

Saúde Bucal e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço

Oral Health And Quality Of Life In Head And Neck Cancer Patients

ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de*
PADILHA, Dalva Maria Pereira**
BALDISSEROTTO, Julio***

RESUMO

A QV (Qualidade de Vida) em pacientes com câncer é afetada por fatores relacionados à doença e seu tratamento. A saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço é bastante afetada pela própria doença e pelas seqüelas do tratamento comprometendo assim sua QV. Este estudo tem por objetivo realizar uma análise da literatura sobre a QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, relacionando às condições adversas na saúde bucal consequentes do tratamento oncológico, enfatizando a importância da atuação de uma equipe de cuidado oncológico multidisciplinar na qual o cirurgião-dentista deve estar inserido.

PALAVRAS-CHAVE:

Qualidade de vida. Saúde bucal. Câncer de cabeça e pescoço.

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico dos diversos países no mundo experimentou uma mudança significativa da prevalência de doenças infecciosas para doenças crônico-degenerativas como o câncer (LAURELL, 1983; TOWNSEND; DAVIDSON; WHITEHEAD, 1990). Atualmente no Brasil o câncer é a segunda causa de morte (SOUZA, 2003).

A maioria dos estudos sobre QV (Qualidade de Vida) relacionada à saúde utiliza variáveis sobre doença, seus determinantes principais e o seu tratamento. Em relação a pacientes com câncer do trato aerodigestivo superior ainda não há uma definição clara da associação entre a condição de saúde bucal e sua QV (ALLISON; LOCKER; FEINE, 1999).

A função oral entendida como um conjunto de processos que abrange a mastigação, deglutição, fonação, é um dos recortes da QV relacionada à saúde. Conforme Rogers et al. (2002a), há uma associação entre QV relacionada à saúde e função oral, logo é fundamental o conhecimento do impacto desta associação e o planejamento adequado do tratamento da lesão cancerosa de modo a minimizar os danos ao paciente.

O paciente com câncer é afetado por diversas condições não-infecciosas decorrentes do tratamento oncológico, seja cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico; sendo que estes influenciam, de modos diversos, alterações na cavidade oral. As principais complicações

do tratamento oncológico na cavidade bucal são a xerostomia, perda de paladar, hemorragia (afetando principalmente a mucosa labial, língua e gengiva), dermatite, osteorradionecrose e trismo (espasmos musculares com ou sem fibrose dos músculos mastigatórios e da articulação temporomandibular) (NEVILLE, 1998). Segundo Wharton (2002), o conhecimento de condições que diminuem a QV de pessoas com câncer é essencial para um tratamento adequado.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura abordando QV e fatores relacionados à saúde bucal de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, visando conhecer aspectos decorrentes do tratamento oncológico que afetam as estruturas bucais causando prejuízo na QV destes pacientes; procurando demonstrar a importância da atuação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de cuidado oncológico.

FATORES RELACIONADOS AO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Os cânceres de localização na cabeça e pescoço afetam as seguintes regiões anatômicas: lábio, cavidade bucal (mucosa dos lábios superior e inferior, mucosa jugal, áreas retromolares, vestíbulo bucal, rebordo gengival superior e inferior (gengiva e alvéolo superior e inferior, respectivamente), palato duro, assoalho da boca e língua), orofaringe (amígdalas palatinas, superfície inferior do palato mole,

base da língua), nasofaringe, hipofaringe, fossa nasal, seios paranasais, laringe (supraglote, glote e subglote), glândulas salivares e quimiodectomas (tumores nas áreas de quimiorreceptores) (HOSSFELD et al., 1989; BRASIL, 2004).

A etiologia do câncer de cabeça e pescoço está relacionada à exposição a fatores de risco como vírus ou agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, irritação crônica por agentes físicos, existência de lesões cancerizáveis (leucoplasias e/ou eritoplasias), higiene oral deficiente associada à presença de dentes mal conservados. O fumo e o álcool são fatores de risco para vários tipos de câncer, inclusive câncer de boca e do trato aerodigestivo. Quando associados, o fumo e o álcool têm seu potencial carcinogênico ampliado mais de 15 vezes (HOSSFELD et al., 1989; CERNEA, 1991; SCHWARTSMANN, 1991; DEL GIGLIO, 1999).

Características biológicas dos cânceres de cabeça e pescoço são as seguintes: podem ser diagnosticados precocemente (exceção nos casos de câncer das partes mais profundas da faringe), disseminação por via linfática locoregional para os linfonodos libulários da região, sensibilidade considerável a radioterapia e quimioterapia. Estas características propiciam a instituição de tratamentos que possibilitem um maior controle da doença, melhor prognóstico e sua provável cura (CERNEA, 1991).

* Mestre em Saúde Bucal Coletiva pela Faculdade de Odontologia- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da UFBA silvianasuely@yahoo.com.br

** Professora da disciplina de Odontogeriatría do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS e Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. Doutora em Estomatologia. dalvapadilha@via-rs.net

*** Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Doutor em Gerontologia Biomédica. Gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. bjulio@ghc.com.br

Este trabalho faz parte do projeto Condição de Saúde Bucal e QV em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço atendidos no SUS financiado pelo CNPQ através do Edital: MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPq n° 038/2004 – Propostas sobre Saúde Bucal.

QV E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

A QV relacionada à saúde é um termo de difícil definição, de caráter subjetivo, porém seu conhecimento auxilia os profissionais de saúde na definição de ações clínicas a serem empregadas (BOTTOMLEY, 2002). A QV pode ser entendida como bem-estar subjetivo físico, mental e social (HAMMERLIDE et al., 1997). De acordo com estes autores, o tipo de tratamento do câncer parece influenciar na QV dos pacientes.

Allison, Locker e Feine (1999) realizaram um estudo transversal e retrospectivo em Montreal no Canadá, para verificar a relação entre estado dentário e QV relacionada à saúde em pacientes diagnosticados e tratados de câncer na cavidade bucal, faringe e laringe. A avaliação do estado dentário foi restrita às seguintes variáveis: completamente dentado, parcialmente dentado com e sem próteses e edêntulo com e sem próteses. A variável mudança no estado dentário estava relacionada à extração de algum dente ou confecção de próteses no período desde o diagnóstico do câncer. O grupo de pessoas parcialmente dentadas e sem próteses relatou pior QV geral, o grupo que relatou mudança no estado dentário obteve pior classificação da média de QV. Segundo os autores, o grupo das pessoas edêntulas sem prótese mostrou-se mais capaz de enfrentar os transtornos decorrentes do tratamento do câncer.

Cento e trinta e dois pacientes com carcinoma oral e orofaríngeo atendidos e submetidos à cirurgia no Hospital Walton em Liverpool, no período de maio de 1995 a junho de 1997, participaram de um estudo que buscou identificar diferentes grupos de paciente de acordo com os fatores que comprometiam sua QV. Neste estudo foram feitas três avaliações através de um questionário nos períodos pré-operatório, em seis meses e um ano após o tratamento. Os autores verificaram que os pacientes que não necessitaram de radioterapia coadjuvante obtiveram melhor QV do que aqueles (59%) que precisaram desta terapêutica e também os que tinham história de problemas médicos ou cirúrgicos. Ratifica-se que a decisão do processo de tratamento deve ser feita baseada também no impacto da doença e seu tratamento na vida do paciente (ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000).

Segundo Rogers et al. (2002b), o tamanho do tumor e o tipo de procedimento cirúrgico influenciam na função oral de pacientes com câncer de boca e orofaríngeo o que afeta sua atividade psicossocial e por fim sua QV. Estes autores constataram isto em um trabalho longitudinal realizado no Hospital Universitário de Aintree em Liverpool com 130 pacientes com câncer de boca e orofaríngeo submetidos à cirurgia primária para tratamento da lesão.

O suporte social e familiar, o apoio também do profissional de saúde, pode contribuir para melhora da QV dos pacientes com câncer (SALES, 2001).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QV EM PACIENTES COM CÂNCER

O uso de questionários respondidos pelo próprio paciente sobre sua QV mostra-se mais eficaz para o conhecimento desta do que avaliações feitas pelos médicos. Quando se deseja investigar o impacto do câncer na QV relacionada à saúde é essencial que os instrumentos de medida deste sejam específicos para estes pacientes (BOTTOMLEY, 2002).

Este autor acima referido cita alguns questionários usados em Oncologia: *Short Form 36 (SF-36)* e o *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)* que são questionários gerais; e os seguintes são específicos para pacientes com câncer: *European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core – Cancer 30 (EORTC QLQ)*, *Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G)*, *Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C)*, *Profile of Mood States (POMS)*, *Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)*.

O *WHOQOL* é um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a QV, possui cem questões que abordam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Existe uma versão abreviada deste questionário — *WHOQOL BREF*, que avalia quatro domínios da QV: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 1998b). Não são específicos para pacientes com câncer.

O *Bochum Questionnaire on Rehabilitation* possui 147 questões que abordam dor, reabilitação, problemas morfológicos, funcionais e psicológicos. Este questionário é utilizado para pacientes portadores de tumores de localização na cabeça e pescoço (GELL-RICH et al., 2002).

O Departamento de Otolaringologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade de Washington (2003) desenvolveu um questionário para avaliar a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Este questionário possui questões relativas tanto à função como a aspectos psicológicos. Este questionário é conhecido pela sigla *UW-QOL (University of Washington – Quality of Life)* e é amplamente utilizado (ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000; ROGERS et al., 2002a; ROGERS et al., 2002b). Entretanto, este questionário ainda não foi validado para o português.

O *European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life*

Core Questionnaire – Cancer 30 (EORTC QLQ-C 30) é um questionário criado pela *European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (EORTC)* (AARONSON et al., 1993; EORTC, 2003) para avaliar a QV de pacientes com câncer, é um questionário geral para cânceres de todas as localizações anatômicas, com os seguintes domínios: físico, cognitivo, emocional, social, funcional, sintomas, saúde e QV geral. Ele possui quatro versões que foram aperfeiçoadas ao longo do tempo, sendo que a versão mais atual é a *EORTC QLQ-C 30* versão 3.0. Além disso, foram desenvolvidos outros módulos; isto é, questionários complementares específicos para diversas localizações anatômicas como o *QLQ-H&N 35 (Quality of Life Questionnaire - Head and Neck)* para pacientes com câncer de cabeça e pescoço dentre outros. Estes questionários abordam sintomas relacionados à localização específica do tumor, efeitos colaterais associados ao tratamento administrado, e domínios adicionais da QV afetados pela doença ou seu tratamento (AARONSON et al., 1993; EORTC, 2003).

A QV de pacientes com câncer também pode ser avaliada através de entrevistas (SALES, 2001).

ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O cuidado do paciente oncológico deve estar inserido no contexto de Promoção de Saúde, a qual abrange também a saúde bucal. Segundo Moysés e Watt (2000), a Promoção de Saúde visa atuar sobre os determinantes biológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, proporcionando maior autonomia ao paciente sobre a sua saúde e o cuidado de si mesmo. Em busca dessa prática que devem ser conhecidos os fatores que causam dano à saúde bucal do paciente oncológico, comprometendo a sua QV. O papel do cirurgião-dentista dentro da equipe oncológica multidisciplinar é de proporcionar um cuidado integral para o paciente, prevenindo e atuando sobre condições bucais deletérias conseqüentes da terapêutica.

Mucosite: Os agentes quimioterápicos atuam sobre as células que têm um alto índice mitótico isto inclui as células medulares e das mucosas bucal e gastrointestinal podendo provocar a formação de lesões ulceradas nas mucosas — mucosite (DEL GIGLIO, 1999; SCHWARTSMANN; FILHO; SILVER, 1991). A mucosite é provocada por doses de radiação em torno de 2000 cGy (FILHO; FERREIRA, 1991). Os critérios de diagnóstico para a mucosite são: presença de lesões na mucosa oral, que se caracterizam inicialmente por áreas esbranquiçadas, sendo a fase

seguinte representada por mucosa atrófica: edemaciada, eritematosa e friável. Posteriormente ocorre a presença de áreas ulceradas que podem ou não estar recobertas por exsudato fibrinopurulento e ter a presença de Candidíase (NEVILLE, 1998; DEL GIGLIO, 1999; ROGERS; LOWE; HUMPHRIS, 2000; SCHWARTSMANN; FILHO; SILVER, 1991). As conseqüências bucais da mucosite são dificuldade na alimentação comprometendo a absorção de nutrientes, precária higienização, dor, ardência e desconforto bucal.

Hiposalivação: A irradiação das glândulas salivares gera alteração de fluxo salivar, inicialmente espesso, mas que pode evoluir para hiposalivação com a continuidade do tratamento. A hiposalivação pode ser transitória — três a seis meses (doses de 3000 a 4000 cGy) ou permanente (doses mais elevadas). O paciente com hiposalivação pode apresentar Candidíase associada (FILHO; FERREIRA, 1991). A cárie de radiação é uma conseqüência secundária da hiposalivação (NEVILLE, 1998). O diagnóstico da hiposalivação pode ser realizado através de critérios subjetivos (percepção do paciente) e objetivos (sialometria) ou a associação destes (SREEBNY; VALDINI, 1988). As complicações bucais da hiposalivação são: aumento do risco para desenvolvimento da cárie dentária, diminuição do efeito de autolimpeza, infecção por microorganismos (*Candida albicans*), dificuldade no uso de próteses dentárias, alteração no paladar.

Hemorragia Intra-oral: Esta é uma complicação de caráter aguda, relacionada ao tratamento quimioterápico, sendo a mucosa labial, língua e gengiva as regiões mais acometidas. A hemorragia é um sinal da trombocitopenia. Paralelamente ao tratamento pode ocorrer dano tecidual com liberação da tromboplastina resultando em uma coagulação intravascular disseminada (NEVILLE, 1998).

Osteorradionecrose: É caracterizada como uma exposição óssea prolongada, período acima de três meses, com ulceração ou necrose da mucosa bucal próxima, podendo ou não ocorrer uma infecção secundária difusa ou sistêmica com presença de fistula intra ou extrabucal. A osteorradionecrose surge após o período de radiação, com doses iguais ou superiores a 6.000 cGy, sendo que fatores como extrações dentárias pós-radioterapia, trauma ósseo, má-higiene bucal, uso de álcool, fumo, quimioterapia associada e fatores nutricionais e relativos à radioterapia (dose, fracionamento, número de sessões) aumentam o risco para o desenvolvimento desta alteração patológica. A maior prevalência desta complicação é na mandíbula (NEVILLE, 1998; MOURA; CASTRO; FREIRE, 2003).

Alteração no Paladar: Ocorre também modificação no paladar do paciente tratado com radioterapia com alteração maior para os sabores ácido e amargo do que para doce e salgado (FILHO; FERREIRA, 1991) sendo que isto acarreta ingestão de maior quantidade de açúcar e sal. De acordo com Neville (1998) o paladar pode ser restituído em torno de quatro meses após a radioterapia para a maioria dos pacientes.

Mutilação: As conseqüências bucais deletérias da cirurgia oncológica que podem acometer o paciente com câncer de cabeça e pescoço são mutilação com dano funcional e modificação do fluxo salivar, quando há remoção total ou parcial de glândulas salivares. O planejamento cirúrgico deve ser detalhado de modo a preservar o máximo as estruturas anatômicas estéticas e funcionais. O diagnóstico funcional — definição das alterações funcionais e seus graus; é de fundamental importância para o planejamento da cirurgia, assim como a ressecabilidade do tumor (envolve a história natural da doença) e a operabilidade do paciente (condições médicas gerais) (GENTIL; LOPES, 1991).

Trismo: É caracterizado por espasmos musculares tônicos e pela dificuldade de abertura de boca, sendo resultado da irradiação excessiva dos músculos da mastigação e da articulação temporomandibular, podendo apresentar ou não fibrose nestas estruturas (Neville, 1998). Esta complicação dificulta o uso de próteses dentárias e é também um obstáculo para uma higiene bucal adequada.

EXAME CLÍNICO E CUIDADO ODONTOLÓGICO

O papel do cirurgião-dentista é atuar junto à equipe multidisciplinar participando do planejamento cirúrgico de modo a minimizar os danos para o paciente, intervir sobre as condições bucais que comprometem a saúde e o bem-estar do paciente com câncer de cabeça e pescoço. O cirurgião-dentista deve buscar uma prática de Promoção de Saúde para o paciente oncológico, na qual devem ser conhecidos os fatores que causam dano à saúde bucal deste paciente afetando assim sua QV.

Pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço devem receber tratamento odontológico prévio que inclui ajuste de próteses mal adaptadas, remoção de cálculo dental, substituição de restaurações inadequadas, instrução de higiene oral, tratamento de lesões de cárie presentes, extração de dentes que não possam ser restaurados ou com doença periodontal severa e aplicações de flúor (EPSTEIN et al., 1999).

É recomendada a realização de uma consulta odontológica antes do tratamento on-

cológico seguida de acompanhamento do paciente durante e após a terapia de modo a minimizar as seqüelas bucais do tratamento do câncer. Sugere-se que haja atenção odontológica aos fatores que podem provocar uma deficiência na QV do paciente como conseqüência de uma função bucal prejudicada como a mastigação, a fala, ou a salivação. Propõe-se o agendamento das consultas odontológicas concomitantes às consultas médicas, de modo a facilitar o acompanhamento do paciente.

Orientações sobre cuidados preventivos em saúde bucal tais como: higienização, aconselhamento dietético e uso do flúor devem ser fornecidas ao paciente e reforçadas a cada consulta. É essencial que estas orientações também sejam dadas para o familiar que acompanha o paciente oncológico para que este familiar seja um agente motivador de saúde bucal. Os cuidadores no ambiente hospitalar (Equipe de Enfermagem) deve estar capacitada para orientar e realizar a higiene bucal destes pacientes quando necessário, sempre enfatizando a prevenção dos agravos e o autocuidado.

CONCLUSÃO

As conseqüências adversas à saúde bucal relacionadas às diversas formas de tratamento do câncer de cabeça e pescoço podem ser minimizadas (prevenidas ou controladas) através do adequado planejamento cirúrgico, com ações de promoção de saúde bucal. Isto requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, da qual o cirurgião-dentista deve fazer parte, atuando junto a outros profissionais de saúde de modo a tornar mais digna a vida dos pacientes com câncer. A busca por uma melhor QV para o paciente com câncer deve ser uma meta a ser alcançada por todos aqueles que fazem parte do seu tratamento.

ABSTRACT

The quality of life (QL) in patients with cancer is affected by factors which are related to the disease and its treatment. The oral health of patients with head and neck cancer is highly affected by the cancer itself and sequels of treatment, which might compromise his/her QL. The purpose of this study is to review the literature about QL in patients with head and neck cancer, relating the adverse conditions to oral health, these are consequents of the oncologic treatment, it is giving emphasis to the importance of team performance in multidisciplinary oncologic care; in which the dentist should be part.

KEY WORDS

Quality of life. Oral health. Head and neck cancer.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C 30: a Quality of Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. **J. Natl. Cancer Inst.**, Casy, v.85, no.5, p. 365-376, Mar. 1993.
- 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 Oncol.**, Oxford, v.35, no.2, p.138-143, Mar. 1999.
- BOTTOMLEY, A. The Cancer Patient and Quality of Life. **Oncologist**; Dayton, v.7, no.2, p.120-125, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **TNM Classificação dos Tumores Malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm.2.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2004.
- CERNEA, C. R. Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Artes Médicas, 1991. P. 407-14.
- DEL GIGLIO, A. **Câncer: Introdução ao seu Estudo e Tratamento**. Pioneira, 1999.
- THE DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY. University of Washington. Disponível em: <http://depts.washington.edu/otoweb>. Acesso em: 10 nov. 2003.
- EPSTEIN, J. B. et al. Pretreatment Assessment and Dental Management of Patients with Nasopharyngeal Carcinoma. **Oral Oncol.** Oxford, v.35, no.1, p.33-39, Jan. 1999.
- EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER. EORTC Group for Research into Quality of Life. Disponível em: <http://www.eortc.be/home/qol>. Acesso em: 15 dez. 2003.
- FILHO, A. B.; FERREIRA, P. R. Princípios de Tratamento Radioterápico. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Artes Médicas, 1991. P. 97-105.
- FLECK, M. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de QV (WHOQOL). **Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL**, 1998b. Disponível em: http://www.ufnrs.br/psiq/whoqol.html. Acesso em: 21 jan. 2004.
- GELLRICH, N. C. et al. Pain, Function, and Psychologic Outcome Before, During, and After Intraoral Tumor Resection. **J. Oral and Maxillofac Surg.**, Philadelphia, v.60, no.7, p. 772-777, July, 2002.
- GENTIL, F. C.; LOPES, A. Princípios de Cirurgia Oncológica. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P. 84-96.
- HAMMERLID, E. et al. A Prospective Quality of Life Study of Patients with Oral or Pharyngeal Carcinoma Treated with External Beam Irradiation with or without Brachytherapy. **Oral Oncol.**, Oxford, v. 33, no. 3, p. 189-196, May, 1997.
- HOSSFELD, D. K. et al. (Ed). **Manual de Oncologia Clínica**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989.
- LAURELL, A. C. A. Saúde-doença como Processo Social. In: NUNES, E. D. et al. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Técnicos**. Global Editora, 1983. P. 135-58.
- MOURA, M. D. G.; CASTRO, W. H.; FREIRE, A. R. S. Osteorradionecrose na Cavidade Bucal. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 23, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/acta03_23.html>. Acesso em: 21 jan. 2004.
- MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. In: BUISCHI, Y. de P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. EAP-APCD Artes Médicas, 2000. P. 3-22.
- NEVILLE, B.W. Complicações Orais Não-infecciosas do Tratamento Antineoplásico. In: _____. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. P. 212-215.
- ROGERS, S. N.; LOWE, D.; HUMPHRIS, G. Distinct Patients Groups in Oral Cancer: A Prospective Study of Perceived Health Status following Primary Surgery. **Oral Oncol.**, Oxford, v.36, no.6, p. 529-538, Nov. 2000.
- ROGERS, S. N. et al. Health-related Quality of Life and Clinical Function after Primary Surgery for Oral Cancer. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburg, v.40, no.1, p.11-18, Feb. 2002b.
- ROGERS, S. N. et al. Importance-rating Using the University of Washington Quality of Life Questionnaire in Patients Treated by Primary Surgery for Oral and Oro-pharyngeal Cancer. **J. Craniomaxillofac. Surg.**, Edinburg, v.30, no.2, p.125-132, Apr. 2002a.
- SALES, C. A. C. C. et al. QV de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.
- SCHWARTSMANN, G. Biologia Molecular e Genética do Câncer. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P. 31-41.
- SCHWARTSMANN, G.; FILHO, M. A. M.; SILVER, R. Princípios da Quimioterapia Antineoplásica. In: SCHWARTSMANN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P. 106-132.
- SOUZA, S. Editorial. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 49, n.º. 2, p. 85.
- SREEBNY, L. M.; VALDINI, A. Xerostomia. Part I: Relationship to Other Oral Symptoms and Salivary Gland Hypofunction. **Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.**, Sd. Louis, v. 66, no.4, p. 451-458, Oct. 1988.
- TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. (Eds). **The Black Report and the Health Divide**. 1990.
- WHARTON, R. H. Sleeping With the Enemy: Treatment of Fatigue in Individuals with Cancer. **Oncologist**, Dayton, v.7, no. 2, p.96-99, 2002.

Endereço dos Autores:

Silvânia Suely Caribé de Araújo

Rua Edgar Reys Navarro, nº 376A, 204, Santo Agostinho. CEP: 40255-280 – Salvador/BA.

e-mail: silvianasuely@yahoo.com.br

Dalva Maria Pereira Padilha

Rua Ramiro Barcelos, 2492- Faculdade de Odontologia da UFRGS. Departamento de Odontologia Preventiva e Social. CEP: 90035-003. Porto Alegre/RS.

e-mail: dalvapadilha@via-rs.net

Julio Baldisserotto

Rua Ramiro Barcelos, 2492- Faculdade de Odontologia da UFRGS. Departamento de Odontologia Preventiva e Social. CEP: 90035-003. Porto Alegre/RS.

e-mail: bjulio@ghc.com.br