$). Concluiu-se que o diagnóstico histopatológico mais prevalente foi de CCE na região de maxila, e acometeu mais homens idosos, casados, e de etnia não branca. O tabagismo foi associado com a localização da deformidade. Políticas públicas de saúde são necessárias para fundamentar programas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer, a fim de que não cause mutilações.

Palavras-chave: Epidemiologia, Câncer, Deformidade.

ABSTRACT

The objective of this research was to study the profile of patients with maxillofacial deformities oncologic in a Rehabilitation Service. A cross-sectional study was conducted descriptive, documentary, analytical, and quantitative, from 50 medical records of patients treated between January 2010 to December 2014. The data were analyzed descriptively and used the chi-square test and Pearson, Fisher's exact test for the verification of significant association hypothesis ($\alpha = 5\%$). There was a prevalence of 58% male; 63% were above 60 years of age, 62% were married. The highest percentage was among the brown and black with 58%, and 94% were retired. The most prevalent histopathology was squamous cell carcinoma (SCC) of 58%. The most frequent injuries occurred in the jaw region with 38%, and in the nasal region, with 22%, followed by 18% for eyelid oculus. None of the analyzed variables were associated with the location of the deformity, with the exception of smoking ($p = 0.05$). It was concluded that the most prevalent histopathological diagnosis of CCE in the jaw region, and rushed older, married men, and nonwhite ethnicity. Smoking was associated with deformity location. public health policies are required to support prevention and early diagnosis of cancer programs, so that does not cause mutilations.

Keywords: Epidemiology, Cancer, Deformity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição da amostra segundo a localização da deformidade bucomaxilofacial.....	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos prontuários analisados segundo a caracterização sócio demográfica.....	22
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo o laudo histopatológico da lesão.....	24
Tabela 3- Associação da variável dependente “localização das deformidades” (oculares, nasais e maxilares) com as variáveis independentes.....	24

LISTA DE SIGLAS

HPV- Papiloma Vírus Humano

CCE – Carcinoma de células escamosas

UV – Ultravioleta

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

CME- Carcinoma Mucoepidermóide

CBC – Carcinoma Basocelular

PBMF- Prótese Bucomaxilofacial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4 MÉTODOLOGIA.....	20
4.1 Delineamento e Local do Estudo.....	20
4.2 População e Amostra.....	20
4.2.1 Critérios de Elegibilidade.....	21
4.3 Instrumento e Procedimento De Coleta De Dados.....	21
4.4 Aspectos Éticos.....	22
5 RESULTADOS.....	23
6 DISCUSSAO.....	26
7 CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE A.....	33
ANEXO A.....	38
ANEXO B.....	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Embora grandes avanços tenham acontecido na prevenção e no tratamento dessa doença nos últimos anos, a sua taxa global continua aumentando, e é esperado que até 2030 o número de casos duplique os indicadores em todos os países. Dentro das próximas duas décadas, o número total de novos casos por ano está previsto para chegar a 24 milhões, devido ao crescimento e envelhecimento da população global (IARC, 2016).

No Brasil, país no qual o câncer é a segunda causa de morte, as neoplasias malignas de cabeça e pescoço têm apresentado um aumento considerável em sua prevalência. O câncer cabeça e pescoço incluem uma variedade de tumores que acometem a cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais, tireoide e glândulas salivares, os quais poderão resultar em deformidades afetando o estado físico e psicológico do indivíduo (GALBIATTI, 2013).

No mundo, mais de 600 mil novos casos de câncer de cabeça e pescoço ocorrem anualmente (GOIATO, 2013). Quanto ao câncer da cavidade oral, estimam-se para o Brasil no ano de 2016, 11.140 casos novos em homens e 4.350 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

O câncer poderá desenvolver-se em diferentes células do corpo humano, dentre elas há o carcinoma de células escamosas (CCE) da boca, também denominado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerado o tipo de câncer mais comum nesta região, responsável por 95% das neoplasias malignas orais (BRENER S, et al., 2007).

Os principais fatores de risco para o câncer de cavidade oral são tabagismo, etilismo, infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV), principalmente pelo tipo 16 e exposição à radiação ultravioleta (UV), no caso do câncer de lábio. Contudo, o tabagismo e etilismo são considerados responsáveis por, aproximadamente, 65% dos casos de câncer nessa região (SANTOS et al., 2007; BRASIL 2016).

Independente do diagnóstico, o tratamento oncológico é efetuado por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, realizadas de forma isolada ou

concomitante (CARDOSO, 2007). Quando diagnosticado tardiamente, o câncer, em geral, é bastante mutilador, e muitas vezes, as deformidades não podem ser corrigidas cirurgicamente, por falta de tecido doador suficiente, comprometendo a estética e função do paciente (MIRACCA, 2007). Essas deformidades podem ser substituídas artificialmente por próteses bucomaxilofaciais, que reproduzem detalhes anatômicos importantes e são consideradas uma alternativa de primeira escolha, para compensar a perda ou ausência de estruturas faciais (LIMA, 2014).

O crescimento exponencial dos casos de câncer de cabeça e pescoço exige dos profissionais da saúde atenção adequada, desde o diagnóstico, até o tratamento e acompanhamento dos pacientes. A falta de medidas de prevenção, resulta muitas vezes em uma cirurgia mutiladora, que gera, no paciente, forte impacto físico, emocional e social. O prognóstico sombrio do câncer de cabeça e pescoço deve-se primariamente à detecção da doença em estágio avançado (GALBIATTI, 2013).

O presente estudo visa direcionar o olhar dos pesquisadores e profissionais da saúde para necessidade de se conhecer o perfil de pacientes com deformidades bucomaxilofaciais. Dessa forma, os achados poderão fundamentar ações de prevenção e controle da doença voltados para a população de risco.

Além disso, espera-se nortear também um melhor planejamento quanto a qualificação e integração da equipe multidisciplinar a nível ambulatorial, com vistas a minimizar os gastos públicos com internações dos pacientes, decorrentes de complicações que podem surgir na rotina dos portadores de mutilações, principalmente envolvendo a face e cavidade oral. Por fim, fundamentarão pesquisas nas diferentes áreas, uma vez que são escassas as publicações acerca do tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o perfil de pacientes com deformidades bucomaxilofaciais de origem oncológica no Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW, na cidade de João Pessoa- PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil sócio demográfico dos usuários acometidos por deformidades de origem oncológica;
- Determinar o diagnóstico histopatológico das lesões;
- Verificar os fatores relacionados com a localização das deformidades associados com as variáveis independentes do estudo;
- Identificar os tipos de tratamentos que foram submetidos os pacientes atendidos no Serviço.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As neoplasias malignas compreendem um grupo de doenças complexas que envolve alterações genéticas e permitem a transformação progressiva de células normais em células malignas por meio de mudanças irreversíveis na sequência de ácido desoxirribonucleico (DNA), podendo resultar na ativação de oncogenes ou inativação de genes supressores (ALMEIDA et al, 2015).

O câncer de cabeça e pescoço pode afetar diferentes áreas de acordo com o local anatômico de origem, como a cavidade oral, faringe, laringe, fossas nasais e seios perinasais, bem como glândulas salivares (TAVARES, 2015). Nessa região, existe uma grande variedade de tecidos histologicamente diferentes, mas a grande maioria destes tumores ocorre nas vias aero digestivas superiores, sendo o CCE responsável por 90 a 95% de todas as lesões da cavidade oral e da laringe (MARTINS et al, 2015; HEAD et al, 2011).

Com relação ao CCE, aproximadamente 95% do total de casos afetam indivíduos do sexo masculino, acima dos 45 anos de idade. A relação masculino:feminino para o país foi de 3:1 em pacientes com mais de 60 anos e 8:1 antes dos 60 anos (BRASIL, 2016). Entretanto, há um progressivo aumento da incidência de câncer oral em mulheres, em função do aumento da exposição desse grupo aos fatores de risco, como o tabaco (CARLI, 2009). A lesão acomete principalmente a base de língua, os lábios e o assoalho da cavidade oral, sendo raro na região de seio maxilar. Nos estágios mais tardios, apresentam-se geralmente como massas teciduais endurecidas e ulceradas. Estudos comprovam que quando localizados em língua estão relacionados a uma maior ocorrência de óbitos, devido seu comportamento agressivo e, a uma precoce metastatização cervical (MOUROUZIS; PRATT; BRENNAN, 2010).

Dentre os tipos de câncer que podem acometer a cavidade oral, e que uma vez diagnosticado tardiamente também se torna bastante mutilador, é o carcinoma mucoepidermoide (CME). Embora pouco frequente, o CME é a neoplasia maligna de glândula salivar de maior ocorrência, com mais frequência nas glândulas salivares maiores. Quando acomete as glândulas salivares menores, o sítio mais frequentemente envolvido é o palato (POPIM et al., 2008; MUNHOZ et al, 2009).

Segundo Luis; Israel (2007), o CME é ligeiramente mais prevalente no sexo feminino; sem predisposição racial, comumente encontrado em indivíduos entre 20 e

70 anos de idade. Acredita-se que sua origem esteja associada à metaplasia das células mucosas e basais dos ductos das glândulas salivares, podendo ser classificado histologicamente como tumores de baixo, intermediário ou alto grau, dependendo da quantidade de formação cística, grau de atipia citológica e proporção de cada tipo celular. Para Santos (2012), aproximadamente 50% das neoplasias de glândula salivar que envolve o palato são malignas, e dessas, 33 a 55% são carcinomas mucoepidermóides.

O câncer de boca representa uma das maiores incidências de neoplasias entre homens e mulheres, e geralmente as lesões que envolvem orofaringe, assoalho, língua, mucosa jugal são diagnosticadas no estágio III ou IV, indicando um prognóstico desfavorável. Esses estágios incluem tumores maiores, e é comum as células oncológicas migrarem para os linfonodos próximos ao pescoço (ANGELO; MEDEIROS, 2009). Sendo assim, é necessária excisão cirúrgica local com amplas margens de segurança. Esse procedimento culmina, muitas vezes, dependendo da localização, na criação de comunicação buconasosinusal, ocasionando problemas funcionais, necessitando de uma reabilitação por meio de uma prótese obturadora de palato. O comprometimento destas estruturas intraorais é pouco tolerado pelos pacientes, por envolver o palato ou, ainda, outras estruturas da cabeça e pescoço (MIRACA, 2007).

O elevado número de diagnósticos registrados por meio do DATASUS nos últimos anos coloca o câncer de pele em primeiro lugar. Estima-se para o ano 2016, na região Nordeste 42,48 novos casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2016). Os tipos de câncer de pele são do tipo não- melanoma, como o carcinoma Basocelular e o CCE, que são os mais comuns, e o do tipo melanoma, que possui baixa incidência, mas alta letalidade. Todos esses podem provocar mutilações severas, ou mesmo levar o indivíduo ao óbito (LIMA et al, 2010).

Em geral, o CCE está associado ao acúmulo das doses de exposição ao sol, enquanto o CBC parece mais associado a uma exposição intermitente para altas doses de radiação solar. O CBC é considerado o mais comum, sendo responsável por 65% de todos os tipos de câncer da pele. Este tipo de câncer surge principalmente após os 40 anos de idade, na pele exposta cronicamente ao sol, principalmente na região de cabeça e pescoço (DANIEL, et al. 2006; VIEIRA, 2014).

Segundo Gontijo (2009), a causa mais importante para o desenvolvimento do câncer da pele é a exposição aos raios UV. Outros fatores podem contribuir para o

aumento da incidência, como fatores genéticos, uso incorreto dos filtros solares, exposição em câmeras de bronzeamento artificial, diminuição da camada de ozônio e o aquecimento global. O câncer da pele é facilmente diagnosticado, e o tratamento precoce previne mutilações, metástases e morte.

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando, e diversos estudos têm sido realizados em diferentes populações. Alvarenga et al. (2008) analisaram os aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer de cabeça e pescoço em 427 prontuários de pacientes atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço em um hospital do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2005. Quanto ao perfil sócio demográfico, os resultados mostraram que, mais de 80% eram do sexo masculino, a idade média era de 61 anos, a cor da pele mais acometida foi a branca, mais de 80% se declararam etilista e 65%, tabagista. A maioria declarou uma baixa renda; mais de 80% dos homens realizavam atividades rurais e mais da metade das mulheres realizavam atividades domésticas. O sítio primário do tumor mais frequente foi a cavidade oral, com o tipo histológico CCE. Os autores observaram que ocorreram 164 óbitos no período estudado. Concluíram que o levantamento contribuiu para traçar um perfil dos pacientes atendidos no hospital e, sobretudo para fundamentar os programas de prevenção da doença.

Machado et al (2009) realizaram um estudo para avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência no Maranhão; entrevistaram 100 pacientes no período de março de 2006 a março de 2008, avaliaram o perfil, sintomas físicos e aspectos biopsicossociais. Observaram na pesquisa que houve predomínio do sexo masculino, mais de quarenta por cento da amostra tinha idade superior a 61 anos e ensino fundamental incompleto. Cinquenta e seis por cento realizaram a cirurgia como única modalidade de tratamento. Os principais sintomas relatados foram a dor, perda de peso, disfagia e xerostomia. Do total, quarenta e seis por cento relataram dificuldades em realizar as suas atividades diárias. A grande maioria declarou confiança em superar os problemas relacionados com a saúde. Os autores ressaltaram que a investigação da qualidade de vida em pacientes com deformidades na região de cabeça e pescoço deve ser incorporada à prática clínica, pois seu conhecimento auxilia os profissionais

de saúde no processo de preservação e orientação psicológica tanto ao paciente quanto aos familiares

Segundo Oliveira (2013), o câncer na região facial e intraoral cresce a cada ano. O tratamento das neoplasias, quando diagnosticadas tardiamente, requer intervenção cirúrgica com exérese do tecido afetado, causando deformidades faciais que comprometem a estética e a função local, além de prejudicar o estado psicológico e o convívio social do indivíduo.

Sommerfeld et al (2012), relata que o câncer de cabeça e pescoço tem impacto relevante na qualidade de vida dos pacientes antes e depois do diagnóstico, e deve-se levar em consideração uma abordagem que melhore esse panorama. Medidas de prevenção e diagnóstico precoce que culminem no tratamento de tumores em fases mais iniciais, e de forma menos agressiva possam mudar o panorama atual.

Para avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas, Santos; Batista; Cangussu (2010) realizaram um estudo prospectivo transversal em 74 pacientes portadores de CCE na cavidade oral diagnosticados em um hospital de referência, no período de julho de 2007 a setembro de 2008. Os resultados, obtidos no estudo, revelaram que os pacientes procuraram mais o médico que o cirurgião-dentista quando perceberam uma lesão na boca, e quando encaminhados pelo cirurgião-dentista para os especialistas na área oncológica já se encontravam em um estágio avançado da doença. Os autores concluíram que há necessidade de programas de educação para a prevenção do câncer de cavidade oral dirigidos para a população e cursos de capacitação para os profissionais para a identificação de sinais precoces da doença.

As mutilações, quando extensas, principalmente na região da face, muitas vezes não podem ser corrigidas cirurgicamente, por falta de tecido doador suficiente, necessário para a reconstrução das partes perdidas. Portanto, nos casos em que se torna necessário à retirada do tumor, o paciente necessita de uma reabilitação protética a fim de melhorar a sua qualidade de vida (ARAUJO et al., 2006).

O tratamento das neoplasias malignas da cabeça e pescoço envolve a realização de cirurgias com elevada morbidade, sendo esta associada ou não, a radio e/ou quimioterapia. Os pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas veem a sua função e estética orofacial frequentemente comprometida. Desta forma, novas

terapias estão surgindo para melhorar a autoestima, autoimagem, e a qualidade de vida geral do indivíduo oncológico (TOLENTINO, 2011).

Têm-se ocorrido progressos relevantes no tratamento oncológico, o que aumenta a expectativa de vida dos pacientes, contudo torna-se necessário a reabilitação bucomaxilofacial de forma multiprofissional para a recuperação e reintegração dos mesmos com vistas à melhoria da qualidade de vida (CHIGURUPATI, 2013; LIMA, 2014).

O especialista bucomaxilofacial é o responsável pela confecção e adaptação das próteses bucomaxilofaciais (PBMF) intra e extraorais. O número de indivíduos acometidos por lesões neoplásicas, os quais necessitam de PBMF, tem aumentado a cada ano, uma vez que estas são indicadas quando regiões tanto faciais, quanto intraorais forem perdidas, sejam decorrentes de fatores congênitos, traumático, ou adquiridos, observando-se que as causas oncológicas são as mais expressivas (GOIATTO, 2009).

Para avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, Sommerfeld (2012) realizou um estudo com 103 pacientes por meio da aplicação do Questionário UW-QOL versão 4 e de um questionário para delinear o perfil sócio demográfico. Ele avaliou condições de adoecimento e tratamento dos participantes, e os resultados revelaram que a idade média da amostra foi de 60 anos, 65% era do sexo masculino, e mais de 50% possuíam baixa escolaridade e baixa renda mensal. A maioria dos tumores encontrados tinha origem na cavidade oral e tinham estadiamento avançado (III e IV). Metade dos pacientes tiveram a modalidade cirúrgica envolvida em seu tratamento, seguido da radioterapia. Sintomas emocionais, como ansiedade, medo, e depressão, além de dor, e queixas estéticas e funcionais foram os mais relatados. Aproximadamente 33% dos pacientes acreditavam que sua qualidade de vida piorou em relação ao mês anterior ao diagnóstico. Os autores concluíram que o câncer de cabeça e pescoço é um problema de saúde pública, porque tem impacto relevante na qualidade de vida, e que os portadores destas lesões têm sua qualidade de vida comprometida antes e depois do diagnóstico, sendo necessário criar meios para um diagnóstico precoce.

As deformidades bucomaxilofaciais são desagradáveis, uma vez que os pacientes portadores das mesmas se apresentam com sérios problemas psíquicos,

familiares e sociais tornando-se indivíduos traumatizados, complexados e diminuídos física e psicologicamente (GOIATTO et al, 2013).

Como tratamento de escolha, a cirurgia plástica ou autoplastia, realizada em tecido vivo, é muito mais desejável do que a reparação aloplástica ou artificial, quando houver circunstâncias favoráveis. Mas, apesar dos recursos técnicos cirúrgicos terem progredido muito nos últimos tempos, há casos de defeitos congênitos e adquiridos em que ainda é aconselhável a restauração por próteses. Além disso, o custo elevado dessas cirurgias plásticas é uma barreira muito grande a ser enfrentada pelo paciente que acaba decidindo como tratamento de escolha a reabilitação protética (ARAUJO,2006; MIRACCA, 2007).

As próteses faciais vêm com a finalidade de reintegrar o paciente com alguma deformidade, ou ausência do órgão perante a sociedade, após reestabelecer suas funções. Para portadores de comunicação buconasosinusal ou mutilados orais, o tratamento melhora a função mastigatória, deglutição e fonética, além de restabelecer a estética e a harmonia (CHIGURUPATI, 2013; RIAZ;RIAZ, 2010).

O especialista em prótese bucomaxilofacial possui o conhecimento, os materiais e métodos necessários para restaurar partes anatômicas perdidas ou comprometidas com o uso de substitutos artificiais, satisfazendo as necessidades de pacientes. A reabilitação desses pacientes por meio da restauração protética oferece condições bastante satisfatórias na recuperação da estética e do bem-estar pessoal.

Tolentino et al (2010) relata que os portadores de deformidade bucomaxilofacial necessitam de uma atenção especial que vai além da assistência científica e técnico-profissional. O atendimento a esses pacientes deve ser embasado nos valores humanos, tornando possível a reintegração desses indivíduos em seu meio social e familiar, agindo também como terapia psicológica. Para obter sucesso com as reabilitações é necessário existir interação entre os profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e cirurgiões-dentistas.

4 METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi transversal, documental, de caráter descritivo, analítico e quantitativo, realizado a partir de dados secundários obtidos em prontuários de pacientes portadores de deformidade bucomaxilofacial de origem oncológica atendidos no HULW, situado na cidade de João Pessoa-PB, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi do tipo censitária constituída dos prontuários dos pacientes diagnosticados com deformidade bucomaxilofacial de origem oncológica (n=50).

4.2.1 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos, neste estudo, os prontuários dos pacientes diagnosticados com deformidades bucomaxilofaciais de origem oncológica que apresentaram as respostas completas e de fácil interpretação.

Foram excluídos da amostra os prontuários que não estavam bem preenchidos.

4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Previamente à realização da pesquisa, uma visita foi realizada ao Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial do HULW, centro de referência no tratamento de deformidade bucomaxilofacial da Paraíba, para conhecer o protocolo de atendimento do serviço. Verificou-se que a ficha clínica (Apêndice A), foi elaborada com respostas codificadas, por meio de números, adequada para pesquisa.

Após obtenção do termo de anuência (Anexo A), e liberação do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (Anexo B) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a pesquisadora selecionou e enumerou as fichas com diagnóstico oncológico. A Ficha clínica utilizada na pesquisa está fundamentada em Silva et al.

(2010). Para a determinação da prevalência da deformidade na região de cabeça e pescoço de origem oncológica, as informações advindas dos prontuários foram registradas em uma planilha do Excel, versão 2007 e construído um banco com dados sobre o perfil sociodemográfico, diagnóstico clínico e histopatológico, bem como tratamento realizado nos portadores de deformidade que constituíram a amostra.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB, sob o parecer consubstanciado número 44388115.3.0000.5187/2015.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados descritivamente, por meio de distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão e inferencialmente por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou, o teste Exato de Fisher, quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada para a análise da hipótese de associação significativa.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 21.

5 RESULTADOS

Todas as 50 fichas analisadas no serviço que estavam de acordo com o objetivo da pesquisa estavam dentro dos critérios de elegibilidade. Não houve nenhuma perda com relação a amostra.

Com relação à idade da amostra, observou-se que a mesma variou de 41 a 90 anos, teve média de 62,16 anos, desvio padrão de 12,30 anos e mediana de 61,50 anos.

Quanto à cor, 42% se autodeclaravam de cor branca, enquanto 48% pardo e 10% negro. Observou-se que a maioria eram casados 62%, cristãos 84%, e eram analfabetos 20%, ou tinham estudado até o ensino fundamental 38%. A região de procedência da maioria da amostra foi a zona urbana 86%; do total, residiam com a família 92%, enquanto 72% moravam em casa com até três pessoas e 86%, em casa própria.

Oitenta e quatro por cento da amostra recebia até 2 salários mínimos e todos tinham auxílio da previdência social, residindo próximo a unidade de saúde 92%.

Tabela 1 – Distribuição dos prontuários analisados segundo a caracterização sócio demográfica.

Variável	n	%
• Faixa etária		
40 a 49	9	18,0
50 a 59 anos	11	22,0
60 a 69	17	34,0
70 anos ou mais	13	26,0
• Sexo		
Masculino	29	58,0
Feminino	21	42,0
• Raça/Cor		
Branco	21	42,0
Pardo	24	48,0
Negro	5	10,0
• Estado civil		
Casados	31	62,0
Não casados	19	38,0
• Religião		
Católico	42	84,0
Não católico	8	16,0
• Escolaridade		

Sem escolaridade	10	20,0
Fundamental	19	38,0
Médio	17	34,0
Superior	4	8,0
• Região onde mora		
Urbana	43	86,0
Rural	7	14,0
• Com quem mora?		
Sozinho	4	8,0
Família	46	92,0
• Número de pessoas na residência		
Até 3	36	72,0
4 ou mais	14	28,0
• Situação da moradia - Alvenaria		
Própria	43	86,0
Alugada	4	8,0
Cedida	3	6,0
• Renda (Salários mínimos)		
Até 1	4	8,0
1 a 2	38	76,0
3 a 4	4	8,0
Mais de 4	4	8,0
• Recebe previdência social		
	50	100,0
• Reside próximo a unidade de saúde?		
Sim	46	92,0
Não	4	8,0

A Figura 1 apresenta os resultados quanto a localização das deformidades. Identifica-se que a região mais acometida por lesões bucomaxilofaciais foi a de maxila (intraoral) para ambos os sexos, com 38% da amostra. Na face, o maior percentual apareceu na região nasal, com 24%, seguido de um percentual de 20% na região óculo palpebral, e 10% dos casos envolvendo apenas a região ocular.

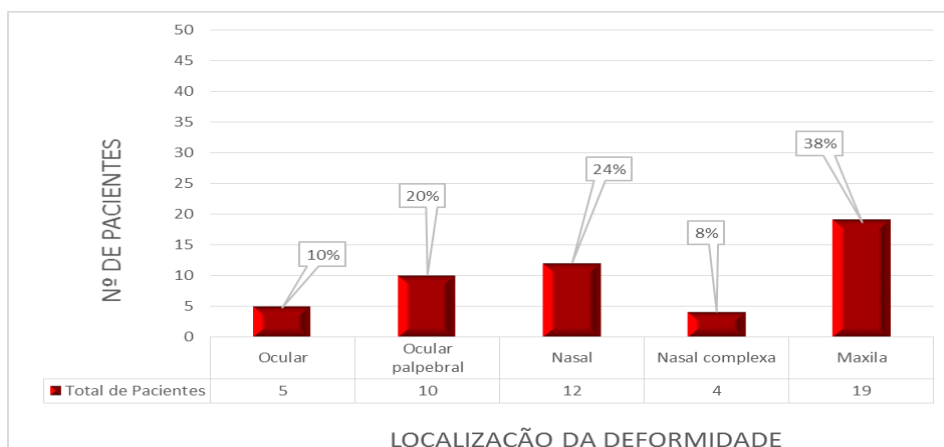


Figura 1: Distribuição da amostra segundo a localização da deformidade bucomaxilofacial

Quanto ao resultado histopatológico, observou-se que a maioria dos casos eram de CCE 29 (58%), sendo 13(26%) CBC, 7(14%) CME, enquanto houve um caso de melanoma, correspondente a 2% da amostra.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o laudo histopatológico da lesão.

Variáveis	N=50(%)
Histopatológico	
C. Basocelular	13(26,0)
C. M.Epidermóide	7 (14,0)
C. Cél. Escamosas	29(58,0)
Melanoma	1 (2,0)

A tabela 3 apresenta a associação entre a localização das deformidades e as variáveis independentes. Constata-se uma associação significativamente estatística entre o hábito de tabagismo e as deformidades oculares, nasais e maxilares. Dentre os indivíduos que consumiam tabaco, 84,2% apresentaram a lesão na maxila, 56,3% na região nasal, e 46,7% na parte ocular. A tabela também mostra o tipo de tratamento que foi submetido os pacientes, em que a maior parte da amostra teve a ressecção cirúrgica isoladamente como terapia preconizada, seguida da cirurgia associada a radioterapia.

Tabela 3 – Associação da variável dependente tipo de deformidades (oculares, nasais e maxilar) com as variáveis independentes

Variável	Oculares		Deformidades Nasais		Maxilar		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
TOTAL	15	100,0	16	100,0	19	100,0	
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA							
SEXO							
Feminino	9	60,0	9	56,3	5	26,3	p ⁽¹⁾ = 0,09
Masculino	6	40,0	7	43,8	14	73,7	
IDADE							
40 a 49 anos	3	20,0	1	6,3	5	26,3	p ⁽¹⁾ =0,27
50 a 59 anos	3	20,0	5	31,3	8	42,1	
60 a 69 anos	6	40,0	3	18,8	8	42,1	
Mais de 70 anos	3	20,0	7	43,8	3	15,8	
RAÇA/COR							
Branca	5	33,3	10	62,5	7	36,8	p ⁽¹⁾ = 0,14
Parda	9	60,0	6	37,5	8	42,1	
Negra	1	6,7	0		4	21,1	

ESTADO CIVIL							
Solteiro	4	26,7	3	18,8	3	15,8	$p^{(1)} = 0,72$
Não solteiro	11	73,3	13	81,3	16	84,2	
ESCOLARIDADE							
Em estudo	1	6,7	3	18,8	9	47,4	$p^{(1)} = 0,09$
Fundamental	10	66,7	4	25,0	6	31,6	
Médio	3	20,0	6	37,5	8	42,1	
Superior	1	6,7	3	18,8	0		
RENDA							
Até 2 salários mínimos	14	93,3	11	68,8	17	89,5	$p^{(1)} = 0,12$
Mais de 2 salários mínimos	1	6,7	5	31,3	2	10,5	
ACESSO A UNIDADE DE SAÚDE							
Sim	12	80,0	14	87,5	19	100,0	$p^{(1)} = 0,14$
Não	3	20,0	2	12,5	0	0,0	
HÁBITOS							
ETILISMO							
Sim	6	40,0	7	43,8	14	73,7	$p^{(1)} = 0,09$
Não	9	60,0	9	56,3	5	26,3	
TABAGISMO							
Sim	7	46,7	9	56,3	16	84,2	$p^{(1)} = 0,05$
Não	8	53,3	7	43,8	3	15,8	
CARACTERÍSTICAS DA LESÃO							
EXSUDATO							
Sim	3	20,0	2	12,5	4	21,1	$p^{(2)} = 0,78$
Não	12	80,0	14	87,5	15	78,9	
INFECTADO							
Sim	2	13,3	2	12,5	2	10,5	$p^{(2)} = 0,98$
Não	13	86,7	14	87,5	17	89,5	
EDEMA							
Sim	3	20,0	1	6,3	1	5,3	$p^{(2)} = 0,30$
Não	12	80,0	15	93,8	18	94,7	
DOR							
Sim	5	33,3	2	12,5	3	15,8	$p^{(1)} = 0,29$
Não	10	66,7	14	87,5	16	84,2	
NÍVEL DA DOR							
0 a 3	9	60,0	15	93,8	17	89,5	$p^{(2)} = 0,11$
4 a 6	3	20,0	1	6,3	1	5,3	
7 a 10	2	13,3	0	0,0	1	5,3	
NÍVEL EXPECTATIVA EM RELAÇÃO À REABILITAÇÃO							
Pouca/razoável	1	6,7	3	18,8	4	21,1	$p^{(2)} = 0,48$
Bastante	7	46,7	9	56,3	11	57,9	
Extremamente	7	46,7	4	25,0	4	21,1	
TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO							
Cirurgia+Radio	7	46,7	6	37,5	6	31,6	$p^{(2)} = 0,95$
Cirurgia+Quimio	-		1	6,3	1	5,3	
C+ Radio + Quimioterapia	3	20,0	2	18,4	4	21,1	
Apenas Cirurgia	5	33,3	7	37,8	8	42,1	

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência da deformidade bucomaxilofacial segundo o sexo, foi maior para o masculino, este resultado está de acordo com os achados de Lima, 2014, no estado da Paraíba, que apontou uma maior prevalência do câncer de cabeça e pescoço nos homens. Na região sudeste do país, Alvarenga et al, 2008, também identifica em seu estudo, um predomínio deste sexo nos portadores de deformidades, e alerta que 24,5 % destes realizavam atividades rurais. Outros achados chamam a atenção para a mudança do perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço segundo o sexo, destacando um crescimento para o feminino nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (IARC, 2016; VIEIRA et al, 2014).

A faixa etária de maior prevalência foi acima dos 60 anos de idade, esses resultados confrontam com os percentuais encontrados na pesquisa de Martins; Barbosa (2014), a qual mostrou números mais elevados em indivíduos de meia idade. Para Tolentino (2011), com o envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida da população, surgem outras doenças crônicas como o câncer, em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Essas doenças poderão gerar uma morbidade no idoso dificultando a sua locomoção, diminuindo o interesse do mesmo na busca por novos tratamentos, e ainda promovendo uma dependência de outras pessoas.

Em relação a presença da deformidade de origem oncológica e a raça dos participantes da amostra constatou-se que mais da metade da amostra foi constituída e pardos, estes resultados divergem dos achados de Brener et al. (2007), e Santos et al (2012), que observaram uma maior prevalência de neoplasias malignas entre os brancos, com destaque para o câncer de pele na região da cabeça e pescoço, divergindo ainda dos registros dos casos diagnosticados no Datasus (2015), para a região nordeste. Por outro lado, os dados relacionados a essa variável se assemelham com os achados de Angelo; Medeiros; Biasi (2010), cuja predominância da amostra era de não-brancos. Isso pode ocorrer devido a causa destas deformidades estarem mais associadas a hábitos deletérios como fumo, e álcool, e não a exposição a raios solares.

Quanto as características estado civil e religião constatou-se um maior percentual para os casados e católicos, resultados que corroboram com aqueles

encontrados na pesquisa de Sommerfeld et al (2012), realizada em um estado do Sudeste brasileiro.

Observou-se que a maior parte da amostra residia na zona urbana, fato que pode estar associado a falta de informação sobre a existência do Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial por parte da população rural. Este dado difere dos achados de Machado (2009), que verificou que a maior procedência era do interior do estado do Maranhão. Isso pode ocorrer devido a exposição a mais fatores de risco, como exposição solar, e contato a produtos tóxicos utilizados na agropecuária, seguido de uma menor busca por atendimento no estágio inicial da doença, o que acarreta em tratamentos mais agressivos, e mutilatórios, com maior interesse na reabilitação.

A maior parte desta amostra declarou ter um baixo nível de escolaridade e renda, o que provavelmente dificulta o acesso ao diagnóstico, o entendimento do tratamento e pode acarretar em uma maior dificuldade em se alcançar um sucesso terapêutico. Estes dados corroboram com o estudo Santos; Batista; Cangussu (2010), e refletem a necessidade da realização de medidas educativas para a população de risco, que deverão utilizar instrumentos de fácil compreensão, para a prevenção da doença e, conseqüentemente, redução dos gastos públicos com medicamentos e internações. Pela baixa escolaridade, é possível que muitos participantes não tinham uma condição financeira favorecida, porém a maioria dos pacientes 76% relatou receber renda de um a dois salários mínimos.

A maior parte da amostra mora com a família e próximo a um posto de saúde, mas continua adoecendo, com isso o número de casos de câncer no Brasil continua aumentando (BRASIL, 2016). Para Alvarenga et al (2012); Machado (2009), independentemente da fase em que é diagnosticado, observa-se a falta de integração multiprofissional no tratamento do câncer oral. Estudos epidemiológicos refletem a realidade e devem fundamentar programas de capacitação dos profissionais da saúde e educação no sentido de acompanhar e recuperar a saúde da população brasileira independente do estado, região ou cidade, os profissionais devem receber uma formação continuada sobre o tratamento multidisciplinar para o câncer.

Os dados desta pesquisa revelam um predomínio do CCE nas deformidades de cabeça e pescoço, esse resultado corrobora com dados de Mourouzis; Pratt; Brennan, (2010), os quais observaram de 2000 a 2007 prevalência do mesmo tipo

histopatológico. Isso pode ser justificado principalmente porque a maioria das lesões eram de cavidade oral, e segundo Neville (2009), Brasil (2016), e IARC (2016), o CCE ainda é responsável pela maior parte das neoplasias intraorais.

Já no estudo realizado por Santos et al (2011), na clínica de cirurgia bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, observaram um número significativo de lesões intraorais, principalmente em região de palato, diagnosticadas como carcinoma mucoepidermoide. Isso pode ocorrer por esse tipo ser bastante agressivo, e estar situado em uma região de difícil visualização, o que facilita o aumento e proliferação da lesão, sem que o indivíduo perceba nos estágios iniciais na doença. Esse quadro pode levar à ressecção cirúrgica local, e mutilar o paciente.

Com relação a localização mais frequente das deformidades encontradas nesta pesquisa, constatou-se que a região de maxila foi a mais prevalente com 38% da amostra, Esses dados vão de encontro ao estudo realizado em Cuiabá por Vieira et al (2014), em que encontraram sete localizações diferentes de neoplasias de cabeça e pescoço, dentre as quais a cavidade oral foi mencionada com maior frequência (30,8%), e os achados de Sommerfeld et al (2012), em que 37,86% do total de 103 pacientes, tiveram a região intraoral acometida pela neoplasia. Em ambas as pesquisas supracitadas, a terapia mais realizada foi a cirurgia isoladamente, corroborando com o presente estudo.

A única variável independente associada com a localização das deformidades foi o consumo do tabaco ($p=0,05$). Observam-se também que o tamanho da amostra ainda é pequeno, o que pode ter sido uma barreira para associações significativamente estatísticas com a variável dependente. Este hábito foi associado ao tipo de câncer, e a localização da lesão em alguns estudos como o de Carli (2009); Santos (2007). O tabagismo é considerado um fator predisponente das neoplasias malignas que envolvem a região de cabeça e pescoço, juntamente com fatores como HPV, exposição solar, etilismo, estresse, dentre outros. Além disso, Brasil (2016) alertou ainda sobre o tabagismo como responsável por 30% das mortes de câncer no país.

7 CONCLUSÕES

Diante dos resultados observados, conclui-se que:

- As deformidades bucomaxilofaciais foram mais prevalentes no sexo masculino, acima dos 60 anos, não brancos, cristãos e casados; Prevaleceu os indivíduos com baixo nível de escolaridade e renda, e a maior parte tinha acesso à unidade de saúde;

- O tipo de câncer mais prevalente foi o carcinoma de células escamosas;

- A cavidade intraoral (região de maxila) foi a região mais acometida pela deformidade.

- O hábito de tabagismo foi a única variável que foi associada com o tipo de deformidade;

- Tratamento que mais foi realizado foi a ressecção cirúrgica associada a radioterapia, contudo não houve diferença significativa entre os grupos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA et al, Hábitos alimentares de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Perspectivas Médicas**, n. 26, v.2, p. 5-13, maio/ago. 2015. OI: 10.6006/perspectmed.20150201.3032605257
- ALVARENGA, L.M. et al, Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Braz J Otorhinolaryngol.**; n.74, v.1, p. 68-73, 2008.
- ANGELO, A.R; MEDEIROS, A.C; BIASI, R. C. C. G. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 1, p. 1-7, 2010.
- ARAUJO F.R.C., et al, Fatores etiológicos das mutilações buco-maxilo-faciais em pacientes atendidos no serviço de prótese buco da FOP/UPE. **Odontol Clín-cient**, v. 5, n 3, p 203-6, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2016. <http://www2.inca.gov.br>. Acessado em 02 de fevereiro 2016
- BRENER S et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Revista Brasileira de Cancerologia** v. 53, n 1, p 63-69, 2007.
- CARDOSO, M.S.O, et al. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v. 7, n. 1, p. 79-84, 2007.
- CARLI ML, et al. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n 3, p 205-211, 2009.
- CARVALHO, M.P; et al, Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. **Rev. Col. Bras. Cir**, n.34, v.6, p. 361-66, nov. dez 2015.
- CASATI, M.F.M et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 41, n. 4, p. 186-91, 2012.
- CHIGURUPATI, R. et al, Quality of Life After Maxillectomy and Prosthetic Obturator Rehabilitation. **American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2013.02.002>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016, 15:47:01
- DANIEL, F.I. et al. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, p.279-283, 2006.

GALBIATI, A.L.S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Braz. j. otorhinolaryngol.** v.79, n.2, 2013.

GOIATO, M. C. et al, Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. **Journal Plastic Reconstruction Aesthetic Surgery**, v. 62, p 175-80, 2013.

GONTIJO, G.T; PUGLIESI, MCC; ARAÚJO, FM. Fotoproteção. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 1, n. 4, p. 186-192, 2009.

HEAD, B.A. et al, The relationship between weight loss and health-related quality of life in persons treated for head and neck câncer. **Support Care Câncer**,n.19, p.1511–18, 2011.

Internarnational Agency for Research on Cancer. Section of cancer information <http://www.iarc.fr/-http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acessado em 02 de fevereiro 2016.

KOPKE, L.F.F; SCHIMIDT, S.M.; Carcinoma basocelular. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 77, n 3, p 249-285, 2002.

LIMA, CCM. Impacto da reabilitação bucomaxilofacial sobre o estado nutricional, sintomas depressivos, autoimagem, autoestima e qualidade de vida em adultos e idosos. [tese de doutorado]. Porto alegre (RS). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2014. Disponível: <http://hdl.handle.net/10923/6794> Acesso em 02 fevereiro de 2016, 13:05:31

LIMA, M.A et al. Perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas orais em uma população brasileira. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 4, p. 93-102, 2010.

LUÍS, C.M., ISRAEL, M.S. Carcinoma Mucoepidermoide: Revisão de Literatura. **R Ci Med Biol.**, v. 6, p 219-22, 2007.

MACHADO, B.C.P. et al, Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão. **Rev Brasil de Pesq em Saúde**, n.11,v.4,p.62-68, 2009.

MARTINS, A.M.E.B et al, Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2239-2253, 2015.

MIRACCA, R.A.A; SOBRINH, J.A.S; GONÇALVES, A.J. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. **Rev Col Bras Cir**, v. 34, n 5, p 46-51, 2007.

MOUROUZIS, C; PRATT, C.; BRENNAN, P.A. Squamous cell carcinoma of the maxillary gingiva, alveolus, and hard palate: is there a need for elective neck dissection. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 48, n 5, p 345-348, 2010.

MUNHOZ, E. A. et al. Atypical clinical manifestation of mucoepidermoid carcinoma in the palate. **General dentistry**, v. 57, n. 6, p. e51-3, 2009.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D. et al. Patologia: Oral & Maxilofacial. 2ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

OLIVEIRA, M.M.F. Radiação Ultravioleta/ índice ultravioleta e câncer de pele no Brasil: condições ambientais e vulnerabilidades sociais, **Revista Brasileira de Climatologia**, v. 13, n 9, 2013.

POPIM, R.C et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciênc saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1331-6, 2008.

RIAZ N, RIAZ A.W. Quality of life in patients with obturator prostheses. **Ayub Med Coll Abbottabad Journal**, v.22, n.2, p.121-25, 2010.

SANTOS, A.B.O. et al, Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir.**; v. 36, n. 4, p 230-33. 2007

SANTOS, L.C.O.; BATISTA, O.M; CANGUSSU, M.C.T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416-422, 2010.

SANTOS, T.S. et al, Carcinoma mucoepidermóide no palato: relato de caso. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 53, n. 1, p. 29-33, 2012

SOMMERFELD, C.E. et al, Quality of life in patients with head and neck câncer. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, n.4, v.41, p. 172-177, out/ nov/ dez 2012.

TAVARES, S. et al, Tumores malignos da cabeça e pescoço-Experiência institucional com 2 anos de seguimento. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**, v. 53, n. 3, p. 155-160, 2015.

TOLENTINO, E.S. et al, Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. **Journal of Applied Oral Science**, v. 19, p 448-454, 2011.

VIEIRA, E.M.M et al, Perfil nutricional de pacientes oncológicos atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital filantrópico do município de Cuiabá (MT), Brasil. **archives of health investigation**, v. 3, n. 3, 2014.

APÊNDICE A – FICHA CLÍNICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Ficha Clínica para Pacientes Portadores de Deformidades Bucomaxilofaciais

1-Identificação:

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Nº _____ Complemento _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: __ Fone: (____ - _____)
 Sexo: **0**-F **1**-M Data de Nasc.: __/__/__ Estado Civil: **0**- casados **1**- não casados
 Natural: _____ Cor: **0**-B; **1**-P; **2**-N
 Escolaridade: **0**- Analfa. **1**- Fundamental/ Médio **2**- Superior
 Profissão: _____ Religião: _____ e-mail: _____

2-Condições sócio-econômicas :

Mora : **0**- zona urbana; **1**- zona rural
 Reside: **0**- sozinha; **1**- família; **2**- lar de longa permanência; **3**- sem moradia fixa
 Reside com quantas pessoas: **0**- entre 1 e 3; **1**- 4 e 6; **2**- 7 ou mais
 Animal doméstico: **0**- Sim; **1**- Não; Qual? _____ Há quanto tempo? _____
 A residência é: **0**- Própria; **1**- Alugada; **2**- Cedida; **3**- outros
 Tipo : **0**- Alvenaria; **1**- Madeira; **2**- Taipa; **3**- Outros _____
 Luz elétrica: **0**- Sim; **1**- Não
 Água encanada: **0**- Sim; **2**- Não; Rede de esgoto: **0**-Sim; **1**-Não
 Reside próximo à Unidade de Saúde: **0**- Sim; **1**- Não

2.2. Renda mensal

Recebe alguma renda mensal? **0**- Sim; **1**- Não
 Quanto? **0**- abaixo de um salário mínimo **1**- 1 a 2; **2**- 3 a 4; **3**- acima de 5 salários
 Possui previdência social? **0**- Sim **1**- Não

3- Hábitos:

3.1- Sono/repouso:

Tem insônia? **0**- Sim; **1**- Não
 Em caso de insônia, há quanto tempo? **0**- menos de 6 meses; **1**- acima de 6 meses
 Dorme a noite: **0**- entre **06** e **08** hs; **2**- **05** hs ou menos; **3**- acorda var. vezes à noite
 Onde dorme? **0**- Colchão **1**- Rede **2**- Outros
 Pos. pref para dormir: **0**- Decúbito Ventral; **1**- Dec. Dorsal; **2**- Lateral D; **3**- Lateral E.

3.2- Alimentação:

Quantas ref. faz ao dia; **0- 02** refeições ; **1- 03** refeições dia ; **2-** mais de **03** refeições

Preferências:

0-Café da manhã **1-** Lanche manhã; **2-** Almoço; **3-**Lanche tarde **4-** Jantar **5 -** Lanche noite

Restrições alimentares: **0-**Sim; **1-** Não

Quais? _____ Por que? _____

3.3-Ingesta hídrica: _____ ml/dia

3.4-Utiliza fitoterápicos? **0-**Sim; **1-** Não Quais? _____ Há quanto tempo? _____

3.5-Fumo: **0-** Sim; **1-** Não Nº cigarros/dia _____ Álcool: **0-** Sim; **1-** Não

Tipo de bebida: _____ Freq.: _____ Ingestão ml/dia: _____

3.6-Eliminações:

3.6.1-Intestinal:

1-Normal **2-** Constipação **3-** Diarréia Período: _____ Freq.: _____

Consistência: _____ Cor: _____

3.6.2-Urinária:

0-Espontânea **1-** Incontinência **2-** Retenção Nº micções/dia: _____

1-Fralda **2-**Preservativo **3-** Sonda Folley Volume/dia: _____ ml

3.7-Condições de higiene:

0-Boas **1-** Regulares **2-**Ruins Banho(s)/dia: _____ Horário: _____

4-Antecedentes familiares e atitude da família perante a ferida/deformidade:

0-Diabetes **1-**Hipertensão **2-**Doenças vasculares **3-**Outras: _____

Ansioso em relação à situação atual? **0-** Sim **1-**Não

Aceito pela família? **0-** Sim **1-**Não

A ferida/deformidade mudou seu relacionamento familiar? **0-** Sim **1-**Não

Como? _____

5-Antecedentes pessoais:

Cirurgias anteriores: **0-** Sim **1-**Não Quais/quando? _____

Radioterapia: **0-** Sim **1-**Não

Quando? _____

Quimioterapia: **0-** Sim **1-**Não Quando? _____

Alergias: **0-** Sim **1-**Não Quais/Produto: _____

Diabetes: **0-** Sim **1-**Não tipo: _____ Hipertensão: **0-** Sim **1-**Não

Doenças vasculares: **0-** Sim **1-**Não Doenças neurológicas: **0-** Sim **1-**Não

Qual(is): _____

6-Exames laboratoriais:

Data: __/__/__

Hemácias _____ m/m³ Hemoglobina _____ g% Hematócrito _____%

Leucócitos _____/mm³ Glicemia _____g%

Contagem das plaquetas _____ mil/mm³ Tempo de coagulação _____%

Medicamentos em uso:

Queixas atuais:

7-Diagnóstico médico (Laudo histopatológico):

8-Exame Físico:

9.1-Dados Vitais:

Peso: ___kg PA: ___mmHg Temp.: ___°C Pulso: ___bpm Resp.: ___rpm

Nível de consciência:

0- Alerta **1**-Apático **2**-Confuso

9.2-Mobilidade:

0- Deambula sem ajuda

1-Deambula com auxílio

2-Utiliza cadeira de rodas

3-Senta-se com ajuda

4-Outros: _____

10-Ferida/Deformidade:

Tipo: _____ Nº ferida(s)/deformidade(s): _____ Localização: _____

Largura: _____ Comprimento: _____ Profundidade: _____

Área: _____ cm

Tempo de existência da(s)

ferida(s)/deformidade(s): _____

10.1-Espessura da ferida:

Parcial: epiderme – derme (SUPERFICIAL)

Parcial média: derme – tecido subcutâneo (PROFUNDA PARCIAL)

Total: tecido subcutâneo – fáscia – músculo – osso (PROFUNDA TOTAL)

10.2-Característica do tecido:

Preto – necrose _____% Amarelo – esfácelo “fibrina” _____%

Vermelho – granulação _____% róseo – epitelizado _____%

10.3-Exsudato **0**- Sim **1**-Não

Seroso Serosanguinolento Sanguinolento Piosanguinolento

Purulento

Intenso Intenso/moderado Moderado Moderado/pouco Pouco

10.4-Infestado: **0**- Sim **1**-Não

Antibiograma: _____

Antibióticoterapia: _____

10.5-Pele ao redor da ferida/deformidade:

Hidratada Secura/descamação Eritema Bolha

10.6-Edema:

0- Sim **1**-Não Cacifo: _____

10.7-Dor:

0- Sim **1**-Não Tipo: _____

Nível da dor: **0**- **0** a **3** **1**-**4** a **6** **2**-**7** acima

11- Amputação:

11.1-Qual nível de amputação? _____

11.2-Há quanto tempo está amputado? _____

11.3-Qual foi a causa da amputação? _____

11.4-Tem a sensação de dor-fantasma?

0- Sim 1-Não Qual? _____

11.5-Faz tratamento para alívio da sensação de dor-fantasma?

0- Sim 1-Não

11.6-Qual o método de tratamento? _____

11.7-Há quanto tempo está tratando? _____

11.8-Houve melhora após início do tratamento?

0- Sim 1-Não Qual? _____

11.9-Teve ou tem acompanhamento de acupunturista, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo e/ou psicólogo?

0- Sim 1-Não Qual? _____

12- Prótese:

12.1-Faz uso de prótese? **0- Sim 1-Não** Há quanto tempo? _____

12.2-Apresentou alguma alergia referente à prótese?

0- Sim 1-Não Qual? _____

12.3-A dor dificulta ou dificultou a protetização?

0- Sim 1-Não

12.4-Qual nível de expectativa ou aceitação da prótese? _____

13-Diagnóstico(s) de Enfermagem:

14-Prescrição de Enfermagem:

Assinatura/COREN: -----

Data: __/__/__

Observações:

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL



João Pessoa, 20 de Dezembro de 2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley- CEP/HULW/UFPB
A/c. Prof. Dra. Iaponira Cortez Costa de Oliveira Coordenadora do CEP/ HULW/UFPB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Informo à V. Sa. e à Coordenação do curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, que a aluna Larissa Chaves Morais de Lima tem a autorização para utilizar as instalações do Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial, bem como, consultar os prontuários dos pacientes atendidos no referido serviço, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Prevalência das deformidades na região de cabeça e pescoço após cirurgia oncológica em um Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial", que está sob a orientação da Professora Doutora Daliana Queiroga de Castro Gomes.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e do sigilo quanto a identidade dos sujeitos de pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Renata Coelho Navarro

Professora do Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial

CRO: 2821 -PB

Renata Coelho Navarro
Profª Prótese Fixa-ETS/UFPB
CPF 826.803.454-67
SIAPE 3419916

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doraci Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (4)**Número do parecer: 44388115.3.0000.5187****Data da relatoria: 04 de maio de 2015****Pesquisador: Daliana Queiroga de Castro Gomes****Situação do parecer: Aprovado**

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "PREVALÊNCIA DAS DEFORMIDADES NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO APÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL", encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, para análise e parecer com fins de elaboração e desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia.

Objetivo da Pesquisa: Estudar prevalência das deformidades de origem oncológica no Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW, na cidade de João Pessoa- PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizado um estudo do tipo descritivo, documental, de cunho quantitativo, a partir de dados secundários que serão obtidos em prontuários dos pacientes portadores de deformidade bucomaxilofacial de origem oncológica atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley do Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários encontram-se anexados.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.