

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LILIANE BRAGA MONTEIRO DOS REIS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL, RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM SEQUELAS APARENTES DE
CIRURGIA ONCOLÓGICA NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO**

Goiânia

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Liliane Braga Monteiro dos Reis

Título do trabalho: Associação entre bem-estar psicossocial, religiosidade e espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 20 / 01 / 2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LILIANE BRAGA MONTEIRO DOS REIS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR PSICOSSOCIAL, RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM SEQUELAS APARENTES DE
CIRURGIA ONCOLÓGICA NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO**

Tese apresentada para obtenção do título de
Doutor ao Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Goiás, área de
concentração Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Saúde Bucal Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo
Matias Freire

Co-orientador: Prof. Dr Cláudio Rodrigues
Leles

Goiânia

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Reis, Liliane Braga Monteiro dos

Associação entre bem-estar psicossocial, religiosidade e espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço [manuscrito] / Liliane Braga Monteiro dos Reis. - 2016.

173 f.: il.

Orientador: Prof. Maria do Carmo Matias Freire; co-orientador Cláudio Rodrigues Leles.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia (FO), Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Neoplasias de Cabeça e Pescoço. 2. Qualidade de Vida. 3. Autoimagem. 4. Religião. 5. Espiritualidade. I. Freire, Maria do Carmo Matias, orient. II. Título.

CDU 616.314

Ministério da Educação
Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Ata de Defesa de Tese número 006

Aos **vinte dias do mês de dezembro de 2016**, às 08:00 horas, reuniu-se na sala 62 da Faculdade de Odontologia, a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Tese de **Liliane Braga Monteiro dos Reis**, intitulada: “Associação entre bem-estar psicossocial, religiosidade e espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço”, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de **Doutora em Odontologia**, área de concentração **Clínica Odontológica**. Inicialmente, Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Matias Freire apresentou a Comissão Examinadora da qual é presidente, e concedeu a palavra à candidata, para exposição de sua tese em cinquenta minutos. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra aos examinadores, os quais passaram a arguir a candidata conforme os termos regimentais. Finalizada a arguição, a Comissão expressou seu Julgamento conforme abaixo:

Comissão Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Matias Freire - Presidente
Prof^ª. Dr^ª. Rejane Faria Ribeiro-Rotta - Membro
Prof^ª. Dr^ª. Nádia do Lago Costa- Membro
Prof^ª. Dr^ª. Nusa de Almeida Silveira - Membro
Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Nunes- Membro

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada
Julgue - Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Examinadora considerou a candidata Liliane Braga Monteiro dos Reis

☒ Aprovada – A candidata deverá fazer as modificações eventualmente sugeridas e apresentar a versão definitiva à Coordenadoria do Programa em no máximo trinta (30) dias após a defesa (artigo 57 da Resolução CEPEC 1136/2013 que regulamenta este Programa).

() Reprovada – A candidata () poderá () não poderá submeter-se a outra defesa em um prazo de dias (mínimo 30, máximo 90 dias) (artigo 55, parágrafo 2º, Resolução CEPEC 1136/2013).

Alteração de título da tese? ☒ Não () Sim, para

Outras observações da Comissão Examinadora (se necessário):

Nada mais havendo a tratar eu, Gláucia Terra e Silva, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, lavrei a presente ata que segue assinada pelos membros da Comissão Examinadora, pela candidata e por mim.

Comissão Examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Maria do Carmo Matias Freire - Presidente

Prof.^a. Dr.^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta - Membro

Prof.^a. Dr.^a. Nádia do Lago Costa - Membro

Prof.^a. Dr.^a. Nusa de Almeida Silveira - Membro *Nusa*

Prof.^a. Dr.^a. Maria de Fátima Nunes - Membro

Candidata

Liliane Braga Monteiro dos Reis *Liliane*

Secretária

Gláucia Terra e Silva *Gláucia Terra e Silva*

Assinatura

Matias Freire
Rejane Faria Ribeiro-Rotta
Nádia do Lago Costa
Nusa
Maria de Fátima Nunes

Ata homologada em reunião da Coordenadoria de Pós-Graduação em ____/____/____
Assinatura do Coordenador do Programa:

Dedico ao meu filho Lucas que iniciou sua formação profissional na área da saúde, com o desejo de que o seu caminho seja trilhado com dedicação, ética e muito amor. Que você também seja um “médico de homens e de almas”.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela oportunidade do conhecimento e pelo amparo que sempre esteve comigo. Que eu possa ser digna de tudo o que aprendi e cumprir a tarefa docente, ou onde estiver, um pouco melhor, com a certeza de que o conhecimento é infinito e não se encerra aqui.

Agradeço ao Agostinho, companheiro incansável de todos os momentos e ao filho Lucas pelo incentivo, compreensão e paciência nos momentos de ausência. À nossa querida Bella (nossa Poodle) que me fez companhia nos dias e nas madrugadas de estudo, como uma fiel cão de guarda.

Agradeço à família querida pelo constante apoio. Meus pais amados Jonas e Nilce, meus irmãos queridos Gilcélio, Denise, Regis e Ricardo, minha avó Maria e meu avó Vicente que estiveram sempre comigo, nos dois planos da vida. Em especial, o Tio-pai Gil, e à prima-irmã Márcia que muito me ajudaram com suas vibrações de força, coragem e com a prescrição dos Florais de Bach, relevantes na sustentação emocional.

Pela honra de poder trabalhar com a professora Maria do Carmo, agora eterna orientadora, agradeço especialmente. Saiba que desejei trabalhar com você, porque queria aprender um pouco do seu universo, que muito admiro. Teremos, ainda, muito trabalho pela frente!

Não posso esquecer algumas pessoas especiais na minha caminhada, aos professores Paulo e Luciane, pelo incentivo, à amiga Lila Louise pela força e a todos aqueles, que de alguma forma, me ajudaram, seja na divisão de tarefas na docência, seja nas palavras de ânimo e carinho.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás e ao Programa de Pós Graduação, por meio dos seus professores, em especial à saúde coletiva, que abriram as portas para o universo do conhecimento desde o período de estágio, na chegada a Goiânia, no Mestrado e agora o Doutorado.

Aos professores Cláudio Leles e Elismauro, ao colega Túlio e à acadêmica Marina, pela ajuda e oportunidade de desenvolver o tema.

Aos pacientes, participantes da pesquisa, sem os quais não teria feito este estudo, muito obrigada. Que eles saibam que cada lágrima derramada, cada palavra de carinho ou queixa e cada “sorriso” que me deram, foi um aprendizado. Assim como toda a equipe da odontologia, fonoaudiologia, médica e secretárias Paula e Gorete, pela paciência com a minha presença durante um ano dentro do Hospital Araújo Jorge.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), por incentivar e apoiar a pesquisa no estado, e em particular, por acreditar na minha proposta (Processo nº 201510267000889, chamada/ano 04/2015).

A todos vocês e muitos outros não citados nominalmente aqui, minha eterna gratidão.

Tente Outra Vez
Raul Seixas

Veja!
Não diga que a canção
Está perdida
Tenha fé em Deus
Tenha fé na vida
Tente outra vez!
Beba! (Beba!)
Pois a água viva
Ainda tá na fonte
(Tente outra vez!)
Você tem dois pés
Para cruzar a ponte
Nada acabou!
Não! Não! Não!
Oh! Oh! Oh! Oh!
Tente!
Levante sua mão sedenta
E recomece a andar
Não pense
Que a cabeça aguenta
Se você parar
Não! Não! Não!
Não! Não! Não!
Há uma voz que canta
Uma voz que dança
Uma voz que gira
(Gira!)
Bailando no ar
Uh! Uh! Uh!
Queira! (Queira!)
Basta ser sincero
E desejar profundo
Você será capaz
De sacudir o mundo
Vai!
Tente outra vez!
Humrum!
Tente! (Tente!)
E não diga
Que a vitória está perdida
Se é de batalhas
Que se vive a vida
Han!
Tente outra vez!

RESUMO

O tratamento do câncer localizado na região de cabeça e pescoço inclui diferentes intervenções terapêuticas de acordo com o estadiamento do tumor, e a abordagem cirúrgica pode culminar em sequelas consideráveis e alterações biopsicossociais nos indivíduos. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre o bem-estar psicossocial e religiosidade / espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. Foi realizado um estudo transversal em 202 adultos de um centro de referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste brasileiro. Foram coletados dados sociodemográficos e condições de comportamento em saúde e psicossociais, por meio de entrevistas, exame clínico e busca nos prontuários. As variáveis dependentes relacionadas ao bem-estar psicossocial foram: qualidade de vida (QV), avaliada por meio dos instrumentos *Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck* (FACT-HN) e Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington para pacientes com câncer de cabeça e pescoço (UW-QOL); e autopercepção da aparência, avaliada por meio da Escala de Aparência de Derriford 24 (DAS24). As variáveis independentes explicativas foram: religiosidade, avaliada por meio do Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) e espiritualidade, com o instrumento *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp12). Os dados foram analisados por meio do teste Qui-quadrado e regressão de Poisson com variância robusta. O escore médio da QV (FACT-HN) foi de 97,9 (dp=20,1) e da QV (UW-QOL) foi de 744,6 (dp=228,0). O escore médio total da autopercepção da aparência foi de 36,0 (dp=11,7). A religiosidade apresentou um escore médio de 21,6 (dp=5,0) e a espiritualidade 35,5 (dp=7,5). Nas análises bivariadas, as variáveis religiosidade e espiritualidade foram individualmente associadas à QV avaliada pelo instrumento FACT-HN, enquanto que apenas a variável religiosidade foi associada à QV avaliada pelo UW-QOL, e apenas a espiritualidade foi associada à autopercepção da aparência. No modelo final da regressão de Poisson, após ajuste pelas características clínicas e sociodemográficas e de comportamentos em saúde, as variáveis associadas à QV (FACT-HN) alta foram: religiosidade e espiritualidade alta, sexo masculino e tempo de cirurgia igual ou maior a dois anos. As associadas à QV (UW-QOL) alta foram: religiosidade alta, sítios do câncer exceto na cavidade oral e orofaringe, tipos do câncer exceto os espinocelular e basocelular, local da sequela exceto nos terços inferior/cervical e apenas cirurgia como tratamento. As variáveis associadas à melhor autopercepção da aparência foram: espiritualidade alta, estágio T da lesão (T1+T2), sítio do câncer exceto orofaringe e apenas

cirurgia como tratamento. Conclui-se que houve associação entre QV, religiosidade e espiritualidade e entre autopercepção da aparência e espiritualidade, independente de variáveis sociodemográficas, condições clínicas e comportamentos em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Oncologia. Qualidade de Vida. Autoimagem. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN PSYCHOSOCIAL WELL-BEING, RELIGIOUSITY AND SPIRITUALITY IN PATIENTS WITH APPROACHING SEQUELS OF ONCOLOGICAL SURGERY IN THE HEAD AND NECK REGION

Treatment of cancer located in the head and neck region includes different therapeutic interventions according to the staging of the tumor, and the surgical approach may culminate in considerable sequelae and biopsychosocial changes in individuals. The objective of this study was to investigate the association between psychosocial well-being and religiosity / spirituality in patients with apparent sequelae of oncologic surgery in the head and neck region. A cross-sectional study was conducted in 202 adults at a referral center for cancer treatment in the Midwest Brazil. Sociodemographic, health and health related behaviours and psychosocial data were collected through interviews, clinical exams and search of medical records. The variables related to psychosocial well-being were: quality of life (QOL), using the Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck (FACT-HN) and the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer (UW-QOL); and self-perception of appearance, assessed by the Derriford Appearance Scale 24 (DAS24). The explanatory independent variables were: religiosity, evaluated through the Duke University's Index of Religiosity (DUREL) and spirituality, with the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp12). Data were analyzed using the Chi-square test and Poisson regression with robust variance. The mean QOL score (FACT-HN) was 97.9 (SD=20.1) and the QOL (UW-QOL) was 744.6 (SD=228.0). The mean total self-perception score was 36.0 (SD=11.7). Religiousness had a mean score of 21.6 (SD=5.0) and spirituality 35.5 (SD=7.5). In the bivariate analyzes, the variables religiousness and spirituality were individually associated with the QOL evaluated by the FACT-HN instrument, while only religiosity was associated with the QV evaluated by the UW-QOL and only spirituality was associated with self-perception of appearance. In the final model of Poisson regression, after adjusting for clinical, sociodemographic characteristics and health behaviors, the variables associated with high QOL (FACT-HN) were: high religiosity and spirituality, male sex and surgery time equal to or greater than two years. Those associated with high QV (UW-QOL) were: high religiosity, cancer sites except oral cavity and oropharynx, types of cancer except squamous cell and basal cell, site of sequelae except the lower / cervical thirds and only surgery as treatment. The variables

associated with the best self-perception of appearance were high spirituality, stage T of the lesion (T1+T2), cancer site except oropharynx and only surgery as treatment. It was concluded that there is an association between QOL, religiosity and spirituality and between self-perception of appearance and spirituality, regardless of sociodemographic variables, clinical conditions and health behaviors.

Key words: Head and Neck Neoplasms. Medical Oncology. Quality of Life. Self-Concept. Religion. Spirituality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os principais locais anatômicos dentro da cabeça e pescoço	28
Figura 2 – Como usar a classificação TNM	32
Figura 3 – Modelo de qualidade de vida para sobreviventes do câncer	43
Figura 4 – Modelo hipotético da relação entre as variáveis dependentes e as independentes explicativas e possíveis confundidoras no presente estudo	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estimativa de casos novos e mortes no mundo em 2012 por sexo e nível de desenvolvimento econômico para o câncer de cabeça e pescoço.....	28
Quadro 2 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Lábio, cavidade oral	34
Quadro 3 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Faringe.....	34
Quadro 4 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Nasofaringe	35
Quadro 5 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Laringe	35
Quadro 6 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Cavidade Nasal e Seios Paranasais.....	37
Quadro 7 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Glândulas Salivares	38
Quadro 8 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Glândula Tireoide	38
Quadro 9 – Resumo esquemático da classificação TNM para o Carcinoma de Pele	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACCG	Associação de Combate ao Câncer de Goiás
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAM	<i>Complementary and alternative medicine</i> – Medicina alternativa e complementar
CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço
CEP-UFG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
CRE	<i>Coping</i> (enfrentamento) Religioso-Espiritual
DAS24	<i>Derriford Appearance Scale</i> – Escala de Aparência de Derriford 24 itens
DAS59	<i>Derriford Appearance Scale</i> – Escala de Aparência de Derriford 59 itens
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i> (material genético)
DUREL	Índice de Religiosidade da Universidade Duke
FACIT	<i>Functional Assessment Chronic Illness Therapy</i> - Avaliação Funcional Terapia de Doença Crônica
FACIT-Sp12	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale</i> – Avaliação Funcional da Terapia de Doença Crônica – Escala de Bem-Estar Espiritual
FACT-G	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy – General</i> – Avaliação funcional da terapia do câncer - Geral
FACT-HN	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck</i> – Avaliação Funcional da Terapia do Câncer de Cabeça e Pescoço
GLOBOCAN	<i>Global Cancer Statistics</i>
HAI	Hospital Araújo Jorge
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i> - Vírus do Papiloma Humano
IBM-SPSS	<i>International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MT	Medicina tradicional
OMS	Organização Mundial da Saúde

QV	Qualidade de vida
R / E	Religiosidade e espiritualidade
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RI	Religiosidade intrínseca
RNO	Religiosidade não organizacional
RO	Religiosidade organizacional
RP	Razão de prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	<i>Traditional medicine</i> – Medicina tradicional
TNM	Padrão internacionalmente aceito para o estadiamento do câncer
UFG	Universidade Federal de Goiás
UICC	<i>International Union Against Cancer</i> – União Internacional Contra o Câncer
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UW-QOL	<i>University of Washington Quality of life Questionnaire</i> – Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington para pacientes com câncer de cabeça e pescoço
WHO	<i>World Health Organization</i> – Organização Mundial da Saúde
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i> – Grupo Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1	CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	27
2.1.1.	Aspectos epidemiológicos e fatores de risco do câncer de cabeça e pescoço	27
2.1.2	Tratamento e sequelas	39
2.2	QUALIDADE DE VIDA	40
2.2.1	Definição / Conceitos	40
2.2.2	Qualidade de vida e câncer	41
2.2.3	Qualidade de vida e câncer de cabeça e pescoço	44
2.3	AUTOPERCEPÇÃO DA APARÊNCIA	49
2.3.1	Conceito	49
2.3.2	Autopercepção da aparência em pacientes com câncer de cabeça e pescoço	50
2.4	RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE	51
2.4.1	Conceito	51
2.4.2	Religiosidade / Espiritualidade relacionada à saúde	53
2.4.3	Religiosidade / Espiritualidade relacionada ao câncer	55
2.4.4	Religiosidade / Espiritualidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço	57
3	OBJETIVOS	59
3.1	OBJETIVO GERAL	59
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4	HIPÓTESES	61
5	MÉTODOS	63
5.1	DESENHO DO ESTUDO	63
5.2	LOCAL DE ESTUDO E CONTEXTO	63
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	64
5.4	AMOSTRA	64
5.4.1	Critérios de inclusão	64
5.4.2	Critérios de exclusão	64
5.4.3	Método de amostragem	64
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	65
5.6	INSTRUMENTOS DE PESQUISA	65
5.6.1	Formulário para coleta de dados nos prontuários dos pacientes	66

5.6.2	Formulário clínico de avaliação da sequela da cirurgia	66
5.6.3	Formulário de entrevista	66
5.7	ESTUDO PILOTO.....	70
5.8	COLETA DE DADOS.....	70
5.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	71
6	ARTIGOS.....	73
6.1	ARTIGO 1 – A ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva.....	74
6.2	ARTIGO 2 – A ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública	99
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS.....	119
	ANEXOS.....	131
	APÊNDICES	159

1 INTRODUÇÃO

Acreditar que a religiosidade e espiritualidade influenciam a forma como as pessoas lidam com o processo saúde-doença ou com as sequelas resultantes de um tratamento foi o primeiro passo para a aproximação com o tema. Mas, como simplesmente acreditar se a razão solicita da ciência uma comprovação? Por que não unir fé e ciência e ter como resultado evidências que possam orientar profissionais, pacientes e serviços de saúde em suas condutas e modos de agir e/ou reagir diante dos desafios?

O cirurgião-dentista, juntamente com a equipe oncológica, tem um importante papel frente ao câncer de cabeça e pescoço (CCP) em três principais frentes: prevenção primária, diagnóstico precoce e, após, o diagnóstico e tratamento. Estas implicam em ações de promoção e educação em saúde relacionadas aos fatores de risco, monitoramento das populações de risco, atenção às lesões bucais, realização de biópsias das lesões suspeitas e prevenção de complicações originadas do tratamento, monitoramento de recorrências, metástases ou outras alterações, reabilitação e apoio aos pacientes e seus familiares frente ao estresse causado pela doença (OLIVEIRA; ODELL, 2000).

O primeiro passo para o tratamento do câncer é o diagnóstico, seguido da classificação do estadiamento, no qual os principais objetivos são: ajudar na escolha da terapia e prognóstico. Deve-se buscar a cura, prolongamento da vida e melhoria da qualidade de vida. Pode envolver cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal ou alguma combinação destes (WHO, 2002).

Dependendo do estadiamento do tumor na região de cabeça e pescoço, as intervenções cirúrgicas podem causar grandes ressecções do maciço facial. Porém, os pacientes que sobrevivem e se tornam livres do câncer, têm as suas aparências alteradas e/ou sequelas, além de alterações fisiológicas e psicossociais (ALVES, 2016; BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009; DJAN; PENINGTON, 2013; MACHADO et al., 2009; ONAKOYA et al., 2006).

Os indivíduos com algum tipo de deformidade na região facial apresentam maior risco de desenvolver depressão, afetando profundamente sua qualidade de vida (QV) (ALVES, 2016; MENDES; FIGUEIRAS, 2013; RHOTEN; MURPHY; RIDNER, 2013; VALENTE, 2009; VALENTE; SAUNDERS, 1997).

A QV e a autopercepção da aparência foram variáveis psicossociais consideradas neste estudo. A autopercepção da aparência é aqui entendida como uma medida de angústia e disfunção sobre questões da imagem física, sendo importante clinicamente para que os

profissionais possam obter uma melhor compreensão do nível de sofrimento em que se encontra o paciente a fim de orientar a sua tomada de decisão clínica, bem como para investigar os processos que contribuem para melhorar esses problemas (CARR; MOSS; HARRIS, 2005).

A natureza do CCP e seu tratamento requerem estudos relacionados a variáveis psicossociais dos pacientes, com o propósito de dar suporte à população envolvida em relação às formas de como enfrentar o processo saúde-doença (LIST et al., 1996; MURPHY et al., 2007; SHERMAN; SIMONTON, 2010).

Entre os fatores psicossociais estudados estão àqueles relacionados à religiosidade e espiritualidade. Religião envolve crenças, práticas observadas por uma comunidade, apoiada por rituais relacionados com o sagrado (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Espiritualidade engloba um conceito particular que cada indivíduo define para si mesmo. É uma busca pessoal de respostas às questões fundamentais sobre a vida, seu significado e sobre o relacionamento com o sagrado ou o transcendente, não necessariamente vinculada à uma seita religiosa (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Muito se tem pesquisado sobre religiosidade e espiritualidade e condições de saúde. Exemplos são os estudos sobre o sistema cardiovascular, cerebrovascular, doença de Alzheimer e demência, depressão, suicídio, estresse, desordens da ansiedade, uso de álcool e drogas, sistema imunológico, endócrino, funcionamento físico, dor e sintomas somáticos e câncer (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Geralmente, estudos têm achado relação positiva entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Pessoas religiosas vivenciam melhor a saúde mental, adaptam-se com mais sucesso ao estresse, são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais saudáveis e requerem menos assistência à saúde (KOENIG, 2012; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Em revisão de literatura, foram identificadas associações positivas ou aumento de funções imunológicas (KOENIG, 2012). Quanto maior a religiosidade e espiritualidade, menor a depressão (ANYFANTAKIS et al., 2015). Meditação e oração foram associadas a: diminuição da pressão arterial, aumento do funcionamento do sistema imunológico, aumento da variabilidade da frequência cardíaca e sensação de calma e relaxamento (VISSER; GARSEN; VINGERHOETS, 2010). Religiosidade e espiritualidade têm sido associadas a: melhores resultados de saúde, maior longevidade, habilidades de enfrentamento e qualidade de vida, menor ansiedade, depressão e suicídio (MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001).

Há também pesquisas que analisaram a influência entre a religião e saúde bucal. Ao avaliar a relação entre efeitos da vizinhança e a gravidade de cárie dentária, identificou-se que

moradores da região com um alto número de igrejas foram associados a baixos níveis de cárie, assim como cuidadores com maior envolvimento religioso tinham menos superfícies de dentes não tratados (TELLEZ et al., 2006). A associação protetora entre religiosidade e autocuidado em saúde bucal foi identificada em adultos que frequentavam regularmente a igreja, na qual foram menos propensos a relatar saúde bucal regular ou ruim (FINLAYSON et al., 2010). Frequentar reuniões religiosas foi positivamente associado a comportamentos protetores de saúde bucal em escolares de 15 anos, como o motivo para a visita ao cirurgião-dentista e a importância dada ao cuidado com os dentes (JORDÃO et al., 2014). Em outro estudo, escolares de 12 anos que nunca ou quase nunca assistiam a reuniões religiosas apresentavam níveis significativamente mais elevados de sangramento gengival do que seus homólogos (TOMAZONI et al., 2016).

Estudos que investigaram religiosidade em pacientes com câncer indicam associações positivas, como a prece, enquanto estratégia eficiente na redução da ansiedade e pressão arterial (CARVALHO et al., 2014), assim como a ansiedade e depressão foram associadas a menor religiosidade (NG et al., 2016). Em revisão crítica da literatura, a maioria dos estudos mostraram associações positivas entre oração e bem-estar em pacientes hospitalizados, dentre estes, pacientes com câncer (HOLLYWELL; WALKER, 2009).

Poucos estudos investigaram religiosidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os resultados mostram associações positivas. O uso de práticas de medicina alternativa e complementar e medicina tradicional (imposição espiritual das mãos) ocorreram com maior frequência em pacientes que possuíam fortes crenças religiosas, resultando no aumento da capacidade do corpo para combater o câncer e neutralizar os efeitos nocivos do tratamento. (AMIN et al., 2010). Pacientes crentes, quando comparados com os pacientes não crentes, sentiram-se melhores antes, durante, imediatamente após e seis semanas após o tratamento radioterápico (BECKER et al., 2006).

Especificamente em pacientes com câncer de boca, aqueles sem crença religiosa relataram maior necessidade de cuidados de suporte (CHEN et al., 2010; CHEN et al., 2013). E pacientes com crença religiosa apresentaram aumento de sobrevida e melhor prognóstico (WONG et al., 2006).

Associação positiva entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com câncer tem sido demonstrada em estudos originais (BRADY et al., 1999; COTTON et al., 1999; DAPUETO et al., 2005; JOHNSON et al., 2007; KRUPSKI et al., 2006) e em revisões sistemáticas da literatura (BAI; LAZENBY, 2015; LEWIS et al., 2014). Porém, não foram

encontrados estudos que investigaram religiosidade ou espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

Estudos sobre fatores que melhorem a QV em pacientes com CCP proporcionam dados clinicamente significativos para a intervenção profissional (LIST et al., 1996; MURPHY et al., 2007; SHERMAN; SIMONTON, 2010).

Ao considerar a dimensão espiritual do paciente, o profissional da saúde se aproxima do mesmo, possibilitando um melhor impacto terapêutico das intervenções terapêuticas (D'SOUZA, 2007).

A necessidade da produção de conhecimento nessa área pode ser justificada pela relevância do tema nas sociedades humanas (FARIAS; SEIDL, 2005), a exemplo da brasileira em que, aproximadamente, 92% da população declara ter uma religião, segundo o censo demográfico de 2010 (BRASIL, 2012). Ressalta-se, ainda, a importância de realizar pesquisas que investiguem a interface entre religiosidade/espiritualidade e saúde em diversos contextos sociais, já que características socioculturais englobam aspectos religiosos muito particulares, o que certamente leva a resultados distintos dos encontrados entre diferentes culturas. (FARIAS; SEIDL, 2005).

Há uma lacuna na literatura relacionando religiosidade e a espiritualidade em indivíduos com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. Diante desse panorama, este estudo buscou responder a seguinte questão: A religiosidade ou a espiritualidade podem influenciar na QV ou na autopercepção da aparência das pessoas com deformidade facial resultante do tratamento para o CCP?

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam possibilitar suporte à população envolvida, por meio de estratégias de como enfrentar, da melhor forma, o processo saúde-doença.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi dividido em quatro partes com o objetivo de fornecer informações sobre os principais temas relacionados ao presente estudo. O item 2.1 aborda a doença câncer e dados epidemiológicos de sua ocorrência em diversos sítios na região de cabeça e pescoço e fatores de risco (2.1.1), seguido pelo item acerca do tratamento e sequelas (2.1.2). Considerando que o tratamento do CCP, em grande parte, interfere na QV dos pacientes, o item 2.2 aborda o tema QV, apresentando o que a ciência já identificou sobre essa relação, subdividindo-se em três partes: o item 2.2.1 aborda conceitos, 2.2.2 descreve resultados de pesquisas que relacionam QV e câncer e, na terceira parte, o item 2.2.3 relata resultados de pesquisas que relacionam QV e CCP. O item 2.3 aproxima-se da segunda variável de desfecho deste trabalho, a autopercepção da aparência, dividida em duas partes: conceito e relevância (2.3.1) e autopercepção da aparência em pacientes com CCP (2.3.2). Por fim, o item 2.4 aborda os aspectos psicossociais da religiosidade e espiritualidade, subdividindo-o em três partes: a primeira, item 2.4.1, refere-se à conceituação dos termos; na segunda parte, item 2.4.2, aborda os termos em relação à saúde, e o item 2.4.3 descreve estudos que relacionam o câncer de vários tipos com religiosidade e espiritualidade (R / E). Por fim, o item 2.4.4 apresenta estudos sobre o CCP e a R / E.

2.1 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

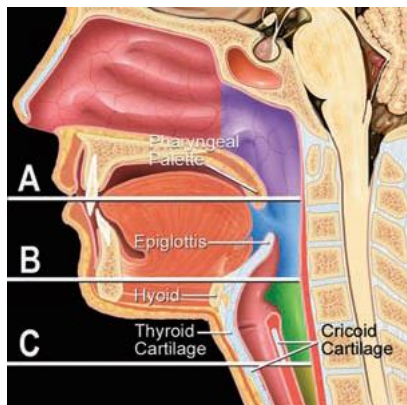
2.1.1. Aspectos epidemiológicos e fatores de risco do câncer de cabeça e pescoço

O câncer constitui uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte, com tendência a aumentar devido ao crescimento e envelhecimento da população e pela adoção de comportamentos de risco, como o tabagismo, má alimentação, sedentarismo e alterações nos padrões reprodutivos (incluindo paridade baixa e idade avançada no primeiro nascimento) associados à urbanização e ao desenvolvimento econômico. Os países menos desenvolvidos são responsáveis por 57% dos casos e 65% das mortes por câncer em todo o mundo (TORRE, 2015).

A neoplasia maligna da cabeça e pescoço não é uma entidade única, mas engloba uma ampla gama de tumores malignos que surgem de muitas estruturas diversas e complexas nessa região do corpo (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009). Os cânceres de localização na cabeça e pescoço são aqueles que envolvem a cavidade oral, faringe (orofaringe, nasofaringe,

hipofaringe) e laringe (Figura 1). Outros tumores que se desenvolvem nessa área (trato nasossinusal e glândulas salivares) são relativamente incomuns (WHO, 2014).

Figura 1 – Os principais locais anatômicos dentro da cabeça e pescoço



Fonte: WHO (2014, p.442)

Cavidade, nasofaringe (A, roxo), cavidade oral, orofaringe (B, azul), laringe e hipofaringe (C, verde). A faringe é dividida usando a junção entre o palato duro e o palato mole como o início da nasofaringe. A superfície inferior do palato mole, úvula, base da língua, amígdalas e pilares tonsilares dentro da orofaringe. E a hipofaringe que se estende desde a borda superior do osso hioide até a borda inferior da cartilagem cricoide.

Baseado nas estimativas do *Global Cancer Statistics* (GLOBOCAN) para 2012, no que se refere ao CCP, o câncer de lábio, cavidade oral está em 8º lugar em estimativa de incidência para homens e, em 10º, em estimativa de mortalidade em países em desenvolvimento. O câncer de tireoide está em 8º lugar no mundo, 7º em países desenvolvidos e em 9º, em países em desenvolvimento para as estimativas de incidência para mulheres, conforme descrito na Tabela 1 (TORRE, 2015).

Quadro 1 – Estimativa de casos novos e mortes no mundo em 2012 por sexo e nível de desenvolvimento econômico para o câncer de cabeça e pescoço

	Estimativa de incidência		Estimativa de mortalidade	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Mundo	Não aparecem entre os 10 primeiros	8º Tireoide 229.100	Não aparecem entre os 10 primeiros	Não aparecem entre os 10 primeiros
Países desenvolvidos	Não aparecem entre os 10 primeiros	7º Tireoide 93.100	Não aparecem entre os 10 primeiros	Não aparecem entre os 10 primeiros
Países em desenvolvimento	8º Lábio, cavidade oral 130.900	9º Tireoide 136.800	10º Lábio, cavidade oral 74.500	Não aparecem entre os 10 primeiros

Fonte: Torre et al. (2015, p.90)

O câncer de boca tem altas taxas de incidência na Europa Ocidental, Índia, África do Sul e Austrália. Há uma elevada incidência de câncer de cavidade oral no sexo masculino na França, enquanto que, no sexo feminino, a maior incidência é na Índia. Aumentos acentuados na incidência de câncer de boca e faringe foram relatados na Alemanha, Dinamarca, Escócia, Europa Central e Oriental. O câncer de nasofaringe tem altas taxas no sul da China e Hong Kong, taxas moderadas no Sudeste Asiático, Norte da África. O câncer de laringe tem taxas mais elevadas no Sul da Europa (França, Itália, Espanha), Europa Oriental (Rússia, Ucrânia), América do Sul e Ásia Ocidental. O câncer de tireoide tem taxas mais elevadas nos Estados Unidos da América e na Europa Ocidental, com alta incidência na Polinésia Francesa. A incidência de câncer de tireoide tem aumentado nos países em desenvolvimento, mas as taxas de mortalidade têm reduzido (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009).

No Brasil, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando 15,6% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2008, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma projeção de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer para o ano de 2030 em países em desenvolvimento. A estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, era de uma ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos, incluindo os de pele não melanoma. O número de casos novos para cada tipo de câncer foi calculado com base nas taxas de mortalidade dos estados e capitais brasileiras, e as taxas de incidência foram obtidas nas 23 cidades onde existem Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) (BRASIL, 2014).

Não é possível conhecer a magnitude real dos indicadores de morbidade, em função de não haver um sistema nacional de registro de câncer de base populacional no Brasil; e para fazer frente a essa dificuldade, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) trabalha com estimativas de incidência dos principais tipos de câncer para os dados nacionais (BIAZEVIC et al., 2013).

Com base nas publicações do INCA, a estimativa para 2014 era de 580 mil casos novos na população brasileira (BRASIL, 2014). Para 2016, as estimativas de casos novos para os mais prevalentes tipos de câncer na região de cabeça e pescoço nos dois sexos foram as seguintes: cavidade oral, 11.140 para o sexo masculino e 4.350 para o feminino (5º lugar em homens); glândula tireoide, 5.870 para o sexo feminino e 1.090 para o masculino (7º lugar para mulheres) (BRASIL, 2015).

Para o CCP de células escamosas, a relação homem: mulher varia de 2:1 a 15:1, dependendo da região anatômica e da localização geográfica. Para o câncer da tireoide, a relação é inversa com uma relação homem: mulher de 1:3. Essas grandes variações na incidência de tumores individuais em cada país e em todo o mundo podem ser devido a influências étnicas, industriais, ambientais e sociais (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009).

A maioria dos tumores da cavidade oral, laringe e hipofaringe são carcinomas de células escamosas que surgem das células escamosas que alinham esses espaços (WHO, 2014).

Com base em publicação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), serão descritos a seguir os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer na região de cabeça e pescoço:

Câncer da cavidade oral e da laringe e hipofaringe

O tabagismo e o consumo de álcool são considerados os principais fatores de risco para o CCP. Essas exposições representam o desenvolvimento de aproximadamente 80% desse câncer globalmente. O risco diminui após 10 anos de cessação do tabagismo, sendo menor para grupos que nunca fumaram. O consumo de álcool apresenta um forte efeito multiplicativo com o tabaco. Para o aumento do consumo de álcool, o risco relativo é maior para o carcinoma supraglótico e hipofaríngeo do que para o carcinoma glótico e subglótico. Há um risco maior de câncer faríngeo e oral relacionado ao número de anos de consumo excessivo de álcool. Há evidências de que o risco de câncer diminui com o tempo, caso ocorra interrupção do consumo de álcool. Os carcinomas orais e orofaríngeos também estão associados a uma má higiene bucal, ao consumo habitual de folhas de khat (planta nativa das áreas tropicais da África Oriental e da península Arábica), ao consumo de maconha e ao consumo de erva mate (utilizado como chá quente ou gelado, chimarrão ou tererê). O papiloma vírus humano (HPV) pode desempenhar um papel causador menor nos carcinomas laríngeos e orais. A doença de refluxo gastroesofágico está associada a um risco aumentado de carcinoma laríngeo, mas também pode atuar como um promotor quando o álcool e o tabaco são usados (WHO, 2014).

Câncer da orofaringe e base da língua

A infecção pelo HPV é uma das principais causas de câncer da orofaringe, amígdala e base da língua. Devido à taxa relativamente elevada de infecção por HPV em pessoas

sexualmente ativas (>50%), ocorreu um aumento significativo na incidência desse tipo de câncer nas últimas décadas. Esse aumento está correlacionado a mudanças nos hábitos sexuais, incluindo a prática do sexo oral, número de parceiros sexuais, a prática de sexo pré-marital e idades precoces da atividade sexual inicial, o que contribui para a probabilidade de infecção oral (WHO, 2014).

Câncer nasofaríngeo

Esse tipo de câncer possui uma forte associação com a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV), exposição ocupacional a poeiras de madeira e formaldeído, fumo de cigarro, exposição à radiação, consumo de alimentos em conserva ou salgados específicos, infecção por malária e predisposição genética (WHO, 2014).

Câncer de tireoide

O principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de tireóide é a exposição à radiação ionizante, especialmente quando isso ocorre durante a infância. Os dados indicam uma probabilidade muito alta de agregação familiar e, portanto, um forte componente genético (WHO, 2014).

Câncer de pele

Os fatores ambientais são os mais importantes no desenvolvimento e progressão do melanoma, incluindo idade, sexo, grau de exposição solar e localização anatômica, bem como a suscetibilidade individual. Além de fatores genéticos, a radiação ultravioleta da exposição ao sol também contribui para o desenvolvimento de melanoma. Além disso, os padrões de incidência específica de idade de melanoma em diferentes locais anatômicos em populações de pele clara mostram que os melanomas que surgem em locais do corpo expostos intermitentemente são significativamente mais comuns entre os adultos mais jovens e de meia-idade, enquanto os melanomas da cabeça e pescoço são mais comuns entre os idosos (WHO, 2014).

As duas neoplasias epiteliais malignas e as principais formas de câncer de pele não melanoma são os carcinomas de células basais e carcinomas de células escamosas e representam a grande maioria de todos os cânceres de pele. Entre os vários fatores de risco, a exposição solar é a causa ambiental mais reconhecida, especialmente no caso do carcinoma de células escamosas. A maioria dessas malignidades se desenvolve em locais expostos ao sol, especialmente na região da cabeça e pescoço (80%) (WHO, 2014).

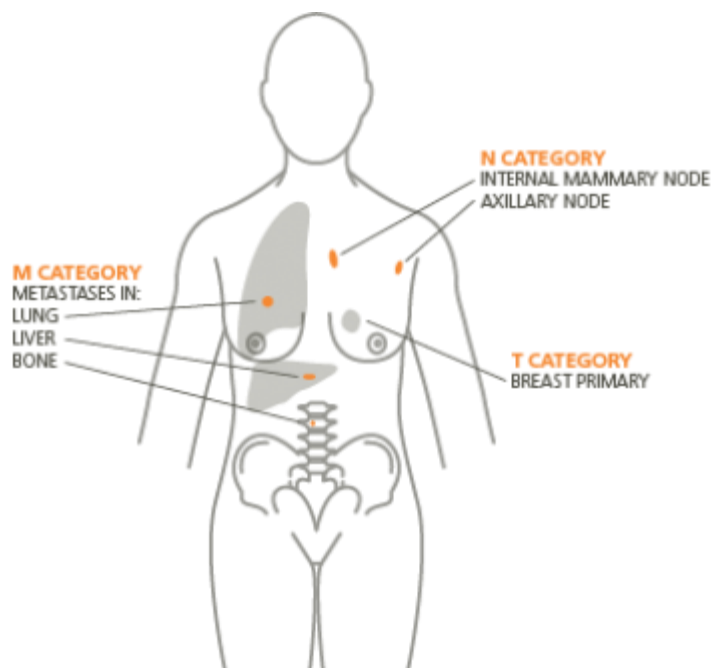
O principal determinante do tratamento e prognóstico apropriados é a classificação do câncer por extensão anatômica da doença. A União Internacional Contra o Câncer (UICC) publicou a classificação TNM – *Classification of Malignant Tumours*, que é o padrão internacionalmente aceito para o estadiamento do câncer (UICC, 2009).

Segundo a UICC, os objetivos da classificação TNM são os seguintes:

- Auxiliar no planejamento do tratamento;
- Fornecer uma indicação de prognóstico;
- Auxiliar na avaliação dos resultados do tratamento;
- Facilitar o intercâmbio de informações entre centros de tratamento;
- Contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano;
- Apoiar atividades de controle do câncer.

A classificação TNM é um sistema baseado em registros anatômicos do tumor primário, linfonodos regionais e presença ou ausência de metástase à distância. Cada aspecto individual da TNM é denominado de uma categoria (Figura 2) (UICC, 2016).

Figura 2 – Como usar a classificação TNM



Fonte: UICC (2016, p.1)

Categoria T descreve o local do tumor primário, **Categoria N** descreve o envolvimento de linfonodos regionais e **Categoria M** descreve a presença ou não de metástase à distância.

TNM – Classificação Clínica

As seguintes definições gerais são utilizadas (UICC, 2009):

T - Tumor Primário

TX	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1-T4	Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário

N - Linfonodos Regionais

NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais
N1-N3	Comprometimento crescente dos linfonodos regionais

M - Metástase à Distância*

M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância

* A categoria MX é considerada inadequada, uma vez que a avaliação clínica das metástases pode ser baseada apenas no exame físico. (O uso de MX pode resultar na exclusão de estadiamento).

A seguir, serão descritos quadros com resumo esquemático da classificação TNM para os principais sítios do câncer de cabeça e pescoço conforme proposto pela União Internacional Contra o Câncer. As definições completas devem ser sempre consultadas (UICC, 2009).

Quadro 2 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Lábio, cavidade oral

Lábio, cavidade oral	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 até 4 cm
T3	> 4 cm
T4a	<i>Lábio</i> : invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, pele <i>Cavidade oral</i> : invade cortical óssea, músculos profundos extrínsecos da língua, seios maxilares, pele
T4b	Espaço mastigador, lâminas pterigoides, base do crânio, artéria carótida interna
N1	Homolateral, único, < 3 cm
N2	(a) Homolateral, único, > 3 até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo, < 6 cm (c) Bilateral, contralateral, < 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.29)

Quadro 3 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Faringe

Faringe	
<i>Orofaringe</i>	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 até 4 cm
T3	> 4 cm
T4a	Laringe, músculos profundos/extrínsecos da língua, pterigoide medial, palato duro, mandíbula
T4b	Músculo pterigoide lateral, lâminas pterigoides, nasofaringe lateral, base do crânio, artéria carótida
<i>Hipofaringe</i>	
T1	≤ 2 cm e limitado a uma sub-localização anatômica
T2	> 2 até 4 cm ou mais de uma sub-localização anatômica
T3	> 4 cm ou com fixação na laringe
T4a	Cartilagem tireoide/cricoide, osso hioide, glândula tireoide, esôfago, compartimento central de partes moles
T4b	Fáscia pré-vertebral, artéria carótida, estruturas mediastinais
<i>Orofaringe e Hipofaringe</i>	
N1	Homolateral, único, ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único, > 3 cm até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo, ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.37)

Quadro 4 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Nasofaringe

Nasofaringe	
T1	Nasofaringe, orofaringe ou cavidade nasal
T2	Extensão parafaríngea
T3	Estruturas ósseas da base do crânio / seios paranasais
T4	Extensão intracraniana, nervos cranianos, hipofaringe, órbita, fossa infratemporal / espaço mastigador
N1	Unilateral cervical, gânglios linfáticos retrofaríngeos unilaterais ou bilaterais, acima da fossa supraclavicular, ≤ 6 cm
N2	Cervical bilateral acima da fossa supraclavicular ≤ 6 cm
N3a	> 6 cm
N3b	Fossa supraclavicular

Fonte: UICC (2009, p. 38)

Quadro 5 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Laringe

Laringe	
	<i>Supraglote</i>
T1	Uma sub-localização anatômica, mobilidade normal
T2	Mucosa de mais de uma sub-localização adjacente da supraglote ou da glote, ou de região adjacente fora da supraglote; sem fixação
T3	Fixação da corda, ou invasão da área pós-cricoide, tecidos pré-epiglóticos, espaço paraglótico, erosão da cartilagem tireoide
T4a	Toda a cartilagem tireoide; traquéia, partes moles do pescoço: músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, artéria carótida

(cont...)

Laringe (continuação)	
	Glote
T1	Limitado à(s) corda(s) vocal(is), mobilidade normal (a) uma corda (b) ambas as cordas
T2	Supraglote, subglote, mobilidade de corda vocal diminuída
T3	Fixação da corda, espaço paraglótico, erosão de cartilagem tireoide
T4a	Toda a cartilagem tireoide; traqueia; partes moles do pescoço: músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular; tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, artéria carótida
	Subglote
T1	Limitado à subglote
T2	Extensão à(s) corda(s) vocal(is) com mobilidade normal ou diminuída
T3	Fixação da corda vocal
T4a	Toda a cartilagem tireoide ou cricoide; traqueia, músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular, tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, artéria carótida
	Todas as localidades
N1	Homolateral, único ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único > 3 cm até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.44-45)

Quadro 6 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Cavidade Nasal e Seios Paranasais

Cavidade Nasal e Seios Paranasais	
	<i>Seio Maxilar</i>
T1	Mucosa
T2	Erosão/destruição óssea, palato duro, meato nasal médio
T3	Parede posterior do seio maxilar, tecidos subcutâneos, assoalho/parede medial da órbita, fossa pterigoide, seio(s) etmoidal(ais)
T4a	Órbita anterior, pele da bochecha, lâminas pterigoides, fossa infratemporal, lâmina cribriforme, seios esfenoidal/frontal
T4b	Ápice da órbita, dura-máter, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não seja o da divisão maxilar do trigêmeo V2, nasofaringe, clivus
	<i>Cavidade Nasal e Seio Etmoidal</i>
T1	Uma sub-localização anatômica
T2	Duas sub-localizações ou localização naso-etmoidal adjacente
T3	Parede medial/assoalho da órbita, seio maxilar, palato, lâmina cribriforme
T4a	Órbita anterior, pele do nariz/bochecha, fossa craniana anterior (mínimo), lâminas pterigoides, seios esfenoidal/ frontal
T4b	Ápice da órbita, duramater, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não seja o da divisão maxilar do trigêmeo V2, nasofaringe, clivus
	<i>Todas as localidades</i>
N1	Homolateral, único ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único > 3 cm até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.50)

Quadro 7 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Glândulas Salivares

Glândulas Salivares	
T1	≤ 2 cm, sem extensão extraparenquimatosa
T2	> 2 cm até 4 cm, sem extensão extraparenquimatosa
T3	> 4 cm e/ou extensão extraparenquimatosa
T4a	Pele, mandíbula, canal auditivo, nervo facial
T4b	Base do crânio, lâminas pterigoides, artéria carótida
N1	Homolateral, único ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único, > 3 cm até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo, ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.57)

Quadro 8 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de Glândula Tireoide

Glândula Tireoide	
<i>Carcinomas papilífero, folicular e medular</i>	
T1	≤ 2 cm intratireoidiano
T2	> 2 cm até 4 cm intratireoidiano
T3	> 4 cm ou com extensão mínima
T4a	Subcutâneo, laringe, traqueia, esôfago, nervo laríngeo recorrente
T4b	Fáscia pré-vertebral, vasos mediastinais, artéria carótida
<i>Carcinoma anaplásico/ indiferenciado</i>	
T4a	Tumor limitado à tireoide
T4b	Tumor além da cápsula da tireoide
<i>Todos os tipos</i>	
N1a	Nível VI
N1b	Outras regiões

Fonte: UICC (2009, p.62)

Quadro 9 – Resumo esquemático da classificação TNM para o Carcinoma de Pele

Carcinoma de Pele	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 cm
T3	Estruturas profundas
T4	Base de crânio, esqueleto axial
N1	Simples, ≤ 3 cm
N2	Simples, > 3 cm a 6 cm e Múltiplo, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: UICC (2009, p.168)

O câncer tem sido considerado uma doença crônica não transmissível por uma série de fatores. Dentre eles, a alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, refletindo na modificação nos padrões do processo saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005; PETERS et al., 2016).

Além disso, hoje, o câncer é curável, quando detectado precocemente. A definição de sobrevivência foi ampliada, com o objetivo de transformar a cultura de comportamento de paciente passivo, vitimado devido à doença em outro mais proativo, poderoso e esperançoso no enfrentamento da doença. O termo sobrevivência tem diversos sentidos/significados, e depende do ponto de vista do profissional, paciente e família. Sobrevivência é descrito em relação aos atos para manter-se vivo, não importa o que aconteça. Inicia-se quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer, e se estende para toda a vida. É uma experiência de viver com ou além do câncer (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

2.1.2 Tratamento e sequelas

A radioterapia, quimioterapia, cirurgia e várias combinações dessas três modalidades terapêuticas compreendem o tratamento para o CCP, e a escolha dependerá, dentre outros fatores, da localização do tumor, do estadiamento, da classificação histopatológica, e de outros fatores (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009; CARPER, 2009; MACHADO et al., 2009; ONAKOYA et al., 2006).

Em pacientes com CCP, existem questões relacionadas a cuidados complexos e que devem ser objeto de uma abordagem multidisciplinar. A doença e sua progressão podem alterar drasticamente a aparência do paciente, bem como modalidades sensoriais relacionadas à visão, olfato, paladar e audição e funções vitais de respiração, mastigação, deglutição e fonação. Com tais mudanças físicas e funcionais, vem o trauma emocional de reintegração na vida cotidiana durante e após o tratamento, que acabam refletindo na QV do paciente. O bem-estar físico, social e psicológico é afetado pela desfiguração e disfunção decorrente da doença e seu tratamento (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009; CARPER, 2009; MACHADO et al., 2009; MELO FILHO et al., 2013; ONAKOYA et al., 2006; TINNE et al., 2009; VARTANIAN et al., 2007). Os indivíduos com algum tipo de desfiguramento na região facial

apresentam maior risco para desenvolver depressão (VALENTE, 2009; VALENTE; SAUNDERS, 1997).

O tratamento cirúrgico prolonga o tempo de sobrevivência, mas é cada vez mais reconhecido que esses ganhos acabam levando a uma perda substancial na QV devido à deformidade e às perdas funcionais (ALVES, 2016; BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009; DJAN; PENINGTON, 2013; MACHADO et al., 2009; ONAKOYA et al., 2006; PARISE JÚNIOR, 2000; VARTANIAN et al., 2007).

As intervenções cirúrgicas em pessoas que nasceram com deformidades faciais fazem com que fiquem cada vez mais satisfeitas, pois se distanciam da imagem anterior e aproximam-se de uma imagem considerada normal e idealizada. Porém, as intervenções cirúrgicas que modificam o rosto de forma rápida levam as pessoas a ficarem cada vez mais insatisfeitas, pois vão se distanciando da imagem anterior, que passa a ser o modelo de referência. A imagem perdida é a idealizada (ALVES, 2016).

Os problemas do sobrevivente do câncer são multifacetados, compreendem o estresse emocional, físico e social manifestando como resultado dos efeitos do tratamento, mudanças no estilo de vida, além do temor da recorrência. As necessidades da pessoa com câncer são baseadas na extensão da doença, prioridades de saúde, efeitos do tratamento, nível funcional, enfrentamento, sistema de apoio, entre outros (FIALKA, 2003).

Assim, torna-se essencial que se entenda o quanto a doença e o seu tratamento interferem na QV das pessoas.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

2.2.1 Definição / Conceitos

O discurso da relação entre saúde e QV data dos séculos XVIII e XIX, embora bastante inespecífico e generalizante, com o nascimento da medicina social dando subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O debate sobre o conceito de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença, proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1946, tem se ampliado. As preocupações deixaram de ser apenas o controle da morbidade e mortalidade ou simplesmente preocupações clínicas, ampliando para a avaliação de medidas como o impacto da doença, comprometimento das atividades diárias, funcionais ou percepção da saúde, dentre outras (FLECK, 2000; CASCAES; LEÃO; LOCKER, 2013).

Desse debate, emergiu o conceito de QV que, a princípio, não tinha um consenso. A Organização Mundial da Saúde reuniu especialistas de várias partes do mundo, no grupo denominado WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*), que definiu QV como sendo:

a percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e suas relações com o ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Qualidade de vida envolve o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial, relaciona vários significados, que podem abranger a história ou a evolução de uma sociedade em um determinado tempo de seu desenvolvimento, a construção cultural, com seus valores e necessidades e as classes sociais, com seus padrões e concepções de bem-estar diferenciado (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

QV é uma construção global que se desenvolveu em resposta à percepção da necessidade de avaliar o sentido geral do bem-estar individual e como este se relaciona com a doença e o tratamento, sendo afetada por características intrínsecas de cada um, incluindo: crenças, expectativas e experiências (MURPHY et al., 2007).

A QV deve ser orientada com a finalidade de avaliar o impacto de diversos fatores que acontecem no universo do indivíduo, sendo importante na contribuição de parâmetros nos estudos de custo/utilidade, podendo contribuir com a otimização de recursos disponíveis na área de saúde (FRANZI; SILVA, 2003). É um instrumento importante para a investigação e avaliação da saúde dos indivíduos, e os resultados têm auxiliado nas intervenções em saúde (ALVES, 2011; CASCAES; LEÃO; LOCKER, 2013).

A QV tornou-se uma medida de desfecho cada vez mais importante no tratamento de saúde de pacientes, já que reflete o bem-estar considerando o ponto de vista individual e sua relação com o mundo (MURPHY et al., 2007).

2.2.2 Qualidade de vida e câncer

Pacientes oncológicos frequentemente relatam um forte comprometimento da QV em comparação com a população saudável, em função de uma série de fatores como o aumento das taxas de sobrevida, o diagnóstico que vem acompanhado por medo, impotência e desespero, as mudanças relacionadas ao aspecto psicossocial, sendo um desafio para a maioria

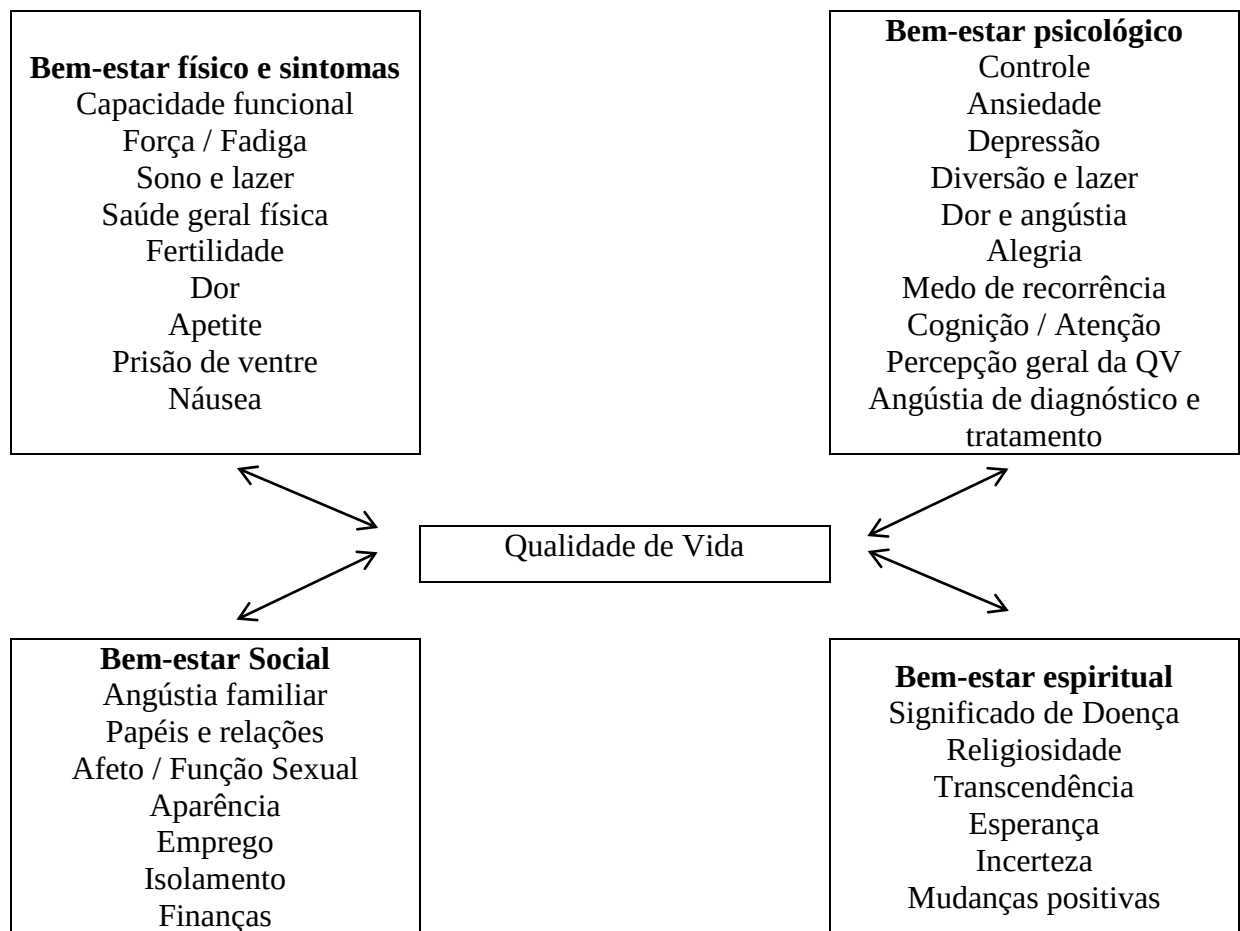
dos pacientes (JANDA et al., 2009; PETERS; MENDOZA SCHULZ; REUSS-BORST, 2016; TINNE et al., 2009).

Desde 1980, muitos trabalhos científicos sobre os vários domínios da QV em pacientes oncológicos foram publicados em todo o mundo (OSOBA, 2011). Como consequência, a investigação da QV recebeu o mesmo nível de importância como dados biométricos e parâmetros clínicos em muitos estudos (PETERS; MENDOZA SCHULZ; REUSS-BORST, 2016).

Ao avaliar a QV em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial, Franzi e Silva (2003) concluíram que a QV elevada depende de maior adesão ao tratamento e do enfrentamento de eventos estressantes. Segundo os autores, o câncer é uma doença crônica que induz muitos sentimentos negativos em qualquer um de seus estágios: “o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e da quimioterapia, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte” (FRANZI; SILVA, 2003, p. 154).

Ferrell, Dow e Grant (1995) apresentaram um Modelo de QV para pacientes oncológicos, o qual foca os domínios de bem-estar físico, social, psicológico e espiritual, que interagem influenciando a QV do indivíduo. Segundo os autores, embora não haja um acordo completo sobre o que constitui as dimensões da QV na literatura, os domínios propostos são consistentes com pontos de vista predominantes. Qualquer desequilíbrio em um desses domínios apresentados pelo modelo afetará a QV como um todo (Figura 3).

Figura 3 – Modelo de qualidade de vida para sobreviventes do câncer



Fonte: Ferrell, Dow e Grant (1995, p.525)

Em estudo que comparou um grupo de pacientes oncológicos com população saudável, identificou-se uma diminuição em todos os domínios de QV analisados no grupo com neoplasias. A diferença diminuiu com o aumento da idade, e as mulheres relataram uma QV mais baixa que os homens em geral. O tratamento quimioterápico, bem como o radioterápico, interfere negativamente, e o tempo após um programa de reabilitação influenciou significativamente nos domínios (PETERS; MENDOZA SCHULZ; REUSS-BORST, 2016). A QV não é um estado estático, as respostas para as mesmas perguntas podem mudar à medida que o paciente convive com a doença (JANDA et al., 2009).

O número de sobreviventes de câncer é cada vez maior. Assim, torna-se extremamente necessário identificar aspectos que mais influenciam na QV para que intervenções possam beneficiar os resultados em saúde (ARAÚJO; PADILHA; BALDISSEROTTO, 2009; PETERS; MENDOZA SCHULZ; REUSS-BORST, 2016).

2.2.3 Qualidade de vida e câncer de cabeça e pescoço

Revisões da literatura têm identificado que tanto as sequelas funcionais quanto as psicossociais refletem negativa ou positivamente na QV de pacientes com CCP. Relacionados aos aspectos funcionais, há estudos sobre os distúrbios da deglutição, disfagia, mucosite oral e xerostomia que afetam o estado nutricional, ingestão oral e perda de peso em pacientes com CCP (BRESSAN et al., 2016) e a experiência de alimentar após o tratamento (GANZER et al., 2015).

Revisões relacionadas aos aspectos psicossociais mostram os avanços na pesquisa de QV nesses pacientes e suas sequelas psicossociais (SHERMAN; SIMONTON, 2010 e VERDONCK-DE LEEUW; VAN NIEUWENHUIZEN; LEEMANS, 2012).

Uma revisão sistemática sobre a relação entre depressão e sobrevida em pacientes com CCP submetidos a tratamento curativo identificou que há associação inversa entre essas variáveis, porém a força e a etiologia dessa associação ainda não estão claras (BARBER et al., 2016). Em outro estudo de revisão, investigou-se sobre as causas de morte em pacientes com câncer de laringe. Os autores constataram que a atenção aos problemas psicossociais relacionados ao estilo de vida, como por exemplo, o uso do tabaco e álcool, e relacionados à prevenção na recusa do tratamento e ao suicídio podem contribuir para a redução da mortalidade (FERLITO et al., 2014).

Com o objetivo de examinar a estrutura conceitual para a compreensão da imagem corporal em pacientes tratados para o CCP, a revisão identificou a falta de dados sobre a relação entre distúrbios da imagem corporal e outras variáveis psicossociais como depressão, ansiedade e isolamento social e, ainda, que a desfiguração visível pode resultar na incapacidade funcional e psicossocial no qual estão relacionados variáveis como a depressão e ansiedade (RHOTEN; MURPHY; RIDNER, 2013).

Estudos de revisões indicam que a atividade física é uma opção viável e eficaz que pode impactar positivamente na QV de pacientes com CCP (SAMMUT; WARD; PATEL, 2014; CAPOZZI et al, 2016).

Mensurar QV requer uma abordagem multidimensional para quantificação de variáveis subjetivas (CELLA, 2000). A literatura tem apresentado o uso de medidas padronizadas para avaliar QV relacionada à saúde e muitos instrumentos foram estabelecidos na investigação em pacientes com CCP (SHERMAN; SIMONTON, 2010).

Em revisão de literatura sobre os avanços da pesquisa na QV em pacientes CCP, os autores ressaltaram que a escolha do instrumento deve ser norteada com base nos objetivos da

pesquisa, no qual, comumente, usa-se uma medida geral combinada com um instrumento que se concentra mais especificamente em um determinado local da doença, permitindo comparações múltiplas (SHERMAN; SIMONTON, 2010).

Pesquisas, no Brasil e no mundo, que investigam QV em pacientes com CCP têm sido realizadas por diversos autores. Descrevem-se, a seguir, alguns desses estudos.

O Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington para pacientes com câncer de cabeça e pescoço (UW-QOL) foi utilizado em estudo realizado em São Paulo. Pesquisadores analisaram o impacto imediato da cirurgia no dia a dia de pacientes com câncer de boca e orofaringe e identificaram que os domínios da mastigação, gustação, deglutição, fonação e dor foram os que apresentaram piora relevante. Apenas a ansiedade apresentou melhora nesse momento do tratamento dos pacientes (BIAZEVIC et al., 2008). Um ano após a cirurgia, foi observado que as limitações funcionais dos sobreviventes ainda permaneciam, e foi identificada diferença significativa para os domínios de atividade, recreação, deglutição, mastigação, fonação, função do ombro, produção de saliva, ansiedade e escore geral de QV (BIAZEVIC et al., 2010).

O mesmo instrumento foi utilizado em um hospital na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, no qual os autores identificaram que o domínio mastigação foi o mais afetado na amostra, seguidos de dor, deglutição, salivação e ansiedade. Apesar dos pacientes apresentarem deficiências em domínios específicos, na avaliação global, a maioria relatou uma QV entre boa e muito boa (ANGELO; MEDEIROS; DE BIASE, 2010).

A QV de pacientes com CCP, em Taiwan, foi avaliada dois anos após cirurgia reparadora, comparando-se grupos por região da intervenção cirúrgica. Os distúrbios funcionais e a atividade diária foram analisados utilizando-se o UW-QOL (CHANG et al., 2012).

Em estudo realizado com pacientes de Liverpool, pelo menos seis semanas após o término do tratamento para o CCP, os autores sugeriram que a pergunta “pior-estável-melhor” adicionada aos domínios de QV do UW-QOL poderia ajudar a identificar melhor os pacientes (GHAZALI; LOWE; ROGERS, 2012).

Em investigação sobre as formas de enfrentamento e os fatores tradicionais (idade, sexo, tempo pós-cirurgia, estágio da doença, radiação, método da fala) como preditores da QV e a qualidade relacionada à voz em pacientes laringectomizados totais, os autores optaram por avaliar a QV por meio do instrumento UW-QOL. A principal conclusão apresentada foi a importância de se considerar o enfrentamento ao analisar a QV, no qual estratégias de fuga do problema estavam entre os preditores mais fortes de QV baixa (EADIE; BOWKER, 2012).

O mesmo instrumento foi utilizado para analisar aspectos relacionados à autopercepção da fala e à percepção de ouvintes externos, em pacientes laringectomizados totais e seus reflexos na QV em Washington, nos Estados Unidos da América. Dentre os resultados apresentados, as avaliações dos ouvintes quanto à aceitabilidade e inteligibilidade da fala não eram fortemente preditivas da QV ou da voz (EADIE et al., 2013).

O UW-QOL foi utilizado em estudo realizado na capital da Índia, Nova Deli. Os autores analisaram os reflexos das sequelas funcionais e psicossociais na QV de pacientes com câncer de língua (AGARWAL et al., 2014).

Pacientes submetidos a tratamento mais invasivo, assim como aqueles com tumores maiores, tiveram maior melhora na QV (UW-QOL) entre os intervalos de tempo analisados (logo após a cirurgia e seis meses após) para tratamento do CCP (GOBBO et al., 2016).

O instrumento da Organização Europeia para pesquisa e tratamento do câncer (EORTC) também tem sido utilizado na sua versão geral (QLQ-C30) e específica para o CCP (QLQ-H&N35).

O EORTC QLQ-C30 foi opção de escolha para analisar a relação entre fatores psicológicos e QV relacionada à saúde e QV individual em pacientes com CCP. Identificou-se uma correlação parcial entre as variáveis estudadas (LLEWELLYN et al., 2006).

Com o objetivo de avaliar a QV em pacientes com CCP em relação às condições de saúde bucal, pesquisadores alertam para a importância da investigação da QV sugerindo a sua incorporação à prática clínica, devido à sua utilidade no processo de decisão de tratamento, controle de sequelas, medidas preventivas e melhoria da sobrevida. Os autores identificaram que a xerostomia foi um fator que influenciou negativamente na QV quando comparado ao grupo de pacientes sem xerostomia. Para esta avaliação também foram utilizados os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ H&N35. Outro resultado importante foi a correlação negativa entre QV e a mutilação (ARAÚJO; PADILHA; BALDISSEROTTO, 2009).

A QV de pacientes com CCP, por meio do instrumento EORTC QLQ-C30, foi investigada em estudo realizado na cidade do Porto, em Portugal. Os autores identificaram que mulheres apresentaram QV geral inferior à dos homens, e que o diagnóstico precoce se relacionou com melhores escores de QV (SILVEIRA et al., 2012).

Em estudo realizado em um hospital universitário brasileiro, identificou-se que os indivíduos em estágio avançado da doença apresentaram uma QV menor que aqueles diagnosticados inicialmente (ALMEIDA et al., 2013). Comparando as localizações primárias do tumor, os autores identificaram, ainda, que a laringe apresentou diferença significativa na QV, ou seja, interfere mais que os outros sítios, pois mesmo após o tratamento, os pacientes

apresentaram comprometimento das funções em decorrência do tratamento refletindo na QV (ALMEIDA et al., 2013). Os instrumentos de escolha foram o EORTC QLQ-C30, QLQ-H&N35.

Os mesmos instrumentos também foram utilizados para investigar a QV de pacientes com carcinoma de células escamosas em cabeça e pescoço. A QV, geral e específica, foi avaliada em três momentos do tratamento, início, meio e fim (MELO FILHO et al., 2013). Comparando-se os três escores médios de funções e sintomas para a QV geral, não houve diferença significativa; entretanto, no questionário específico para CCP, a diferença entre os três momentos foi altamente significativa para gosto, cheiro, deglutição, tosse e perda de peso corporal. Considerando-se o grande número de fatores que interferem na autopercepção do paciente sobre sua QV, os autores ressaltam a complexidade dessa avaliação em pacientes oncológicos. Porém, é fundamental conhecer o impacto da doença e de seu tratamento na QV, a fim de se obter evidências que suportem intervenções positivas (MELO FILHO et al., 2013).

Um estudo que avaliou a QV em pacientes com CCP (QLQ-H&N35) e seus cuidadores (EORTC QLQ-C30) concluiu que tanto os pacientes quanto seus cuidadores apresentam prejuízo na QV nas mesmas proporções (RIGONI et al., 2016).

Conforme descrito acima, o UW-QOL está muito mais relacionado às sequelas funcionais causadas pelo CCP, enquanto o instrumento da Organização Europeia para pesquisa e o tratamento do câncer (EORTC QLQ-C30 e QLQ-H&N35) permitem a inclusão de análises mais direcionadas às sequelas psicossociais.

Embora tenham estudado pacientes com CCP, Silva, Castro e Chem (2012) optaram pelo instrumento: Avaliação da Qualidade de Vida da OMS – versão breve (WHO-QoL breve) para examinar a QV geral e a autoimagem (Escala de Avaliação com a Satisfação Corporal). Os autores identificaram que a QV e suas subescalas correlacionaram-se positivamente com autoimagem, com exceção da subescala relações sociais. A autoimagem foi uma variável preditora significativa da QV geral e das dimensões física, psicológica e meio-ambiente, ou seja, a QV desses pacientes está intimamente ligada à autoimagem.

Semelhante ao modelo proposto por Ferrell, Dow e Grant (1995), Cella (1993) apresentou um instrumento de mensuração de QV orientado para a gestão de doenças crônicas, incluindo câncer – *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)* – que perpassa quatro dimensões da saúde: bem-estar físico, funcional, social e emocional. O bem-estar físico inclui sintomas da doença, tratamento e seus efeitos, enquanto o bem-estar funcional se refere à capacidade do paciente de realizar atividades da vida diária. Bem-estar social ou familiar refere-se à qualidade do relacionamento e comunicação com os membros da

família, e bem-estar emocional compreende uma ampla gama de efeitos psicológicos da doença, de lidar com a mesma e sofrimento para aproveitar a vida, apesar da doença (CELLA, 2000). Mais tarde, foi adicionado a esse instrumento um módulo específico para o CCP *Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck Scale* (FACT-HN) (LIST et al., 1996). Além dos aspectos funcionais avaliados pelo instrumento, foram incluídos itens relacionados aos aspectos psicossociais.

Buscando avaliar os efeitos colaterais relacionados aos aspectos funcionais e psicossociais da radioterapia nos pacientes com CCP e sua influência na QV, os pesquisadores optaram por utilizar o instrumento FACT-HN. Como principais resultados, identificou-se a xerostomia como o sintoma mais evidente, seguido de saliva pegajosa, pele ressecada, irritação e depressão, dificuldade no paladar e dores de garganta. A irritação, depressão e tristeza estiveram presentes em 56,3% dos pacientes. Esses efeitos colaterais foram significativamente correlacionados com os itens de QV (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006).

A QV mensurada por meio do instrumento FACT-HN foi opção de escolha do estudo que avaliou os reflexos de determinado tratamento radioterápico na QV de pacientes com CCP (RINGASH et al., 2008).

Para verificar associações entre sintomas depressivos e QV em pacientes com CCP, em Alberta – Canadá, optou-se pelo instrumento FACT-HN, e pontuações menores de QV foram observadas no grupo com sintomas depressivos maiores (BARBER et al., 2015). O mesmo instrumento foi opção para o estudo realizado em Karachi, Paquistão com o objetivo de verificar fatores sociodemográficos e clínicos associados à QV de pacientes com CCP (BILAL et al., 2015).

Em estudo de revisão sobre o conteúdo e itens espirituais dos instrumentos de QV para cuidados paliativos, foram identificados muitos instrumentos compostos por domínios relacionados ao tema. Dentre 29 instrumentos, 15 incluíram espiritualidade (significado ou propósito da vida). O bem-estar espiritual faz parte da maioria dos instrumentos disponíveis na literatura e inclui aspectos relacionados ao propósito da vida, ou seja, (plenitude) da vida, aceitação da morte, sentindo-se em paz com a vida, sentindo-se em paz com Deus, preparação para a morte, religião e avaliação da vida (ALBERS et al., 2010).

Tem sido um desafio para os pesquisadores e profissionais da saúde compreender quais fatores são capazes de influenciar positivamente a QV em pacientes. Buscando compreender esse questionamento, muitas pesquisas têm investigado aspectos relacionados à religiosidade e espiritualidade, as quais estão descritas no item 2.4.

2.3 AUTOPERCEPÇÃO DA APARÊNCIA

2.3.1 Conceito

O presente estudo considerou autopercepção da aparência como sendo uma medida de angústia e disfunção sobre questões da imagem física (CARR; MOSS; HARRIS, 2005).

Conhecer a percepção do paciente sobre sua aparência é importante clinicamente, para que os profissionais possam compreender o nível de sofrimento em que se encontra o paciente a fim de orientá-lo clinicamente, bem como para conhecer os processos que contribuem para melhorar essa condição (CARR; MOSS; HARRIS, 2005; FINGERET et al., 2012).

A autopercepção da aparência pode estar relacionada a qualquer problema físico em alguma parte do corpo independente da causa. Estudos relacionados aos aspectos físicos gerais incluem a cirurgia bariátrica (AL-HADITHY et al., 2014), cicatrizes cutâneas (BROWN et al., 2010) ou resultados de cirurgias plásticas (CANO; BROWNE; LAMPING, 2004), dentre outros.

Há também estudos originais relacionados às deformidades faciais em pacientes com CCP (FINGERET et al., 2010; FINGERET et al., 2012). Foi identificado que a maioria dos pacientes recentemente diagnosticados com câncer de cavidade oral apresentou preocupações de imagem corporal atual e / ou futura, principalmente relacionadas à cirurgia, e a depressão foi o preditor mais forte e consistente dos resultados da imagem corporal (FINGERET et al., 2010). Em outro estudo, foram encontradas associações significativas entre as preocupações de imagem corporal e todos os domínios importantes de QV em pacientes tratados cirurgicamente com CCP e, ainda, que a idade, o sexo, o tipo de câncer, o tempo decorrido desde a cirurgia e as variáveis da imagem corporal foram significativamente associados aos desfechos psicossociais (FINGERET et al., 2012). Os resultados desses estudos fornecem informações úteis para a importância de intervenções psicossociais nesse paciente.

A autopercepção da aparência pode ser medida por meio de variados instrumentos. Neste trabalho, foi utilizada a Escala de Aparência de Derriford (DAS24).

Os resultados das revisões relacionadas à autopercepção da aparência e necessidades psicossociais de pacientes com deformidades faciais decorrente do CCP indicam a importância de intervenções psicossociais a esses pacientes (HOWREN et al., 2013), assim como mais informações sobre a eficácia das mesmas (BESSELL; MOSS, 2007). Para melhorar a QV, destacam a importância da reabilitação (PENNER, 2009) e a realização de

pesquisas que considerem a autopercepção do paciente (LLEWELLYN et al., 2006), realizadas com maior rigor científico (BESSELL; MOSS, 2007).

2.3.2 Autopercepção da aparência em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Considerando que o tratamento cirúrgico para o CCP pode deixar sequelas nos pacientes (BALFOUR; RHYS-EVANS; PATEL, 2009; DJAN; PENINGTON, 2013; HOWREN et al., 2013), torna-se importante a compreensão dos problemas relacionados a aparência, a fim de se desenvolver estratégias terapêuticas eficazes para que esses pacientes reduzam angústia e disfunção sobre questões da própria imagem física (BESSELL; MOSS, 2007; FINGERET et al., 2010; FINGERET et al., 2012; HARDING; SANIPOUR; MOSS, 2014; HOWREN et al., 2013; LLEWELLYN et al., 2006; MENDES; FIGUEIRAS, 2013; PENNER, 2009; RHOTEN; MURPHY; RIDNER, 2013).

Em pacientes com CCP, há escassez de dados sobre a imagem corporal (FINGERET et al., 2010) e outras variáveis psicossociais como depressão, ansiedade e isolamento social durante o curso do tratamento e a recuperação (RHOTEN; MURPHY; RIDNER, 2013), embora pesquisas acerca do tema tenham aumentado entre 2013 e 2014 (FINGERET; TEO; GOETTSCH, 2015).

A relação entre sintomas físicos, depressão e QV está longe de ser compreendida em pacientes com CCP. Pesquisas longitudinais são necessárias para desvendar essas relações, a fim de buscar estratégias para melhor compreender o ponto de vista dos pacientes sobre sua doença e tratamento (FINGERET; TEO; GOETTSCH, 2015; LLEWELLYN et al., 2006).

Em revisão sistemática sobre a eficácia de programas de intervenção psicossocial para adultos com diversas deformidades visíveis, dentre elas o paciente com sequelas decorrentes do CCP, apenas doze artigos preencheram os critérios de inclusão, e nenhum trabalho apresentou adequadamente a eficácia clínica das intervenções, tendo concluído sobre a necessidade de mais pesquisas sobre o tema (BESSELL; MOSS, 2007).

É importante identificar desafios psicossociais experimentados por indivíduos com CCP, seus cuidadores e familiares, que possam subsidiar a discussão de estratégias de intervenções efetivas para o enfrentamento (PENNER, 2009). O autor sugere a adoção de uma abordagem de reabilitação no contexto dos cuidados paliativos, com o objetivo de melhorar a QV dos envolvidos (PENNER, 2009).

Resultados de outro estudo ressaltam a importância das intervenções psicossociais no diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente com CCP. Porém, não foram incluídos

nesse estudo qualquer referência a intervenções relacionadas à religiosidade ou à espiritualidade (HOWREN et al., 2013).

Raros estudos utilizaram a Escala de Aparência de Derriford (DAS24) para medir a autopercepção da aparência em pacientes com CCP (KATRE et al., 2008; MENDES; FIGUEIRAS, 2013). Estudo com objetivo de descrever os problemas de aparência em pacientes após cirurgia para o câncer de células escamosas orais e orofaríngeas identificou que os estágios mais avançados (T3 e T4) da doença e a radioterapia como adjuvante ao tratamento foram fatores chave nos pacientes que relataram problemas de aparência (KATRE et al., 2008).

O *coping* (enfrentamento) religioso foi citado como uma estratégia de apoio utilizada pelos pacientes com deformidade facial adquirida pela doença (CCP) ou originada pelo trauma (queimados, agressão, outros) (MENDES; FIGUEIRAS, 2013). Além dessa citação relacionada a uma estratégia de enfrentamento, não foram encontrados estudos que abordassem a influência da religiosidade ou da espiritualidade na autopercepção da aparência em pacientes com CCP.

2.4 RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE

2.4.1 Conceito

Nos primórdios da história, os poderes de “cura” estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs e outros), responsáveis por tratar os males do corpo. A doença, assim como a sua cura, foi e ainda é, em alguns contextos socioculturais, atribuída a fatores religiosos (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Muitas vezes, crenças e comportamentos religiosos são vistos como fator subjetivo, não quantificável, não científico, e com base na fantasia e projeções infantis ou ilusão. Como resultado, profissionais de saúde dão pouca atenção para sua relação com a saúde (KOENIG, 2008). Porém, o interesse em compreender a relação entre religiosidade / espiritualidade e saúde tem aumentado consideravelmente (KOENIG, 2008, 2012).

Vasconcelos (2006) alerta para a necessidade da distinção do conceito de religiosidade e espiritualidade, pois a religiosidade, na sociedade contemporânea, tem acontecido principalmente por meio de uma busca de experimentação pessoal da transcendência por caminhos variados, diferente das formas antigas de organização da vida religiosa.

Religião envolve crenças, práticas, rituais e afins ao transcendente, em que o transcendente assume diversas denominações de acordo com os aspectos culturais: Deus, Alá ou um Poder Superior nas tradições religiosas ocidentais; Brahman, manifestações de Brahman, Buda, Tao, ou verdade / realidade suprema nas tradições orientais. O conceito de religião envolve muitas vezes o místico, o sobrenatural, crenças na vida após a morte, as regras sobre conduta de um grupo social, rituais e cerimônias (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Religião refere-se à organização institucional e doutrina de determinada forma de vivência religiosa (BOFF, 2001 *apud* VASCONCELOS, 2006). Ou seja, é vista como a participação nas crenças institucionalmente sancionadas e atividades de um grupo de fé particular (ZINNBAUER; PARGAMENT; SCOTT, 1999).

A religião fornece recursos para lidar com o estresse por aumentar a frequência de emoções positivas. Recursos de enfrentamento religioso auxiliam o indivíduo a identificar sentido na vida e oferecem uma visão otimista de mundo. Essas cognições dão uma sensação de controle sobre os eventos, ou seja, se Deus (Alá, Jeová, etc.) está no controle, pode modificar as circunstâncias, e a oração pode influenciar positivamente a situação (KOENIG, 2012).

A maioria das religiões enfatiza o amor ao próximo, compaixão, sentimentos altruístas, promove virtudes humanas como honestidade, perdão, gratidão, paciência e confiança, o que ajuda a manter e melhorar as relações sociais. São práticas que podem aumentar as emoções positivas e neutralizar as negativas (KOENIG, 2012).

No entanto, a religião pode também ser utilizada para justificar o ódio, a agressão, o preconceito e a exclusão; ganhar poder e controle sobre os indivíduos vulneráveis; promover o pensamento rígido e práticas obsessivas; levar a ansiedade, medo e culpa, devido à incapacidade de viver de acordo com os padrões religiosos; escapar de lidar com problemas familiares (através de envolvimento excessivo em atividades religiosas ou espirituais) e retardar ou evitar o diagnóstico e cuidado de saúde mental (KOENIG, 2012).

Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade, sendo um conceito que pode envolver religião ou não (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Em um sistema pluralista e multi-religioso, a palavra “religião” tem conotações negativas de conflito, expectativas, hipocrisia, rigidez, evangelismo e separação entre igreja e

estado, conotações que a expressão espiritualidade não tem. Espiritualidade é cada vez mais vista como um conceito mais amplo, que cada indivíduo define para si mesmo (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Espiritualidade refere-se à experiência de contato com uma dimensão que vai além das realidades consideradas palpáveis na vida humana, que as transcende, está intimamente ligada ao sobrenatural, ao místico (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Inclui dimensões como uma busca pessoal de significado e propósito na vida, conexão com uma dimensão transcendente da existência, e as experiências e sentimentos associados a essa busca e essa ligação (BÜSSING et al., 2014; ZINNBAUER; PARGAMENT; SCOTT, 1999). Resumindo, a espiritualidade é inerente ao Ser, e a religião foi uma forma que os grupos sociais encontraram para expressar ou vivenciar sua espiritualidade.

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) identificaram, em pesquisa realizada no Instituto Português de Oncologia do Porto, em Portugal, a existência de duas dimensões espirituais: uma associada à relação com o transcendente, e que numa sociedade judaico-cristã está relacionada com a prática da religião; e outra existencialista, na qual se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio, ou seja, relacionada às “crenças” e à “esperança/otimismo”.

2.4.2 Religiosidade / Espiritualidade relacionada à saúde

O modelo de QV proposto por Ferrell, Dow e Grant (1995) destaca a interação dinâmica entre os domínios de QV: bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, e um desequilíbrio em qualquer desses domínios, consequentemente afetará a QV como um todo.

A religião pode ter efeitos tanto positivos quanto negativos sobre a saúde. Em estudo com população norte-americana adulta, não institucionalizada, o efeito positivo da religião foi mais forte que o negativo (FERRARO; ALBRECHT-JENSEN, 1991). Em outra investigação, foi identificado o efeito protetor da religiosidade subjetiva na ideação suicida, independe da etnia e do gênero (ASSARI, 2015).

Inúmeras possibilidades podem explicar esses efeitos positivos ou negativos. Algumas afiliações religiosas conservadoras questionam a intervenção médica, como é o caso de algumas linhas que não aceitam as transfusões de sangue ou cirurgias. Outras podem ser mais fatalistas ao lidar com as trajetórias da doença, pelo fato de considerarem determinadas por poderes superiores (FERRARO; ALBRECHT-JENSEN, 1991).

Quanto aos efeitos positivos, na maioria das vezes, as doutrinas religiosas incentivam comportamentos de proteção à saúde. São exemplos: o hábito de não fumar, de ingerir menos álcool, prática de exercícios físicos, dieta saudável e menor possibilidade de adotarem um comportamento sexual de risco (FERRARO; ALBRECHT-JENSEN, 1991; KOENIG, 2012; MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001).

O envolvimento religioso pode ajudar a reduzir o estresse, a depressão, e melhorar a QV, sendo o envolvimento religioso associado com emoções positivas (bem-estar maior, felicidade, otimismo, esperança, significado e propósito da vida). A relação entre religião e melhora da saúde física e recuperação mais rápida pode refletir nos custos para a saúde pública. Esses achados envolvem pesquisas realizadas em variadas áreas relacionadas à saúde, mostrando, inclusive, um risco menor de desenvolver câncer e melhores prognósticos para o câncer (KOENIG, 2008).

Espiritualidade e práticas espirituais têm relação com os valores, crenças, práticas, ou filosofias podendo influenciar a cognição, emoção e comportamento. Assim, a espiritualidade pode influenciar pacientes no que se refere à sua capacidade de lidar com o estresse, perdas e doença. Também pode afetar a forma como as pessoas se relacionam com os outros, isto é, amigos, família, e profissionais de saúde, que podem ser relevantes nos aspectos psicossociais de suas vidas (BÜSSING et al., 2014).

A maioria dos estudos que relacionam espiritualidade e bem-estar emocional mostra que a espiritualidade e significado da vida estão positivamente relacionados com o bem-estar (VISSER; GARSEN; VINGERHOETS, 2010).

A pesquisa experimental tem demonstrado mecanismos através dos quais a R / E podem refletir numa melhor saúde e bem-estar psicossocial. Exemplos são as práticas típicas espirituais / religiosas como meditação e oração associadas com a diminuição da pressão arterial, melhor funcionamento do sistema imunológico, sensação de calma e relaxamento (VISSER; GARSEN; VINGERHOETS, 2010).

Pessoas religiosas vivenciam melhor a saúde mental, adaptam-se com mais sucesso ao estresse, são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, KOENIG, 2012).

Estudo relacionado à saúde mental identificou que quanto maior a R / E, menor a depressão (ANYFANTAKIS et al., 2015). Ainda sobre saúde mental e religião, no Brasil, foram encontrados estudos que fazem referência ao uso de álcool e drogas, e condições clínicas como esquizofrenia e suicídio. O autor concluiu que falta uma melhor articulação entre investigação empírica e análise teórica dos dados (DALGALARRONDO, 2007).

Em investigação sobre o papel da gratidão no bem-estar espiritual em pacientes assintomáticos com insuficiência cardíaca, a gratidão foi significativamente associada com melhor sono, menor depressão, menor fadiga e melhor manutenção da função cardíaca. Os pacientes que expressam mais gratidão apresentaram níveis mais baixos de marcadores inflamatórios (MILLS et al., 2015).

A participação em atividade física, social, religiosa foi associada com diminuição do risco de depressão em idosos coreanos (ROH et al., 2015).

Dos estudos quantitativos que relacionam saúde geral e R / E, destacam-se aqueles que pesquisaram a função imunológica, fundamental para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. Dos 14 estudos classificados com alta qualidade, 10 (71%) relataram associações significativas positivas ou aumento de funções imunológicas, em resposta a uma intervenção R / E, sendo que nenhum encontrou apenas associação inversa ou efeito negativo (KOENIG, 2012).

Em estudos que relacionam câncer e R / E, Koenig (2012) identificou que, dos 20 estudos metodologicamente mais rigorosos, 12 (60%) apresentaram associação entre R / E e menor risco ou melhores resultados, e nenhum deles relatou pior risco ou pior desfecho (KOENIG, 2012).

O envolvimento religioso e espiritual está associado com melhores resultados de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de enfrentamento e QV (mesmo durante a doença terminal) e menos ansiedade, depressão e suicídio (MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001). Autores sugerem que pessoas podem ter maiores necessidades espirituais durante a doença, e estudos mostram que abordar esse tema melhora a recuperação da saúde (MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001).

Há crescente acúmulo de evidências sobre a relação entre saúde física e R / E, porém ainda são insuficientes, constituindo-se em campo promissor de investigação (FERRARO; ALBRECHT-JENSEN, 1991; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

2.4.3 Religiosidade / Espiritualidade relacionada ao câncer

Em revisão integrativa de literatura, foi identificado que para pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos, espiritualidade pode ter significados específicos como “fonte de conforto”, “crença em deus”, “força”, “fé”, “fonte de enfrentamento”, “crença num poder superior” ou “guia de conduta para a vida”. Fonte de conforto, por trazer paz e tranquilidade e reduzir o desconforto relativo à doença, ao tratamento e aos sintomas físicos.

Manifesta-se como crença na existência de Deus e na Sua proteção. É evidenciada como força, que se manifesta pela vontade de continuar a viver. É referida como fé, como forma de lidar melhor com a situação. Como fonte de enfrentamento, por possibilitar recursos para lidar com a doença e superar a situação. Como crença num poder superior, por acreditar na existência de um poder maior influenciando a vida. É expressa como um guia de conduta para a vida, por ser algo que orienta a maneira de viver e conduz os tipos de atitudes que o indivíduo terá em relação aos outros (SILVA, 2011).

Verificou-se que a espiritualidade está associada à QV em pacientes com câncer, permanecendo significativa mesmo após o controle de possíveis variáveis de confusão (BRADY et al., 1999; COTTON et al., 1999; DAPUETO et al., 2005; JOHNSON et al., 2007). O paciente oncológico busca a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento (COSTA et al., 2014; FORNAZARI; FERREIRA, 2010; GUERRERO et al., 2011; SILVA et al., 2008).

Dentre os estudos que investigaram a relação da R / E em pacientes com câncer, pode-se citar estudos com mulheres portadoras de câncer de mama, os quais apresentam resultados que revelaram uma correlação positiva entre espiritualidade e QV (COTTON et al., 1999). Em homens com câncer de próstata, identificou-se uma relação consistente entre a espiritualidade e os resultados avaliados, em que a espiritualidade baixa foi associada significativamente com pior saúde física e mental (KRUPSKI et al., 2006).

A espiritualidade foi considerada um componente importante da QV de pacientes com câncer avançado e está intimamente relacionada com os sintomas físicos e psicológicos de angústia, pois foi correlacionada negativamente com a depressão, ansiedade, fadiga, distúrbio de memória, perda de apetite, boca seca e tristeza (KANDASAMY; CHATURVEDI; DESAI, 2011).

Em revisão sistemática que investigou a associação entre espiritualidade e QV em pacientes com câncer, a maioria dos estudos relatou associação positiva, permanecendo significativa após o controle de variáveis sociodemográficas e clínicas (BAI; LAZENBY, 2015).

O ato de rezar ou fazer uma prece ou oração são manifestações da R / E. Em estudo de revisão crítica da literatura que investigou a oração privada como intervenção para pacientes hospitalizados, a maioria dos estudos mostraram associações positivas entre oração e bem-estar (HOLLYWELL; WALKER, 2009). A prece demonstrou ser uma atitude eficiente na redução da ansiedade em pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia, reduzindo a

ansiedade e pressão arterial (CARVALHO et al., 2014). A ansiedade e depressão também foram associadas a menor religiosidade em pacientes com câncer (NG et al., 2016).

Medidas de R / E correlacionam-se com QV em pacientes com câncer, e vários estudos em número crescente, descrevem sua importância na oncologia, pois as crenças religiosas / espirituais influenciam a tomada de decisões dos pacientes (PETEET; BALBONI, 2013).

2.4.4 Religiosidade / Espiritualidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

A espiritualidade deve ser tratada como um conceito complexo que tem o potencial de mudar ao longo do tempo, sendo importante a intervenção de apoio espiritual aos pacientes com câncer (JOHNSON et al., 2007).

A fadiga é um parâmetro importante na avaliação da QV relacionada à saúde, por ser responsável direta à adesão, ao tratamento. Em estudo realizado na Índia com 200 pacientes em tratamento de câncer, a espiritualidade foi menor em pacientes com CCP quando comparada com neoplasias de mama e ginecológico. A fadiga estava presente em todos os pacientes estudados. Houve uma relação inversa significativa entre os escores de fadiga e espiritualidade, ou seja, a espiritualidade emergiu como um preditor positivo para os escores de fadiga (LEWIS et al., 2014).

Pacientes com câncer de boca, que tinham crença religiosa, apresentaram um aumento de sobrevida e melhor prognóstico (WONG et al., 2006). Em outra investigação, aqueles sem crença religiosa relataram mais necessidades de cuidados de suporte em estudo transversal (CHEN et al., 2010) e longitudinal (CHEN et al., 2013).

Em outro estudo, examinou-se a influência da crença religiosa na capacidade de lidar com a radioterapia e seus efeitos secundários (BECKER et al., 2006). Em média, os pacientes crentes se sentiram melhor antes, durante, imediatamente após e seis semanas após o tratamento radioterápico, quando comparados com os pacientes não crentes, assim como reduziram o consumo de álcool e tabaco, que são fatores de risco associados ao câncer (BECKER et al., 2006). No entanto, esses estudos se basearam numa pergunta cuja resposta é uma variável dicotômica, em que há grupos de crentes e não crentes, não fazendo distinção entre graus de religiosidade. Não foram exploradas práticas devocionais como oração, frequência à igreja ou participação religiosa.

Com o objetivo de conhecer a prevalência da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) em pacientes com CCP na Irlanda,

pesquisadores identificaram que o uso mais comum da MAC/MT ocorreu em pacientes que possuíam fortes crenças religiosas. E o tipo de prática mais comum utilizada foi a imposição espiritual das mãos. As razões mais relatadas para o uso da MAC/MT foram para aumentar a capacidade do corpo a fim de para combater o câncer e neutralizar os efeitos nocivos do tratamento. Embora não fosse objetivo central da pesquisa, o tema R / E surge como importante fator diante da doença, reafirmando a necessidade de investigação mais aprofundada sobre o assunto (AMIN et al., 2010).

Segundo a OMS, a Medicina Tradicional é “a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseados nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças físicas e mentais” (WHO, 2013, p. 15). Medicina Complementar / Alternativa “referem-se a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da própria tradição do país e não estão integrados no sistema de cuidados de saúde dominante” (WHO, 2013, p. 15).

A associação do enfrentamento religioso-espiritual com QV relacionada à saúde dos pacientes com CCP foi avaliada por Guerrero (2011). A autora não encontrou diferenças estatisticamente significantes entre as médias de CRE total comparadas com grupos etários, sexo e com as medianas dos domínios do FACT-HN. O tamanho reduzido da amostra pesquisada (55 pacientes) não permitiu a identificação de associação entre a variável que mensurou o enfrentamento religioso e o domínio de QV, permanecendo a dúvida se realmente existe essa associação, detectada em pesquisas qualitativas (GUERRERO, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação entre o bem-estar psicossocial e religiosidade / espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

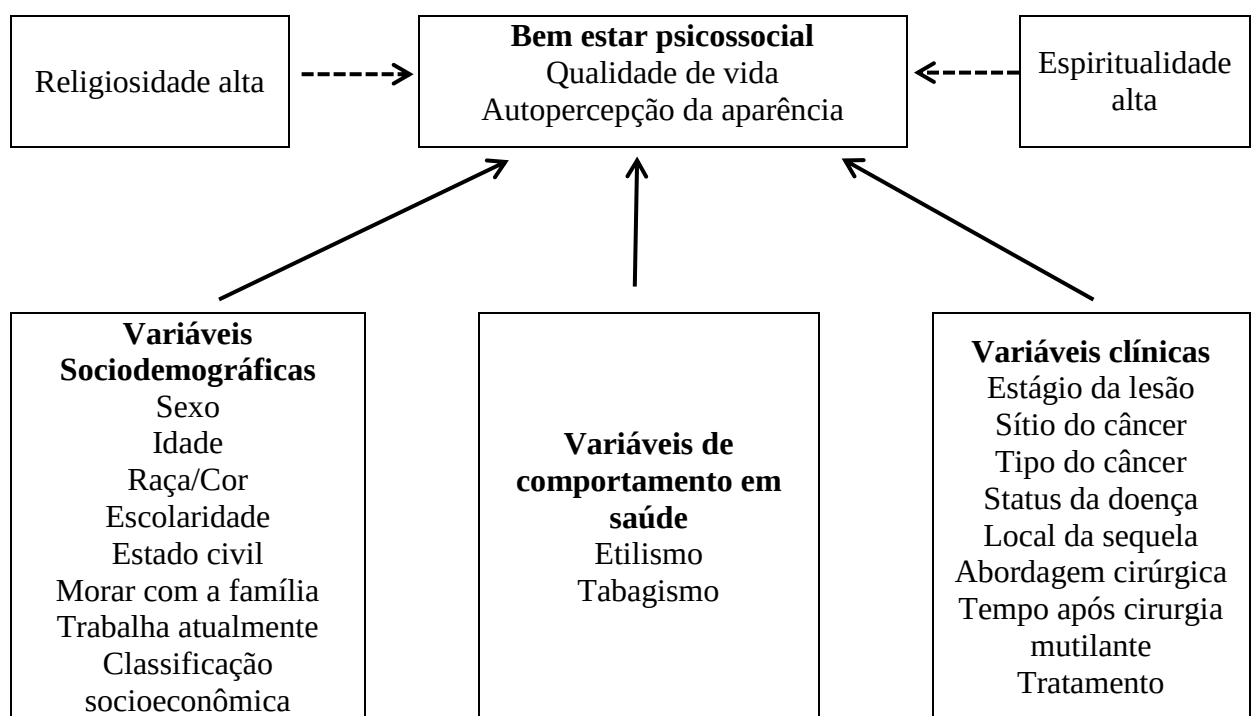
- Conhecer as características sociodemográficas, clínicas e de comportamento em saúde dos pacientes;
- Conhecer aspectos relacionados ao bem-estar psicossocial (qualidade de vida e autopercepção da aparência) e religiosidade e espiritualidade dos pacientes;
- Analisar a associação entre qualidade de vida e religiosidade / espiritualidade;
- Analisar a associação entre a autopercepção da aparência e religiosidade / espiritualidade.

4 HIPÓTESES

- Pacientes sequelados com religiosidade / espiritualidade alta apresentam níveis mais elevados de QV quando comparados aos pacientes com menor religiosidade / espiritualidade.
- Pacientes sequelados com religiosidade / espiritualidade alta apresentam melhor autopercepção da aparência quando comparados aos pacientes com menor religiosidade / espiritualidade.

A Figura 4 ilustra o modelo proposto para explicar as relações entre as variáveis incluídas neste estudo.

Figura 4 – Modelo hipotético da relação entre as variáveis dependentes e as independentes explicativas e possíveis confundidoras no presente estudo



Fonte: a autora (2015)

São consideradas variáveis dependentes (Qualidade de Vida e Autopercepção da aparência), variáveis independentes explicativas (religiosidade e espiritualidade) e variáveis possíveis confundidoras (sociodemográficas, comportamento em saúde e clínicas).

Seta pontilhada mostra a hipótese e seta sólida mostra potenciais fatores de confusão.

5 MÉTODOS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal com delineamento quantitativo.

5.2 LOCAL DE ESTUDO E CONTEXTO

A coleta de dados ocorreu no Hospital Araújo Jorge (HAJ), unidade operacional da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG), privada e filantrópica, localizada em Goiânia, Goiás, Brasil. Cerca de 80% dos pacientes atendidos nessa instituição são do Sistema Único de Saúde (SUS) (ACCG, 2015). A escolha do local foi em função de ser um centro de referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste brasileiro.

O atendimento no HAJ é dividido por serviços, de acordo com a região do corpo acometida pela doença. A coleta de dados ocorreu no setor de atendimento a pacientes do SUS, de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço, Odontologia e Fonoaudiologia do HAJ/ACCG.

Do ponto de vista normativo, objetivando dar respostas aos desafios da área oncológica, o Ministério da Saúde publicou a portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo essa portaria, os hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis (BRASIL, 2013).

No Centro-Oeste brasileiro, existem 20 unidades classificadas pelo Ministério da Saúde como UNACON. O HAJ é o único CACON da região Centro Oeste, exceto DF, que possui mais sete centros (BRASIL, 2016).

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população elegível para o estudo foi constituída de pacientes adultos que apresentavam qualquer deformidade visível na região de cabeça e pescoço, devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer, atendidas no HAJ, no período de um ano, de junho/2015 a junho/2016.

5.4 AMOSTRA

5.4.1 Critérios de inclusão

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser capaz de comunicar-se de forma eficiente, utilizando qualquer recurso linguístico (fala, gestos e/ou escrita);
- Ter realizado a cirurgia há pelo menos seis meses, conforme proposto por Katz et al. (2000), a fim de excluir qualquer desdobramento de cicatrizes em consequência da cirurgia, como edema, marcas escuras decorrentes de sangramentos e outros.

5.4.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos em estado de saúde debilitado que impossibilitasse a entrevista, ou em fase terminal;
- Indivíduos reabilitados por meio de prótese bucomaxilofacial.

5.4.3 Método de amostragem

A amostra foi de conveniência. Os indivíduos elegíveis foram convidados a participar da pesquisa durante o comparecimento às consultas de seguimento com a equipe médica, odontológica ou fonoaudiológica no HAJ.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG), com o parecer nº 1.013.228, como instituição proponente (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás, com o parecer nº 1.058.864, como instituição coparticipante (Anexo B). Respeitando-se o que prevê a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Para a participação na pesquisa, os indivíduos foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo, e os que concordaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), disponibilizado em duas vias, uma entregue ao participante e a outra devidamente arquivada junto aos instrumentos de coleta de dados. Em qualquer momento, o paciente poderia retroceder de sua decisão em aceitar participar da pesquisa, sem nenhuma restrição ou represália.

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Os dados obtidos são de uso exclusivo dos pesquisadores. Os indivíduos que concordaram em participar não foram submetidos a encargo financeiro referente a transporte ao local de sua realização ou a custos operacionais, tais como: reposição, aquisição de equipamentos e/ou instrumentos para sua execução, e não houve nenhum tipo de remuneração para os participantes da pesquisa.

Os riscos da aplicação do questionário foram desde um pequeno constrangimento a um sentimento adverso ao responder às perguntas, sendo minimizados com esclarecimentos pelas pesquisadoras ou com a recusa em responder a pergunta específica, sem qualquer retaliação ao mesmo. Outro possível constrangimento foi a descrição do local da desfiguração e descrição da sequela, pois alguns pacientes traziam suas sequelas tampadas por lenços ou máscaras. Nesse caso, era solicitada a retirada para melhor observação e registro da descrição. Os pacientes ficaram livres para fazê-lo ou não. Pelo fato de ser um ambiente hospitalar, era esperado que se sentissem seguros para fazê-lo.

Não houve benefício direto com a participação na pesquisa, mas os resultados podem dar suporte à população envolvida por meio de estratégias de como enfrentar, da melhor forma, o processo saúde-doença.

5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os dados foram coletados por meio de análise documental (prontuários), entrevista e exame clínico e foram registrados em formulários. O instrumento para a coleta de dados era

mais amplo e algumas variáveis foram selecionadas para análise na presente tese, as quais serão descritas a seguir:

5.6.1 Formulário para coleta de dados nos prontuários dos pacientes

Dados sociodemográficos: Instrumento organizado com base em estudo anterior sobre o tema (COSTA et al., 2014). Os seguintes dados foram coletados na primeira consulta, antes da cirurgia: número do prontuário, nome, endereço, telefone, sexo, data de nascimento e raça / cor da pele autorreferida (Apêndice B).

Dados clínicos da doença e tratamento: Classificação TNM, sítio do câncer, tipo do câncer, local do tumor primário, status da doença, tipo de tratamento, data do diagnóstico inicial do tumor primário, da cirurgia como tratamento e da cirurgia que gerou a sequela mais relevante na região de cabeça e pescoço (Apêndice B).

5.6.2 Formulário clínico de avaliação da sequela da cirurgia

Descrição da sequela e do local da sequela (Apêndice C).

5.6.3 Formulário de entrevista

Dados socioeconômicos, comportamentos em saúde, bem-estar psicossocial (qualidade de vida e autopercepção da aparência), religiosidade e espiritualidade, foram coletados por meio da aplicação de entrevistas aos pacientes e são descritos a seguir: (Apêndice D).

Dados socioeconômicos e de comportamento em saúde: Instrumento organizado com base em estudo anterior sobre o tema (COSTA et al., 2014). Socioeconômicos: escolaridade, estado civil, ocupação, classificação socioeconômica de acordo com critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2014). Comportamentos em saúde: relacionados ao tabagismo e etilismo.

Para a avaliação da QV, foram selecionados os dois questionários mais utilizados em todo o mundo, específicos para pacientes com CCP e relacionados às variáveis de estudo:

(1) *Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck Scale* (FACT-HN), que avalia dimensões física, social, emocional, funcional nos aspectos gerais e específicos do CCP.

(2) Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) mais direcionado para aspectos funcionais como dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala e função do ombro e duas perguntas relacionadas ao domínio emocional (humor e ansiedade) (MURPHY et al., 2007; VARTANIAN et al., 2007).

Questionário de Qualidade de Vida FACT-HN (versão 4.0) – Possui uma parte geral sobre QV e um componente específico para o uso com pacientes com CCP, que aborda os efeitos da doença ou do tratamento relevantes para o sítio específico, descritos a seguir:

- **FACT-G** (Versão 4.0): escala utilizada para Avaliação Funcional da Terapia de Câncer-Geral (*Functional Assessment of Cancer Therapy – FACT-G*). Esse instrumento foi proposto e validado por Cella et al. (1993). Compreendem 27 itens que avaliam QV, que devem ser respondidas em uma escala tipo Likert 0-4 e são dispostas em quatro domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional. A pontuação total FACT-G é a soma das pontuações dos quatro domínios. A pontuação total FACT-G mais baixa possível é de 0, e a maior pontuação possível é 28 para as subescalas de bem-estar físico, social/familiar e funcional, e de 24 para subescala de bem-estar emocional; e 108 para a pontuação total FACT-G, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (BRUCKER et al., 2005).
- **FACT-HN** (Versão 4.0): é um questionário utilizado para mensuração de QV em pacientes com CCP – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck Scale* (FACT-HN). Compreende os itens relativos ao FACT-G e mais 12 itens, em uma escala tipo Likert 0-4, denominadas preocupações adicionais relativos ao CCP com um intervalo de pontuação de 0 a 40. Instrumento proposto e validado por List et al. (1996). A tradução transcultural para o português do questionário e sua autorização para uso neste estudo foram concedidas pela FACIT – *Funcional Assessment Chronic Illness Therapy*. A validação transcultural da versão no Brasil foi realizada por Sawada (2002) e, posteriormente, por Furia (2006).

Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL): Utilizado para mensuração de QV relacionada à saúde de pacientes com CCP (HASSAN; WEYMULLER, 1993). Foi empregada uma versão traduzida e adaptada transculturalmente para o português (VARTANIAN et al., 2006). A versão atual possui 12 questões acerca de diferentes dimensões de QV relacionadas a funções específicas à cabeça e pescoço e afins: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fonação, função do ombro, paladar, salivação, humor e ansiedade (HASSAN; WEYMULLER, 1993, VARTANIAN et al., 2007). Cada questão apresenta de três a cinco categorias de resposta com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor) e, também, é calculado um escore composto, resultante da média dos doze domínios (VARTANIAN et al., 2007). O paciente também classifica quais desses domínios são os mais importantes para ele. Em seguida, responde a questões gerais sobre sua qualidade de vida global relacionada à saúde. Por fim, há uma questão aberta, a ser respondida pelos participantes da pesquisa, referente à QV, para complementar os pontos não questionados ou fazerem comentários considerados pertinentes (VARTANIAN et al., 2007).

Escala de Aparência de Derriford (DAS24): É a versão breve da escala original DAS59 que avalia a perturbação e as dificuldades vividas pelos indivíduos que possuem alguma alteração da imagem corporal (CARR; MOSS; HARRIS, 2005; KLASSEN et al., 1998). Esse instrumento é dividido em duas partes, uma seção introdutória e 24 itens, do tipo Likert, concentrados em medir a intensidade emocional da resposta para os problemas da desfiguração, bem como a frequência de comportamentos que indicam a autopercepção da aparência (DJAN; PENINGTON, 2013). A pontuação final da escala varia entre 11 e 96, sendo que 10 questões são cotadas de 1 a 4 e 14 de 0 (não se aplica) a 4. Pontuações mais elevadas refletem um nível mais elevado de constrangimento com a aparência (CARR; MOSS; HARRIS, 2005). A versão na língua portuguesa da DAS24 apresentou um bom índice de consistência interna ($\alpha=0,91$) (MENDES et al. 2016), semelhante ao da versão original em inglês ($\alpha=0,92$) (CARR et al., 2005).

Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL): é uma medida breve multidimensional de religiosidade amplamente utilizada no mundo (KOENIG; BÜSSING, 2010; LUCCHETTI et al., 2012). Apresenta cinco itens e foi desenvolvido para uso em estudos observacionais transversais e longitudinais. O instrumento avalia as três principais dimensões de religiosidade que mais se relacionam com os desfechos de saúde: a

religiosidade organizacional (RO), a religiosidade não-organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI) ou religiosidade subjetiva (KOENIG; BÜSSING, 2010).

O domínio RO é medido por um item e definido como a frequência com que se assiste ou participa de serviços religiosos formais. O domínio RNO é medido por um item e definido como a quantidade de tempo gasto em atividades religiosas privadas, tais como a oração ou meditação. O domínio RI é medido por três itens e conceituado como o grau em que a sua religião se integra em sua vida. As opções de resposta são, em uma escala de Likert, de 5 ou 6 pontos (LUCCHETTI et al., 2012). Quanto maior a pontuação, maior a religiosidade em cada uma das subescalas (LUCCHETTI et al., 2012).

A adaptação transcultural do DUREL para o português foi desenvolvida por Moreira-Almeida et al., 2008. O instrumento foi validado em português para uma comunidade de baixa renda na região sudeste do Brasil (LUCCHETTI et al., 2012) e com pacientes psiquiátricos e estudantes universitários (TAUNAY et al., 2012), demonstrando boa consistência interna em ambos os estudos.

Avaliação Funcional da Terapia de Doença Crônica – Escala de Bem-Estar Espiritual

(FACIT-Sp12): é um questionário de 12 itens que mede espiritualidade em pessoas com câncer e outras doenças crônicas. É subdividida em três fatores: significado, paz e fé (CANADA et al., 2008; PETERMAN et al., 2002). O instrumento foi originalmente validado com 1617 pacientes oncológicos e HIV positivos, no qual foram demonstradas boas propriedades psicométricas (PETERMAN et al., 2002). Tem sido usado com sucesso para avaliar a espiritualidade através de uma ampla gama de tradições religiosas (BREDLE et al., 2011; LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013). O instrumento foi validado na versão em português, no Brasil (LUCCHETTI et al., 2015). Segundo os autores, a versão em português do FACIT-Sp12 é uma medida válida e confiável e é adequado em estudos da espiritualidade e sua influência sobre a saúde por pesquisadores (LUCCHETTI et al., 2015). A FACIT-Sp12 é uma medida para avaliar espiritualidade em pessoas que se identificam como espirituais, mas não necessariamente religiosas, fornece uma medida de espiritualidade que não é tendenciosa, a favor ou contra um determinado grupo religioso (LUCCHETTI et al., 2015). Os itens da escala não fazem qualquer referência a crenças ou práticas religiosas específicas (PETERMAN et al., 2002). Escores mais altos indicam maiores níveis de espiritualidade (MURPHY et al., 2010; PETERMAN et al., 2002).

5.7 ESTUDO PILOTO

Antes da coleta de dados propriamente dita, foi realizado um estudo piloto com o intuito de verificar a adequação da metodologia proposta à realidade local, identificar possíveis problemas quanto ao manuseio e preenchimento dos formulários de registro e tempo de coleta de dados, conforme recomendado por Lacerda (2006).

O estudo piloto foi realizado por apenas uma pesquisadora e aconteceu em quatro dias, entre 25 de maio e 01 de junho de 2015, no período da manhã. Participaram dessa etapa 10 pacientes em consulta de seguimento médico no setor de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço, Odontologia e Fonoaudiologia do HAJ/ACCG.

O tempo de entrevista iniciou com aproximadamente 40 minutos, reduzindo para 27 minutos à medida que a pesquisadora foi se familiarizando melhor com as perguntas. Foi identificada a necessidade de reorganização na sequência dos dados a serem coletados e, assim, os instrumentos foram readequados para a coleta definitiva (Apêndice B, C e D).

O fato de alguns pacientes sentirem a necessidade de explicar ou justificar suas respostas acabou aumentando consideravelmente o tempo de algumas entrevistas.

5.8 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de junho de 2015 a junho de 2016 por duas pesquisadoras capacitadas e treinadas para isso. A doutoranda foi auxiliada por uma graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (UFG), bolsista de iniciação científica.

A coleta de dados seguiu a seguinte sequência: O paciente passava pela consulta agendada com a equipe do HAJ, e se preenchesse os critérios de inclusão da pesquisa, era feito o convite para a participação, ainda dentro do consultório. Caso o paciente aceitasse, passava-se a um local mais reservado, fazia-se a leitura e a assinatura do TCLE (Apêndice A). Na sequência, o preenchimento do formulário clínico de avaliação da sequela (Apêndice C), e a entrevista (Apêndice D). Por fim, sem a presença do paciente, era realizada a coleta de dados no prontuário (Apêndice B).

A coleta de dados clínicos de avaliação da sequela da cirurgia aconteceu no mesmo local da entrevista, não foi utilizado qualquer instrumental, apenas a observação direta da deformidade visível na região de cabeça e pescoço. Muitos pacientes traziam suas sequelas

tampadas por lenços ou máscaras; neste caso, era solicitada a sua retirada para a melhor observação e registro da descrição e classificação do grau de desfiguração.

Na entrevista, as pesquisadoras faziam a leitura da pergunta e suas alternativas. Como recurso auxiliar, era utilizado um cartão em que as opções de resposta foram impressas em letras e números grandes (Apêndice E).

Foi utilizada uma abordagem amistosa, com linguagem de fácil compreensão, evitando ambiguidade e se precavendo para que não houvesse condução das respostas por parte das pesquisadoras (HULLEY et al., 2003, MARCONI; LAKATOS, 2005).

5.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, incluindo a distribuição das frequências, médias de resumo de tendência central e de variabilidades e inferencial utilizando testes de comparação entre as variáveis dependentes (relacionadas à QV e autopercepção da aparência) e as demais variáveis independentes explicativas (religiosidade, espiritualidade) e possíveis confundidoras (sociodemográficas, clínicas e comportamentos em saúde).

Foi utilizado o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição das variáveis dependentes e independentes explicativas. Verificou-se que os dados não apresentavam distribuição normal. Assim, optou-se por transformar as variáveis em dados categóricos, no qual os escores foram dicotomizados usando-se a mediana como ponto de corte e codificados em:

Qualidade de vida (FACT-HN)	Baixa (abaixo da mediana: 38-99)
	Alta (igual ou acima da mediana: 100-142)
Qualidade de vida (UW-QOL)	Baixa (abaixo da mediana: 166-741)
	Alta (igual ou acima da mediana: 742-1200)
Autopercepção da aparência	Baixa (abaixo da mediana: 21-32)
	Alta (igual ou acima da mediana 33-75)
Religiosidade	Baixa (abaixo da mediana: 5-22)
	Alta (igual ou acima da mediana: 23-27)
Espiritualidade	Baixa (abaixo da mediana: 7-35)
	Alta (igual ou acima da mediana: 36-78)

Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar a existência de associação entre as variáveis. Para a análise multivariada, foram selecionadas aquelas com nível de significância $p < 0,20$ observado na análise bivariada e por meio do teste de regressão de Poisson, com variância robusta. Foram construídos modelos para cada uma das variáveis independentes explicativas, que foram associadas à QV e à autopercepção da aparência na primeira etapa da análise. Utilizou-se como medida de efeito a Razão de Prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se o programa estatístico IBM-SPSS 22.0.

6 ARTIGOS

Os resultados e a discussão do estudo serão apresentados em dois manuscritos originais, redigidos de acordo com as normas dos periódicos a serem submetidos para publicação.

6.1 ARTIGO 1 – A ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva

Instruções aos autores – Anexo C.

Título: Qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade em pacientes com sequelas de cirurgia oncológica em cabeça e pescoço.

6.2 ARTIGO 2 – A ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

Instruções aos autores – Anexo D.

Título: Câncer de cabeça e pescoço: autopercepção da aparência, religiosidade e espiritualidade.

6.1 ARTIGO 1 – A ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva

Qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade em pacientes com sequelas de cirurgia oncológica em cabeça e pescoço

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre Qualidade de Vida (QV) e religiosidade/espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na cabeça e pescoço. Estudo transversal em 202 pacientes adultos de um centro de referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste brasileiro. Dados psicossociais, demográficos, comportamentais e clínicos foram coletados por meio de entrevistas, exame clínico e busca nos prontuários. Os instrumentos para avaliar os aspectos psicossociais foram: *Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck* (FACT-HN); Questionário de QV da Universidade de Washington para pacientes com câncer de cabeça e pescoço (UW-QOL); Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp12). No modelo final da regressão de Poisson, as variáveis associadas à QV (FACT-HN) alta foram: religiosidade e espiritualidade alta, sexo masculino, tempo de cirurgia igual ou maior a dois anos. As associadas à QV (UW-QOL) alta foram: religiosidade alta, sítios do câncer exceto na cavidade oral e orofaringe, tipos do câncer exceto os espinocelular e basocelular, local da sequela exceto nos terços inferior/cervical e apenas cirurgia como tratamento. Os resultados mostram a existência de associação entre QV, religiosidade e espiritualidade, independente de variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

Palavras-chave Neoplasias de Cabeça e Pescoço, Oncologia, Qualidade de Vida, Religião, Espiritualidade

Abstract

The objective of this study was to analyze the association between quality of life (QoL) and religiousness/ spirituality in patients with apparent sequelae of oncologic surgery in their head and neck. Cross-sectional study in 202 adult patients in a reference center for cancer treatment in Midwest Brazil. Psychosocial, sociodemographic, behavioral clinical data were collected through interviews, clinical examination and searching records. Instruments: Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck (FACT-HN); University of Washington QOL Questionnaire for patients with head and neck cancer (UW-QOL); Index of Religiosity Duke University (DUREL) and Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp12). In the Poisson regression final model, the variables associated with QOL (FACT-HN) were high religiosity and high spirituality, male, surgery time equal to or greater than two years. Associated with high QOL (UW-QOL) were high religiousness, cancer sites except oral cavity and oropharynx, types except basal cell and squamous cell cancer, site of the sequel except lower thirds / cervical and only surgery as treatment. The results showed associations between QOL, religiosity and spirituality, regardless of demographic, clinical and behavioral variables.

Key words Head and Neck Neoplasms, Medical Oncology, Quality of Life, Religion, Spirituality

Introdução

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) ou seu tratamento podem ter consequências devastadoras na vida das pessoas com alterações fisiológicas e psicossociais, que afetam profundamente a sua Qualidade de Vida (QV)¹⁻³.

A natureza desse tipo de câncer e seu tratamento requerem uma abordagem mais ampla, que inclua a avaliação da QV dos pacientes, a fim de dar suporte à população

envolvida em relação às formas de como vivenciar o processo saúde-doença da melhor maneira possível. Assim, torna-se necessário investigar domínios ligados a fatores psicossociais que possam servir como alvos para intervenções⁴⁻⁶. As revisões de literatura acerca dos reflexos das sequelas funcionais e psicossociais na QV em indivíduos com CCP ressaltam a necessidade de estudos que permitam análises mais conclusivas⁶⁻¹².

Dentre os resultados descritos nessas revisões, destacamos a importância de encontrar preditores psicossociais positivos para intervenções na prática clínica⁶. Essa população é formada por indivíduos com alta incidência de depressão, tendo sido encontradas diferenças estatísticas significativa na sobrevida de pacientes entre os grupos com e sem depressão⁷. Autores lembram que as sequelas funcionais refletem em perdas físicas e também psicossociais^{9,10}. Foram encontradas evidências de que a atividade física pode ser um importante fator de proteção para o paciente com CCP, melhorando sua QV¹¹.

Dentre os fatores psicossociais de importância para o CCP estão aqueles relacionados à religiosidade e à espiritualidade. Religião é um constructo multidimensional, que inclui crenças, comportamentos, rituais e cerimônias, os quais podem ser praticados em ambientes privados ou públicos¹³. Espiritualidade inclui dimensões como: uma busca pessoal de significado e propósito na vida, conexão com uma dimensão transcendente da existência, e as experiências e sentimentos associados a essa busca e essa ligação^{14,15}. Assim, tanto a religiosidade quanto a espiritualidade podem influenciar pacientes no que se refere à sua capacidade de lidar com o estresse, perdas, doença, e na forma como as pessoas se relacionam com os outros, isto é, amigos, família e profissionais de saúde, que podem ser relevantes em suas vidas¹⁴.

Há poucos estudos sobre a religiosidade em pacientes com câncer. Os resultados mostram que indivíduos com ansiedade ou depressão tiveram religiosidade mais baixa¹⁶ ou que o estado de ansiedade foi correlacionado negativamente à religiosidade não

organizacional (atividades religiosas individuais)¹⁷. A influência da religiosidade na QV de pacientes com CCP tem sido pouco estudada. Além disso, observa-se pouca profundidade nas investigações, nas quais são consideradas apenas ter ou não crença religiosa¹⁸⁻²².

Existe uma proximidade entre os termos religiosidade e enfrentamento religioso. O enfrentamento (*coping*) religioso é definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos a fim de facilitar a resolução de problemas para prevenir ou atenuar as consequências emocionais negativas de circunstâncias estressantes da vida²³. No entanto, segundo Block²⁴, "ter uma forte identificação religiosa" e "engajar-se em estratégias religiosas de enfrentamento" são coisas distintas. Estratégias de enfrentamento têm sido associadas a uma melhor QV em pacientes com CCP²⁵⁻²⁸.

A influência da espiritualidade em pacientes com câncer tem sido mais investigada do que a da religiosidade, e os estudos mostram que escores de espiritualidade alta estão associados positivamente com a QV²⁹⁻³³ e, negativamente, com escores de fadiga³⁴. A baixa espiritualidade foi associada também com pior saúde física e mental³⁵. Contudo, não foram encontrados estudos que abordassem especificamente o CCP.

Considerando a evidência em relação a outros tipos de câncer²⁹⁻³⁵, acredita-se que a religiosidade e a espiritualidade influenciam positivamente na forma como os indivíduos com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço lidam com sua condição clínica. O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

Métodos

Realizou-se estudo transversal em um centro de referência no tratamento do câncer localizado no Centro-Oeste brasileiro. A população estudada foi de pacientes com

deformidade visível na região de cabeça e pescoço devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer. Os pacientes foram atendidos no período de um ano, entre junho/2015 a junho/2016. A amostra foi de conveniência, e os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, capaz de comunicar-se de forma eficiente, utilizando algum recurso linguístico possível de compreensão (fala, gesto ou escrita) e ter realizado a cirurgia pelo menos seis meses antes da abordagem para a pesquisa a fim de excluir qualquer desdobramento de cicatrizes em consequência da cirurgia. Os critérios de exclusão foram: indivíduos em estado de saúde debilitado que impossibilitasse a entrevista ou em fase terminal e indivíduos reabilitados por meio de prótese bucomaxilofacial..

Foram coletados dados sobre características sociodemográficas, condições clínicas da doença e tratamento, com buscas nos prontuários. Dados clínicos da avaliação da seqüela da cirurgia, coletados por meio de exame clínico e dados socioeconômicos e comportamentais relacionadas ao câncer e dados psicossociais, mediante entrevistas. Dados psicossociais sobre QV, religiosidade e espiritualidade foram coletados por meio dos seguintes instrumentos: *Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck 4.0* (FACT-HN)⁴; Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington para pacientes com câncer de cabeça e pescoço 4.0 (UW-QOL)³⁶; Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL)³⁷; e a escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp12)³⁸.

O questionário de qualidade de vida FACT-HN possui uma parte geral sobre QV (*Functional Assessment of Cancer Therapy – FACT-G 4.0*), disposta em quatro domínios: bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional, distribuídos em 27 itens³⁹, e um componente específico para uso em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck Scale – FACT-HN*), que aborda

os efeitos da doença ou do tratamento relevantes para o sítio específico com 12 itens, ambos em uma escala tipo Likert 0-4 (nem um pouco – muitíssimo)⁴.

A versão atual do UW-QOL possui 12 questões acerca de diferentes dimensões de QV relacionadas a funções específicas de cabeça e pescoço e afins: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fonação, função do ombro, paladar, saliva, humor e ansiedade. Cada questão apresenta de três a cinco categorias de resposta com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor)³⁶.

O DUREL é uma medida breve multidimensional de religiosidade amplamente utilizada no mundo^{37,40}. O instrumento apresenta cinco itens e avalia as três principais dimensões de religiosidade que mais se relacionam com os desfechos de saúde: a religiosidade organizacional (RO), a religiosidade não organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI) ou religiosidade subjetiva³⁷. As opções de resposta são em uma escala Likert de 5 ou 6 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a religiosidade em cada uma das subescalas⁴⁰.

A escala FACIT-Sp12 é composta de 12 itens que medem a espiritualidade³⁸. É subdividida em três subdomínios: paz, significado e fé^{41,42} e validado na versão em português⁴³. O instrumento busca avaliar espiritualidade, para pessoas que se identificam como espirituais, mas não necessariamente religiosas. Escores mais altos indicam maiores níveis de espiritualidade³⁸.

Foi realizado um estudo piloto para avaliação prévia do instrumento com 10 pacientes em consulta de seguimento médico/odontológico no mesmo centro de referência do estudo. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras, as quais tinham acesso aos prontuários dos participantes antes da consulta de seguimento no ambulatório. Caso preenchessem os critérios de inclusão, os pacientes eram convidados a participar da pesquisa e, caso aceitassem, passava-se a um local mais reservado para a realização da entrevista.

Os dados foram inicialmente analisados por meio da estatística descritiva, utilizando a distribuição das frequências e da estatística inferencial, com testes de comparação entre as variáveis dependentes (relacionadas à QV: FACT-HN e UW-QOL) e as independentes explicativas (religiosidade – DUREL e espiritualidade – FACIT-Sp12). As possíveis variáveis confundidoras foram as sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Para as análises, as variáveis numéricas foram transformadas em categóricas e dicotomizadas com ponto de corte no percentil 50, obtendo os escores de alta e baixa QV, religiosidade e espiritualidade.

Na análise bivariada, utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson, para verificar a existência de associação entre cada uma das variáveis dependentes e as variáveis independentes. Para a análise de Regressão de Poisson com variância robusta, foram selecionadas aquelas com nível de significância $p < 0,20$ observado na análise bivariada. Foram construídos modelos para cada uma das variáveis explicativas que foram associadas à QV na etapa da análise não ajustada, considerando-se o valor de $p < 0,05$. Utilizou-se, como medida de efeito, a Razão de Prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95% (IC95%), por meio do programa estatístico IBM-SPSS 22.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o parecer nº 1.013.228 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás, com o parecer nº 1.058.864.

Resultados

A amostra foi composta por 202 pacientes com idade entre 22 e 93 anos (média=58,6; dp =11,6). A maior parte dos participantes, era do sexo masculino, casada (63,9%), morava com a família/companheiro (a) (87,1%) e pertencia às classes econômicas B e C (69,3%) (Tabela 1).

Quanto aos dados clínicos relacionados ao câncer, a maioria (66,4%) compreendia tumores maiores (T3+T4) (Tabela 1). Os sítios do câncer mais prevalentes foram: cavidade oral (33,2%), pele (16,8%), orofaringe (13,9%) e laringe (13,9%). O tipo mais frequente foi o espinocelular (76,7%). O local da seqüela mais observado foi o terço inferior da face e/ou cervical (88,6%). A abordagem cirúrgica mais identificada foi o esvaziamento cervical (60,4%), realizado há dois anos ou mais (55,4%).

Utilizando-se o instrumento FACT-HN para QV, o escore médio total foi de 97,9 (dp=20,1) e a mediana 100,0. Com o instrumento UW-QOL, o escore médio da QV total foi de 744,6 (dp=228,0) e mediana 742. Quanto maior o escore, melhor a QV.

O escore médio da variável religiosidade (DUREL) foi de 21,6 (dp=5,0), e a mediana foi de 23. Quanto à espiritualidade (FACIT-Sp12), o escore médio foi de 35,5 (dp=7,5), com a mediana de 36.

Os resultados da análise bivariada da associação entre QV avaliada pelo instrumento FACT-HN e as variáveis independentes estão na Tabela 1. Houve diferença significativa nas proporções de indivíduos em relação às duas variáveis explicativas: religiosidade ($p=0,019$) e espiritualidade ($p=0,000$). O percentual de indivíduos com religiosidade alta, assim como aqueles com espiritualidade alta, foi maior entre os com QV alta. Entre as variáveis sociodemográficas, o sexo masculino apresentou associação significativa com a QV alta ($p=0,049$). Nenhuma das variáveis comportamentais foi associada ao desfecho. Dentre as variáveis clínicas, apenas o tempo após a cirurgia mais mutilante foi significativa ($p=0,001$). Um percentual maior de indivíduos com o tempo após a cirurgia mais mutilante igual ou maior a dois anos teve QV alta.

A análise bivariada da associação entre QV avaliada pelo instrumento UW-QOL e as variáveis independentes estão na Tabela 2. Diferença significativa foi identificada na proporção de indivíduos em relação à variável explicativa religiosidade ($p=0,005$). Nenhuma

das variáveis sociodemográficas foi associada ao desfecho. Foi identificada significância nas seguintes variáveis clínicas: sítio do câncer ($p=0,011$), local da sequela ($p=0,000$) e tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia ($p=0,000$). Um percentual maior de pessoas com religiosidade alta teve QV alta, assim como indivíduos com câncer em outros sítios na região de cabeça e pescoço, em outros terços e apenas cirurgia como tratamento.

Os resultados da análise de regressão de Poisson estão nas Tabelas 3 a 5. Foram construídos modelos para cada uma das variáveis explicativas que foram associadas à QV na primeira etapa da análise, os quais serão descritos separadamente a seguir.

Qualidade de vida (FACT-HN) e religiosidade

No modelo não ajustado, foram significativas as variáveis religiosidade e tempo após cirurgia mais mutilante (Tabela 3). Na análise ajustada, além das associações já citadas, a variável sexo passou a ser significativa, sendo que a prevalência de QV alta em pacientes com baixa religiosidade foi 0,88 vezes menor do que em pacientes com religiosidade alta e 0,88 vezes menor em mulheres do que em homens. Em pacientes que realizaram a cirurgia mais mutilante há menos de dois anos, a prevalência foi menor 0,85 vezes em comparação com pacientes que realizaram cirurgia há dois anos ou mais.

Qualidade de vida (FACT-HN) e espiritualidade

Na análise não ajustada da associação entre QV (FACT-HN) e espiritualidade, foram significativas as variáveis sexo e tempo após cirurgia mais mutilante, assim como no modelo ajustado (Tabela 4). Na análise ajustada, a prevalência de QV alta foi 0,75 vezes menor em pacientes com baixa espiritualidade do que em pacientes com espiritualidade alta, assim como em mulheres foi 0,85 vezes menor do que em homens e, em pacientes com tempo de cirurgia menor que dois anos, foi 0,86 vezes menor do que em pacientes com tempo de cirurgia com dois anos ou mais de cirurgia.

Qualidade de vida (UW-QOL) e religiosidade

Na análise não ajustada, foram significativas as variáveis religiosidade, sítio e tipo de câncer, local da sequela e tratamento cirúrgico (Tabela 5). No modelo ajustado, a associação entre QV e religiosidade permaneceu, porém reduziu a significância. A variável sítio do câncer perdeu sua significância após o ajuste, enquanto que o tipo de câncer, o local da sequela e tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia permaneceram significantes.

A prevalência de QV alta foi 0,91 vezes menor em pacientes com baixa religiosidade quando comparados com pacientes com religiosidade alta. A prevalência da QV alta em pacientes com sequela no terço inferior da face e região cervical foi 0,77 vezes menor do que em pacientes com sequela em outros terços, e foi 0,81 vezes menor do que em pacientes com tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia, quando comparados com pacientes com apenas tratamento cirúrgico.

Discussão

O presente estudo confirmou que, em pacientes com sequelas visíveis de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço, a QV (FACT-HN) está associada à religiosidade, mesmo após ajuste para outras variáveis, confirmando a influência positiva do aspecto religioso na QV de pacientes com câncer^{16,17}.

A associação entre QV (FACT-HN) e a variável sexo apresentou $p=0,052$ no modelo não ajustado. Alguns estudos relacionados ao câncer não identificaram associação significativa entre essas variáveis^{32,44} ou ao CCP^{7, 45-47}. Embora mulheres sejam consideradas mais religiosas^{48,49}, elas são mais sensíveis às interferências negativas na QV^{50,51}. No entanto, em alguns estudos, foram identificadas diferenças significativas^{50,51}.

A associação encontrada entre QV (FACT-HN) e espiritualidade, mesmo após ajuste, foi também identificada em outros estudos, considerando pacientes com outros tipos de câncer^{29,30,32,33}.

Tanto para o modelo QV (FACT-HN) e religiosidade quanto à espiritualidade, o tempo maior ou igual a dois anos após a cirurgia mais mutilante influenciaram favoravelmente a QV do paciente. Johnson et al.³³ verificaram que a correlação entre a espiritualidade e a QV reduziu perto do fim do tratamento de radiação, e melhorou após 8 e 27 semanas depois do início do tratamento, corroborando com os resultados identificados nesta pesquisa. Outros estudos também identificaram que a QV melhorou, ao longo do tempo, de forma significativa^{45,47,52}.

Gobbo et al.⁵¹ registraram melhora ao longo do tempo, porém alertam que complicações crônicas relacionadas à radioterapia em associação com a cirurgia, geralmente aparecem de 6 a 12 meses após a radioterapia. Estudos que analisaram reflexos da cirurgia na QV dos pacientes, comparando o momento antes e depois da intervenção, mostraram redução significativa nos escores de QV^{53,54}.

O presente estudo também confirmou a associação entre QV (UW-QOL) alta e a religiosidade alta, mesmo após o ajuste pelas demais variáveis, reafirmando a influência do aspecto religioso na QV de pacientes com câncer^{16,17}.

Outros estudos em pacientes com CCP também identificaram associações significativas entre pior QV e sítio do câncer (cavidade oral e orofaringe)^{50,51}, assim como para o tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia⁵⁰.

Os pacientes com CCP submetidos ao tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia geralmente apresentam efeitos secundários tais como: mucosite, xerostomia, perda de paladar, dificuldade em engolir, cáries e trismo, bem como complicações crônicas. E esses efeitos resultam em dor ou dificuldade nas atividades

diárias⁵¹. Outros estudos identificaram redução da QV relacionada ao tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia⁵⁴.

Existem algumas possíveis explicações para as associações encontradas no presente estudo. A religiosidade ajuda as pessoas a lidar com a doença e suas consequências, amenizando o estresse, fortalecendo os pensamentos positivos, refletindo na QV^{13,16,17}. Também a espiritualidade é considerada uma forma de enfrentamento da doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou de obter maior esperança de cura com o tratamento²⁹⁻³³.

Uma limitação do presente estudo é a amostra por conveniência, que implica em resultados menos generalizáveis à população maior. Outra é o tamanho reduzido da amostra, que pode impossibilitar a identificação de diferenças significativas. O delineamento transversal limita conclusões acerca de alterações na espiritualidade ao longo do tempo.

Achados do presente estudo reforçam a ideia do impacto negativo do CCP e seu tratamento nos domínios da QV. Pesquisas futuras sobre a associação entre QV e religiosidade/espiritualidade em pacientes com CCP com uma amostra maior devem ser realizadas, de modo a esclarecer os efeitos e as interações desses importantes fatores com maior profundidade. Essas evidências poderiam orientar os profissionais da saúde na tomada de decisões em tratamentos centrados no paciente e na sua realidade, a fim de melhorar o impacto da doença na QV.

Conclui-se que a religiosidade e a espiritualidade têm influência sobre aspectos relacionados à QV de pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço, independente de variáveis sociodemográficas, clínicas ou comportamentais. Nesse sentido, a atenção voltada para a dimensão religiosa e espiritual desses pacientes podem ser uma importante estratégia no manejo do câncer de cabeça e pescoço, seu tratamento e sequelas.

Referências

1. Machado BCP, Gonçalves LM, Bezerra Júnior JRS, Cruz MCFN. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão. *RBPS* 2009; 11(4):62-8.
2. Onakoya PA, Nwaorgu OG, Adenipekun AO, Aluko AA, Ibekwe TS. Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancers. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(5):765-70.
3. Balfour A, Rhys-Evans PH, Patel SG. Head and neck malignancy: an overview. In: Montgomery PQ, Rhys-Evans PH, Gullane PJ. *Principles and practice of head and neck surgery and oncology* 2. ed. London: Informa healthcare, 2009. p. 1-13.
4. List MA, D'Antonio LL, Cella DF, Siston A, Mumby P, Haraf D, Vokes E. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy head and neck scale - a study of utility and validity. *Cancer* 1996; 77(11):2294-301.
5. Murphy BA, Ridner S, Wells N, Dietrich M. Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007; 62(3):251-67.
6. Sherman AC, Simonton S. Advances in quality of life research among head and neck cancer patients. *Curr Oncol Rep* 2010; 12(3):208-15.
7. Barber B, Dergousoff J, Slater L, Harris J, O'Connell D, El-Hakim H, Biron VL, Mitchell N, Seikaly H. Depression and survival in patients with head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 142(3):284-8.
8. Bressan V, Stevanin 2, Bianchi M, Aleo G, Bagnasco A, Sasso L. The effects of swallowing disorders, dysgeusia, oral mucositis and xerostomia on nutritional status, oral intake and weight loss in head and neck cancer patients: a systematic review. *Cancer Treat Ver* 2016; 45:105-19.

9. Ganzer H, Touger-Decker R, Byham-Gray L, Murphy BA, Epstein JB. The eating experience after treatment for head and neck cancer: a review of the literature. *Oral Oncol* 2015; 51(7):634-42.
10. Rhoten BA, Murphy B, Ridner SH. Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral Oncol* 2013; 49(8):753-60.
11. Sammut L, Ward M, Patel N. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: a literature review. *Int J Sports Med* 2014; 35(9):794-9.
12. Verdonck-de Leeuw IM, van Nieuwenhuizen A, Leemans CR. The value of quality-of-life questionnaires in head and neck cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 20(2):142-7.
13. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012; 16.
14. Büssing A, Baumann K, Hvidt NC, Koenig HG, Puchalski CM, Swinton J. Spirituality and health: editorial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014.
15. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Scott AB. The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. *J Pers* 1999; 67(6):889–919.
16. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, Zainal NZ. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. *J Relig Health* 2016; 10.
17. Carvalho CC, Chaves Ede C, Iunes DH, Simão TP, Grasselli CS, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(4):683-9.
18. Amin M, Glynn F, Rowley S, O'Leary G, O'Dwyer T, Timon C, Kinsella J. Complementary medicine use in patients with head and neck cancer in Ireland. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010; 267(8):1291-7.

19. Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, et al. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol* 2006; 182(5):270-6.
20. Chen SC, Yu WP, Chu TL, Hung HC, Tsai MC, Liao CT. Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. *Cancer Nurs* 2010; 33(4):280-9.
21. Chen SC, Lai YH, Liao CT, Chang JT, Lin CY, Fan KH, et al. Supportive care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Psychooncology* 2013; 22(6):1220-8.
22. Wong YK, Tsai WC, Lin JC, Poon CK, Chao SY, Hsiao YL, et al. Socio-demographic factors in the prognosis of oral cancer patients. *Oral Oncol* 2006; 42(9):893-906.
23. Pargament KI: *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 2001.
24. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. *J Palliat Med* 2006; 9(3):751-72.
25. Guerrero GP. *Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Ribeirão Preto: Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto , 2011.
26. Rana M1, Gellrich NC, Czerns F, Kanatas A, Rana M. Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Support Care Cancer* 2014; 22(11):2981-6.
27. Jagannathan A, Juvva S. Life after cancer in India: coping with side effects and cancer pain. *J Psychosoc Oncol* 2009; 27(3):344-60.
28. Seiferlein E, Haderlein T, Schuster M, Gräßel E, Bohr C. Correlation between coping strategies and subjective assessment of the voice-related quality of life of patients after resection of T1 and T2 laryngeal tumours. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012; 269(9):2091-6.

29. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med* 2015; 18(3):286-98.
30. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8(5):417-28.
31. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1999; 8(5):429-38.
32. Dapuelto JJ, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of quality of life in patients with cancer. *Cancer* 2005; 103(5):1072-81.
33. Johnson ME, Piderman KM, Sloan JA, Huschka M, Atherton PJ, Hanson JM, et al. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *J Support Oncol* 2007; 5(9):437-42.
34. Lewis S, Salins N, Rao MR, Kadam A. Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther* 2014; 10(3):676-80.
35. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology* 2006; 15(2):121-31.
36. Hassan SJ, Weymuller EA. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck* 1993; 15(6):485-96.
37. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions* 2010; 1(1):78-85.

38. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002; 24(1):49-58.
39. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3):570-9.
40. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health* 2012; 51(2):579-86.
41. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011; 2(1):77-94.
42. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psychooncology* 2008; 17(9):908-16.
43. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bernardin Gonçalves JP, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health* 2015; 54(1):112-21.
44. Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening. *Qual Life Res* 2002; 11(3):207-21.
45. Efunkoya AA, Adebola RA, Omeje KU, Amole IO, Akhiwu BI, Osunde DO. Quality of life following surgical treatment of oral cancers. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2015; 41(1):19-25.
46. Ghazali N, Lowe D, Rogers SN. Enhanced patient reported outcome measurement suitable for head and neck cancer follow-up clinics. *Head Neck Oncol* 2012; 13;4:32.

47. Ringash J, Lockwood G, O'Sullivan B, Warde P, Bayley A, Cummings B, et al. Hyperfractionated, accelerated radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: quality of life in a prospective phase I/II trial. *Radiother Oncol* 2008; 87(2):181-7.
48. Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *J Clin Nurs* 2009; 18(5):637-51.
49. Rosado-Nunes MJ. Gênero e religião. *Estud Fem* 2005; 13(2):363-365.
50. Bilal S, Doss JG, Cella D, Rogers SN. Quality of life associated factors in head and neck cancer patients in a developing country using the FACT-H&N. *J Craniomaxillofac Surg* 2015; 43(2):274-80.
51. Gobbo M, Bullo F, Perinetti G, Gatto A, Ottaviani G, Biasotto M, et al. Diagnostic and therapeutic features associated with modification of quality-of-life's outcomes between one and six months after major surgery for head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82(5):548-57.
52. Eadie TL, Bowker BC. Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 146(6):959-65.
53. Biazevic MG, Antunes JL, Togni J, Andrade FP, Carvalho MB, Wünsch-Filho V. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(3):279-84.
54. Kazi R, Johnson C, Prasad V, Cordova J, Venkitaraman R, Nutting CM, et al. Quality of life outcome measures following partial glossectomy: assessment using the UW-QOL scale. *J Cancer Res Ther* 2008; 4(3):116-20.

Tabela 1. Resultado da associação bivariada entre Qualidade de Vida (FACT-HN) e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas, clínicas e comportamentais). Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Variáveis explicativas	Frequência n (%)	Escores (QV) FACT-HN Baixa	Escores (QV) FACT-HN Alta	p*
Religiosidade				
Baixa	91 (45%)	52 (57,1)	39 (42,9)	0,019
Alta	111 (55%)	45 (40,5)	66 (59,5)	
Espiritualidade				
Baixa	88 (43,6%)	62 (70,5)	26 (29,5)	0,000
Alta	114 (56,4%)	35 (30,7)	79 (69,3)	
Variáveis sociodemográficas**				
Sexo				
Feminino	48 (23,8%)	29 (60,4)	19 (39,6)	0,049
Masculino	154 (76,2%)	68 (44,2)	86 (55,8)	
Faixa etária (em anos)				
58-93	101 (50,0%)	47 (46,5)	54 (53,5)	0,673
22-57	101 (50,0%)	50 (49,5)	51 (50,5)	
Raça / Cor				
Branca	83 (41,1%)	36 (43,4)	47 (56,6)	0,270
Não Branca	119 (58,9%)	61 (51,3)	58 (48,7)	
Escolaridade				
Analfabeto	34 (16,8%)	20 (58,8)	14 (41,2)	0,347
0 a 7 anos	106 (52,5%)	50 (47,2)	56 (52,8)	
8 anos ou mais	62 (30,7%)	27 (43,5)	35 (56,5)	
Estado civil				
Não casado	73 (36,1%)	40 (54,8)	33 (45,2)	0,147
Casado	129 (63,9%)	57 (44,2)	72 (55,8)	
Mora com a família / companheiro				
Não	26 (12,9%)	16 (61,5)	10 (38,5)	0,139
Sim	176 (87,1%)	81 (46,0)	95 (54,0)	
Trabalha atualmente				
Não	184 (91,1%)	90 (48,9)	94 (51,1)	0,417
Sim	18 (8,9%)	07 (38,9)	11 (61,1)	
Classificação socioeconômica				
Baixa (D e E)	62 (30,7%)	34 (54,8)	28 (45,2)	0,197
Alta (B e C)	140 (69,3%)	63 (45,0)	77 (55,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características clínicas do câncer**	Frequência n (%)	Escores (QV) FACT-HN Baixa	Escores (QV) FACT-HN Alta	p*
Estágio T da lesão (n=143)***				
T3 + T4	95 (66,4%)	48 (50,5)	47 (49,5)	0,444
T1 + T2	48 (33,6%)	21 (43,8)	27 (56,3)	
Sítio do câncer				
Cavidade oral	67 (33,2%)	38 (56,7)	29 (43,3)	0,081
Outros	135 (66,8%)	59 (43,7)	76(56,3)	
Tipo do Câncer				
Espinocelular	155 (76,7%)	72 (46,5)	83 (53,5)	0,355
Basocelular	17 (8,4%)	11 (64,7)	06 (35,3)	
Outros	30 (14,9%)	14 (46,7)	16 (53,3)	
Status da doença				
Primária	134 (66,3%)	66 (49,3)	68 (50,7)	0,622
Recorrente	68 (33,7%)	31 (45,6)	37 (54,4)	
Local da sequele				
Terço inf./cervical	179 (88,6%)	89 (49,7)	90 (50,3)	0,177
Outros terços	23 (11,4%)	08 (34,8)	15 (65,2)	
Abordagem cirúrgica				
Ressecção cirúrgica + esvaz. cervical	122 (60,4%)	59 (48,4)	63 (51,6)	0,905
Ressecção cirúrgica	80 (39,6%)	38 (47,5)	42 (52,5)	
Tempo após a cirurgia mais mutilante				
< 2 anos	90 (44,6%)	55 (61,1)	35 (38,9)	0,001
≥ 2 anos	112 (55,4%)	42 (37,5)	70 (62,5)	
Tratamento				
Cirúrgico+(RT/QT)	173 (85,6%)	87(50,3)	86 (49,7)	0,115
Apenas cirúrgico	29 (14,4%)	10 (34,5)	19 (65,5)	
Variáveis comportamentais**	Frequência n (%)	Escores (QV) FACT-HN Baixa	Escores (QV) FACT-HN Alta	p*
Etilismo				
Sim	137 (67,8%)	66 (48,2)	71 (51,8)	0,949
Não	65 (32,2%)	31 (47,7)	34 (52,3)	
Tabagismo				
Fuma/Parou fumar	158 (78,2%)	79 (50,0)	79 (50,0)	0,286
Não fuma/Nunca fumou	44 (21,8%)	18 (40,9)	26 (59,1)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras.

*** Considerando apenas os prontuários que tinham essa informação.

RT – Radioterapia

QT – Quimioterapia.

Tabela 2. Resultado da associação bivariada entre Qualidade de Vida (UW-QOL) e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas, clínicas e comportamentais). Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Variáveis explicativas	Frequência n (%)	Escores (QV) UW-QOL Baixa	Escores (QV) UW-QOL Alta	p*
Religiosidade				
Baixa		55 (60,4)	36 (39,6)	0,005
Alta		45 (40,5)	66 (59,5)	
Espiritualidade				
Baixa		50 (56,8)	38 (43,2)	0,068
Alta		50 (43,9)	64 (56,1)	
Variáveis sociodemográficas**				
Sexo				
Feminino		26 (54,2)	22 (45,8)	0,459
Masculino		74 (48,1)	80 (51,9)	
Faixa etária (em anos)				
22-57		56 (55,4)	45 (44,6)	0,091
58-93		44 (43,6)	57 (56,4)	
Raça / Cor				
Branca		44 (53,0)	39 (47,0)	0,405
Não Branca		56 (47,1)	63(52,9)	
Escolaridade				
Analfabeto		17 (50,0)	17 (50,0)	0,907
0 a 7 anos		51 (48,1)	55 (51,9)	
8 anos ou mais		32 (51,6)	30 (48,4)	
Estado civil				
Não casado		38 (52,1)	35 (47,9)	0,586
Casado		62 (48,1)	67(51,9)	
Mora com a família / companheiro				
Não		16 (61,5)	10 (38,5)	0,189
Sim		84 (47,7)	92 (52,3)	
Trabalha atualmente				
Não		94 (51,5)	90 (48,9)	0,150
Sim		06 (33,3)	12 (66,7)	
Classificação socioeconômica				
Baixa (D e E)		30 (48,4)	32 (51,6)	0,833
Alta (B e C)		70 (50,0)	70 (50,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras.

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Características clínicas do câncer**	Frequência n (%)	Escores (QV) UW-QOL Baixa	Escores (QV) UW-QOL Alta	p*
Estágio T da lesão (n=143)***				
T3 + T4		56 (58,9)	39 (41,1)	0,210
T1 + T2		23 (47,9)	25 (52,1)	
Sítio do câncer				
Cavidade oral e orofaringe	95 (47,0%)	56 (58,9)	39 (41,1)	0,011
Outros	107 (53,0%)	44 (41,1)	63 (58,9)	
Tipo do Câncer				
Espinocelular		82 (52,9)	73 (47,1)	0,143
Basocelular		08 (47,1)	09 (52,9)	
Outros		10 (33,3)	20 (66,7)	
Status da doença				
Primária		71 (53,0)	63 (47,0)	0,165
Recorrente		29 (42,6)	39 (57,4)	
Local da seqüela				
Terço inf./cervical		98 (54,7)	81 (45,3)	0,000
Outros terços		02 (08,7)	21 (91,3)	
Abordagem cirúrgica				
Ressecção cirúrgica + esvaz. Cervical		66 (54,1)	56 (45,9)	0,107
Ressecção cirúrgica		34 (42,5)	46 (57,5)	
Tempo após a cirurgia mais mutilante				
< 2 anos		49 (54,4)	41 (45,6)	0,208
≥ 2 anos		51 (45,5)	61 (54,5)	
Tratamento				
Cirúrgico+(RT/QT)		95 (54,9)	78 (45,1)	0,000
Apenas cirúrgico		05 (17,2)	24 (82,8)	
Variáveis comportamentais**	Frequência n (%)	Escores (QV) UW-QOL Baixa	Escores (QV) UW-QOL Alta	p*
Etilismo				
Sim		71 (51,8)	66 (48,2)	0,338
Não		29 (44,6)	36 (55,4)	
Tabagismo				
Fuma/Parou fumar		77 (48,7)	81 (51,3)	0,678
Não fuma/Nunca fumou		23 (52,3)	21 (47,7)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras.

*** Considerando apenas os prontuários que tinham a informação.

RT – Radioterapia

QT – Quimioterapia.

Tabela 3. Resultados da Regressão de Poisson ajustado e não ajustado da associação Qualidade de Vida (FACT-HN) e a variável explicativa Religiosidade e as possíveis variáveis confundidoras. Goiânia, GO, 2016 (n=202).

Variáveis Explicativas	Não ajustado		Ajustado	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Religiosidade				
Alta	1		1	
Baixa	0,90 (0,82-0,98)	0,018	0,88 (0,81-0,96)	0,004
Variáveis sociodemográficas*				
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	0,90 (0,80-1,00)	0,052	0,88 (0,79-0,98)	0,019
Estado civil				
Casado	1			
Não casado	0,93 (0,85-1,03)	0,150		
Mora com a família / companheiro				
Sim	1			
Não	0,90 (0,78-1,04)	0,146		
Classificação socioeconômica				
Alta (B e C)	1			
Baixa (D e E)	0,94 (0,85-1,04)	0,201		
Características clínicas do câncer*				
Sítio do câncer				
Outro	1			
Cavidade oral	0,92 (0,83-1,01)	0,084		
Local da sequela				
Outros terços	1			
Terço inferior da face / cervical	0,91 (0,80-1,03)	0,145		
Tempo após a cirurgia mais mutilante				
≥ 2 anos	1		1	
< 2 anos	0,86 (0,78-0,94)	0,001	0,85 (0,78-0,93)	0,000
Tratamento				
Apenas cirúrgico	1			
Cirúrgico+(RT/QT)	0,90 (0,81-1,02)	0,089		

* Possíveis confundidoras.

Tabela 4. Resultados da Regressão de Poisson ajustado e não ajustado da associação Qualidade de Vida (FACT-HN) e a variável explicativa Espiritualidade e as possíveis variáveis confundidoras. Goiânia, GO, 2016 (n=202).

Variáveis Explicativas	Não ajustado		Ajustado	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Espiritualidade				
Alta	1		1	
Baixa	0,76 (0,70-0,84)	0,000	0,75 (0,69-0,82)	0,000
Variáveis sociodemográficas*				
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	0,90 (0,80-1,00)	0,052	0,85 (0,77-0,93)	0,001
Estado civil				
Casado	1			
Não casado	0,93 (0,85-1,03)	0,150		
Mora com a família / companheiro				
Sim	1			
Não	0,90 (0,78-1,04)	0,146		
Classificação socioeconômica				
Alta (B e C)	1			
Baixa (D e E)	0,94 (0,85-1,04)	0,201		
Características clínicas do câncer*				
Sítio do câncer				
Outro	1			
Cavidade oral	0,92 (0,83-1,01)	0,084		
Local da sequela				
Outros terços	1			
Terço inferior da face / cervical	0,91 (0,80-1,03)	0,145		
Tempo após a cirurgia mais mutilante				
≥ 2 anos	1		1	
< 2 anos	0,85 (0,78-0,94)	0,001	0,86 (0,79-0,94)	0,000
Tratamento				
Apenas cirúrgico	1			
Cirúrgico+(RT/QT)	0,90 (0,81-1,02)	0,089		

* Possíveis confundidoras.

Tabela 5. Resultados da Regressão de Poisson ajustado e não ajustado da associação Qualidade de Vida (UW-QOL) e a variável explicativa Religiosidade e as possíveis variáveis confundidoras. Goiânia, GO, 2016 (n=202).

Variáveis Explicativas	Não ajustado		Ajustado	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Religiosidade				
Alta	1		1	
Baixa	0,88 (0,80-0,96)	0,005	0,91 (0,83-0,99)	0,026
Variáveis sociodemográficas*				
Faixa etária (em anos)				
58-93	1			
22-57	0,92 (0,84-1,01)	0,090		
Mora com a família / companheiro				
Sim	1			
Não	0,91 (0,79-1,05)	0,194		
Trabalha atualmente				
Sim	1			
Não	0,89 (0,78-1,03)	0,113		
Características clínicas do câncer*				
Sítio do câncer				
Outro	1		1	
Cavidade oral + Orofaringe	0,89 (0,81-0,97)	0,011	0,94 (0,86-1,03)	0,198
Tipo do Câncer				
Outros	1		1	
Espinocelular	0,88 (0,79-0,99)	0,032	0,96 (0,86-1,08)	0,490
Basocelular	0,92 (0,76-1,10)	0,363	0,84 (0,72-0,99)	0,033
Status da doença				
Recorrente	1			
Primária	0,93 (0,85-1,03)	0,158		
Local da sequela				
Outros terços	1		1	
Terço inferior da face/ cervical	0,76 (0,70-0,82)	0,000	0,77 (0,71-0,83)	0,000
Abordagem cirúrgica				
Ressecção cirúrgica	1		1	
Ressecção cirúrgica + esvaziamento cervical	0,93 (0,84-1,02)	0,102		
Tratamento				
Apenas cirúrgico	1			
Cirúrgico+(RT/QT)	0,79 (0,73-0,87)	0,000	0,81 (0,74-0,88)	0,000

* Possíveis confundidoras.

6.2 ARTIGO 2 – A ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

Câncer de cabeça e pescoço: autopercepção da aparência, religiosidade e espiritualidade

CCP: autopercepção da aparência, religiosidade e espiritualidade

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre autopercepção da aparência e religiosidade/espiritualidade em pacientes com sequelas aparentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. Estudo transversal em 202 pacientes adultos de um centro de referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste brasileiro. Foram coletados dados sociodemográficos e acerca de autopercepção da aparência, religiosidade e espiritualidade, condições e comportamentos em saúde, por meio de entrevistas, exame clínico e busca nos prontuários. A variável dependente foi a autopercepção da aparência, avaliada por meio da Escala de Aparência de Derriford 24 (DAS24). As variáveis independentes explicativas foram a religiosidade e espiritualidade, coletadas por meio dos instrumentos: Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp12), respectivamente. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, com o teste Qui-quadrado e regressão de Poisson. Na análise bivariada, a autopercepção da aparência apresentou associação com a espiritualidade e com as variáveis clínicas estágio T da lesão, sítio do câncer orofaringe e apenas cirurgia como tratamento. No modelo final da regressão de Poisson, as variáveis associadas a melhor autopercepção da aparência foram: a espiritualidade alta, o estágio T da lesão (T1+T2), sítio do câncer exceto orofaringe e apenas cirurgia como tratamento. Os resultados mostram a existência de associação entre autopercepção da aparência e espiritualidade, independente de variáveis sociodemográficas, condições clínicas e comportamentos em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço, Oncologia, Autoimagem, Religião, Espiritualidade.

Introdução

A abordagem cirúrgica do câncer na região de cabeça e pescoço (CCP) pode culminar em sequelas consideráveis, refletindo em alterações fisiológicas e psicossociais nos pacientes^{1,2,3}. Necessidades psicossociais de pacientes sobreviventes do CCP com

deformidades visíveis têm sido investigadas^{4,5,6,7,8,9}. Os resultados indicam a necessidade de intervenções psicossociais voltadas a essa população de pacientes⁶, de mais informações sobre a eficácia das mesmas⁴. Dentre essas intervenções, destaca-se a abordagem reabilitadora que permita melhorar a qualidade de vida dentro dos limites da doença⁹, com pesquisas longitudinais como estratégia para compreender o ponto de vista dos pacientes sobre sua doença e tratamento⁷ e um maior rigor científico nessas pesquisas⁴.

Considerando a imagem corporal como um conceito subjetivo da aparência física, baseado na autopercepção e nas reações dos outros, Rhoten, Murphy e Ridner¹⁰ analisaram a literatura a respeito desse conceito em pacientes com CCP e identificaram poucos estudos¹⁰, embora as publicações tenham aumentado entre 2013 e 2014¹¹. A pesquisa acerca desse tema foi considerada “em sua infância”. Dentre as variáveis consideradas pelos autores¹⁰ como imagem corporal, pode-se citar a autopercepção da aparência (DAS24).

Conhecer a autopercepção do paciente sobre as alterações visíveis decorrentes de variadas causas tem sido considerado importante^{12,13,14}, uma vez que a severidade e a visibilidade das cicatrizes avaliadas pelos pacientes estão relacionadas com sofrimento psicossocial^{3,12,14,15,16,17,18,19}. Nos pacientes que buscavam tratamento para uma gama de condições desfigurantes, escores maiores de autopercepção da aparência estavam entre pacientes com CCP¹⁹.

O CCP resulta em duas principais sequelas, as quais são relacionadas à desfiguração e à disfunção. Fatores pessoais, sociais e ambientais podem moderar essas sequelas tanto em direção positiva como negativa, com impactos nos aspectos psicossociais. Estudos sobre a autopercepção da aparência são necessários em busca de uma melhor compreensão das variáveis associadas à imagem corporal, para que profissionais da saúde possam intervir no sentido de auxiliar o paciente a lidar com a desfiguração, permitindo um melhor atendimento holístico, reduzindo implicações sociais e financeiras negativas para o paciente, e a utilização desnecessária de recursos do sistema de saúde¹⁰. A esperança e o otimismo foram fatores psicossociais identificados em estudo de revisão sistemática como benéficos em pessoas tratadas para o CCP⁴.

Dentre os aspectos psicossociais que podem auxiliar na autopercepção da aparência, elencamos a religiosidade e a espiritualidade. Neste trabalho, foram adotadas as seguintes definições: religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade ao sagrado ou transcendente (Deus, poder superior, ou verdade / realidade última)²⁰, e espiritualidade é a busca pessoal pela compreensão das

respostas às questões fundamentais sobre a vida, sobre seu significado e sobre o relacionamento com o sagrado ou o transcendente²⁰.

Resultados positivos na saúde devido à influência da religiosidade têm sido descritos na literatura^{21,22,23,24,25}. A espiritualidade tem sido mais investigada, e os resultados mostram forte influência na qualidade de vida em pacientes acometidos por alguma enfermidade, como o câncer^{26,27,28,29,30,31,32}. Contudo, não foram encontrados estudos que abordassem a influência da religiosidade ou espiritualidade na autopercepção da aparência em pacientes com CCP.

Considerando a evidência em relação à qualidade de vida, acredita-se que a religiosidade e a espiritualidade influenciam positivamente na forma como os indivíduos com sequelas visíveis decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço percebem sua aparência. O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre a autopercepção da aparência e religiosidade/espiritualidade, em pacientes com sequelas visíveis de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal em um hospital, centro de referência no tratamento do câncer no Centro-Oeste brasileiro. A população estudada foi constituída por pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, apresentando deformidade visível na região de cabeça e pescoço devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer, atendidos na instituição no período de um ano (junho/2015 a junho/2016). A amostra foi de conveniência.

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados três formulários: (1) para coleta de dados nos prontuários onde foram registrados dados sociodemográficos e dados clínicos da doença e tratamento; (2) para registro da descrição da sequela e do local da sequela e (3) formulário de entrevista contendo questionário com dados socioeconômicos, comportamentos em saúde e dados acerca da autopercepção da aparência, por meio do instrumento Escala de Aparência de Derriford 24 (DAS24)³³; religiosidade, por meio do Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL)³⁴ e espiritualidade, utilizando-se a *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp12)³⁵.

A Escala de Aparência de Derriford 24 (DAS24) é a versão breve da escala original DAS59 que avalia a perturbação e as dificuldades vividas pelos indivíduos que possuem alguma alteração da imagem corporal, podendo ser utilizada com populações clínicas e não clínicas^{33, 36}. Esse instrumento é dividido em duas partes, uma seção introdutória que visa

apurar o incômodo ou constrangimento com a aparência e 24 itens, do tipo Likert, destinados a medir a intensidade emocional da resposta para os problemas da desfiguração, bem como a frequência de comportamentos que indicam o autopercepção da aparência³. A pontuação final da escala varia entre 11 e 96, sendo que 10 questões são pontuadas de 1 a 4, e 14 questões são pontuadas de 0 (não se aplica) a 4. Pontuações mais elevadas refletem um nível mais elevado de constrangimento com a aparência³³. A escala foi adaptada e testada transculturalmente para a língua portuguesa³⁷.

O Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) é uma medida breve multidimensional de religiosidade³⁴. O instrumento apresenta cinco itens, desenvolvido para uso em estudos observacionais transversais e longitudinais e avalia as três principais dimensões de religiosidade que mais se relacionam com os desfechos de saúde. Essas três dimensões são: a religiosidade organizacional (RO), a religiosidade não organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI) ou religiosidade subjetiva³⁴. O domínio RO é medido por um item e definido como a frequência com que se assiste ou participa de serviços religiosos formais. O domínio RNO é medido por um item e definido como a quantidade de tempo gasto em atividades religiosas privadas, tais como a oração ou meditação. O domínio RI é medido por três itens e conceituado como o grau em que a sua religião se integra em sua vida. As opções de resposta são em uma escala de Likert de 5 ou 6 pontos e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa³⁸.

A escala FACIT-Sp12 é um questionário de 12 itens que mede a espiritualidade, para pessoas que se identificam como espirituais, mas não necessariamente religiosas³⁵. É subdividida em três fatores: significado, paz e fé e não fazem qualquer referência a crenças ou práticas religiosas específicas³⁵. O instrumento foi validado na versão em português³⁹. Escores mais altos indicam maiores níveis de espiritualidade^{35, 40}.

Antes da coleta de dados propriamente dita, foi realizado um estudo piloto com 10 pacientes em consulta de seguimento médico/odontológico no mesmo Centro de Referência do estudo. Duas pesquisadoras participaram da coleta de dados e tinham acesso antecipado ao prontuário dos possíveis participantes antes da consulta de seguimento. Caso preenchessem os critérios de inclusão, os pacientes eram convidados a participar da pesquisa após a consulta, em um local reservado.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS 22. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva das variáveis coletadas e, em seguida, a estatística inferencial, com a finalidade de analisar a relação entre a variável dependente autopercepção

da aparência e as demais variáveis independentes explicativas (religiosidade e espiritualidade) e possíveis confundidoras (sociodemográficas, comportamentos em saúde e clínicas).

Antes de realizar a análise estatística, foi verificada a distribuição das variáveis dependentes e explicativas e apurou-se que os dados não eram compatíveis com uma distribuição normal. Assim, decidiu-se transformá-las em dados categóricos e, para a análise estatística, os escores foram dicotomizados usando-se a mediana como ponto de corte e codificados em: autopercepção da aparência baixa (abaixo da mediana: 21-32) e alta (igual ou acima da mediana 33-75); religiosidade baixa (abaixo da mediana: 5-22) e alta (igual ou acima da mediana: 23-27); espiritualidade baixa (abaixo da mediana: 7-35) e alta (igual ou acima da mediana: 36-78).

Foi realizada a análise bivariada (teste do Qui-quadrado de Pearson), para verificar a existência de associação entre a variável dependente e as independentes explicativas e possíveis confundidoras. Foram selecionadas aquelas com nível de significância $p < 0,20$ observado na análise bivariada e por meio do teste de regressão de Poisson, com variância robusta. Considerando o valor de $p < 0,05$ na associação entre a autopercepção da aparência e as variáveis independentes na etapa da análise não ajustada, foi construído um modelo ajustado. Utilizou-se, como medida de efeito, a Razão de Prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95% (IC95%).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o parecer nº 1.013.228 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás, com o parecer nº 1.058.864.

Resultados

O escore médio total da autopercepção da aparência (DAS24) foi de 36,0 (dp=11,7), e a mediana foi de 33,0.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, comportamentos em saúde e psicossociais dos 202 pacientes. A idade média foi de 58,6 anos (dp =11,6). A maioria era do sexo masculino, casada (63,9%), morava com a família/companheiro(a) (87,1%) e pertencia às classes econômicas B e C (69,3%).

A maior parte apresentou religiosidade alta (55,0%) e espiritualidade alta (56,4%) (Tabela 1). O escore médio da religiosidade (DUREL) foi de 21,6 (dp=5,0), e a mediana foi de 23. O escore médio da espiritualidade (FACIT-Sp12) foi de 35,5 (dp=7,5), com a mediana de 36,0.

A Tabela 2 apresenta os dados clínicos relacionados ao câncer. A maioria (66,4%) era de tumores maiores (T3+T4). Os sítios do câncer foram: cavidade oral (33,2%), pele (16,8%), orofaringe (13,9%) e laringe (13,9%) e outros. O espinocelular (76,7%) foi o câncer mais frequente, e o local da sequela mais observado foi o terço inferior da face e/ou cervical da face (88,6%). O esvaziamento cervical (60,4%) foi a abordagem cirúrgica mais identificada, e o tempo mais frequente após a cirurgia mais mutilante foi de dois anos ou mais (55,4%).

Os resultados da análise bivariada da associação entre a autopercepção da aparência e as variáveis independentes estão nas Tabelas 3 e 4. Dentre as variáveis psicossociais (Tabela 3), houve diferença significativa apenas em relação a espiritualidade ($p=0,002$). O percentual de indivíduos com espiritualidade alta foi maior no grupo com melhor autopercepção da aparência. Nenhuma das variáveis sociodemográficas foi associada ao desfecho (Tabela 3). Dentre as variáveis clínicas (Tabela 4), foram significativas: o estágio T da lesão ($p=0,011$), o sítio do câncer ($p=0,011$) e o tratamento apenas cirúrgico ($p=0,006$). Um percentual maior de indivíduos com estágio T da lesão (T1+T2), com lesão localizada em outros sítios, exceto orofaringe, e apenas cirurgia como tratamento, apresentaram melhor autopercepção da aparência.

Os resultados da análise de regressão de Poisson estão na Tabela 5. No modelo não ajustado, foram significativas as variáveis espiritualidade, estágio T da lesão, sítio do câncer e tratamento apenas cirúrgico. No modelo ajustado, as variáveis que permaneceram significantes foram a espiritualidade alta, o estágio T da lesão (T1+T2), o sítio do câncer, exceto orofaringe, e apenas o tratamento cirúrgico. A prevalência da melhor autopercepção da aparência em pacientes com espiritualidade baixa foi 0,89% menor do que em pacientes com espiritualidade alta, e 88% menor em pacientes com estágio T da lesão T3+T4 do que naqueles com estágio T da lesão T1+T2. Em pacientes com câncer localizado na orofaringe, a prevalência foi 81% menor em comparação com outros sítios e 82% menor em pacientes com tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia, em comparação com tratamento apenas cirúrgico.

Discussão

O presente estudo confirma a hipótese de que a espiritualidade está associada a melhor autopercepção da aparência, independente das variáveis sociodemográficas, clínicas e de comportamento em saúde. Uma possível explicação é que a autopercepção se relaciona aos domínios da qualidade de vida. Estudos anteriores identificaram a associação entre espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com câncer^{27,32,41}.

Em um estudo sobre a influência da espiritualidade na fadiga em pacientes com câncer, os autores sugeriram que a espiritualidade implicaria em mais conectividade na vida, que os ajudaria a ter comportamentos positivos de saúde, como ser física e socialmente ativo, passear pela natureza, dentre outros, e essa atitude seria fundamental para a identificação de um propósito e significado à vida, reduzindo sintomas angustiantes³¹.

Um possível mecanismo pelo qual a espiritualidade pode exercer seu efeito é o fato de pessoas com espiritualidade alta acreditarem que sua vida tem um propósito superior, o que proporciona um sentimento de esperança e otimismo.

A autopercepção da aparência na amostra do presente estudo foi menor que o escore médio encontrado em outras pesquisas que abordaram pacientes com outros tipos de cicatrizes visíveis, não necessariamente na região de cabeça e pescoço ($M=45,5$; $DP=17,8$)¹²; em pacientes adultos que aguardavam tratamento para alguma anormalidade de aparência em algum sítio do corpo: ambulatoriais ($M=47,2$; $DP=18,4$) e da lista de espera ($M=48,2$; $DP=17,3$)³³; em pacientes adultos com epidermólise bolhosa ($M=57,5$; $SD=4,1$)¹⁴; em pacientes ligados a uma unidade de cirurgia plástica e queimaduras ($M=55,3$; $DP=17,0$)⁴². É preciso levar em conta que a autopercepção da aparência é um conceito subjetivo, porém se baseia, além da autoanálise, na percepção das reações dos outros^{1,10}. Assim, há que se considerar aspectos culturais e sociais pertinentes a cada sociedade.

O escore médio de espiritualidade identificado neste estudo foi maior que o escore médio de pacientes submetidos a tratamento de câncer ($20,96$)³¹ e maior que o escore médio de pacientes psiquiátricos brasileiros ($27,97$)³⁹ e de pacientes idosos hospitalizados ($29,6$)⁴³. Esse dado pode ser devido a diferentes aspectos culturais das populações estudadas ou em função de diferentes estágios da doença em que os pacientes foram abordados.

Não foi identificada associação significativa entre a autopercepção da aparência e variáveis sociodemográficas também em outros estudos^{14,44}. A autopercepção da aparência está muito mais ligada à história de vida pessoal e social do que a características sociodemográficas. O ajustamento à deformidade facial é delicado pela perda estrutural e funcional, a qual está associada a maior isolamento social, menor autoestima e depressão pós-operatória⁸.

No presente estudo, embora mais mulheres apresentassem um nível mais elevado de constrangimento em relação à autopercepção da aparência, a diferença não foi significativa quando comparadas com homens. Resultado similar foi relatado em outro estudo¹⁴. Neste estudo, isso pode ser decorrente do tamanho da amostra, ou seja, insuficiente para encontrar uma diferença significativa.

Mais pessoas com lesões maiores (T3+T4) apresentaram maiores escores de autopercepção da aparência, assim como descrito na literatura^{45,46}, o que pode ser explicado pelo fato de que as cirurgias mais mutilantes, normalmente, acontecem em casos de lesões diagnosticadas tardiamente. No entanto, Rumsey et al.¹⁹ identificaram, em seu estudo, que há evidências de que as questões psicossociais não estão relacionadas de maneira direta com o tamanho ou a gravidade da doença.

A autopercepção da aparência também esteve associada ao tratamento cirúrgico concomitante com radioterapia e/ou quimioterapia, assim como descrito na literatura⁴⁴. A desfiguração de pacientes com CCP pode ser causada pela cirurgia, radiação e/ou quimioterapia, em função de danos aos tecidos moles resultando em fibrose, distúrbios na função linfática e pigmentação da pele⁴⁷. Outra possível explicação poderia estar ligada ao fato dos tratamentos adjuvantes à cirurgia estarem relacionados ao estágio da lesão^{2,48}. Sabe-se o quanto pacientes oncológicos sentem-se comprometidos em função dos efeitos colaterais das várias terapias coadjuvantes à cirúrgica^{49,50,51}.

O paciente que sobreviveu ao câncer pode até alcançar o que a equipe de saúde considera como processo de cura, porém as sequelas que o CCP deixa no paciente exigem que ele busque caminhos para seguir com o mínimo de qualidade de vida. É preciso compreender o papel que a espiritualidade desempenha nas pessoas, a fim de potencializar seu impacto nas suas vidas. Pesquisas contínuas nessa área são necessárias e permitirão que se identifique, compreenda e aprecie melhor o significado clínico da espiritualidade em pacientes com deformidades faciais decorrentes da cirurgia oncológica.

Como limitação deste estudo, podemos citar a metodologia transversal, a qual avalia dados em um determinado momento, não possibilitando análises sobre causalidade das associações identificadas. Além disso, por tratar-se de amostra de conveniência, com um tamanho reduzido, possíveis generalizações dos dados devem ser feitas apenas com cautela.

Recomenda-se que questões relacionadas à autopercepção da aparência devem ser parte da avaliação para identificação de problemas. Metas psicossociais devem ser planejadas ao lado de metas biomédicas em busca de melhor reabilitação do paciente. Profissionais da saúde devem estar atentos às sequelas psicossociais, além das físicas e funcionais. Esses achados têm forte influência na assistência à saúde a essa população.

Fontes de Financiamento

LBM Reis recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG; bolsa de Doutorado).

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Referências

1. Alves EGR. Considerações psicossociais sobre deformidade facial: a pessoa, a família e os profissionais de saúde. Jundiaí: PACO Editorial; 2016. 296 p.
2. Balfour A, Rhys-Evans PH, Patel SG. Head and neck malignancy: an overview. In: Montgomery PQ, Rhys-Evans PH, Gullane PJ. Principles and practice of head and neck surgery and oncology 2. ed. London: Informa healthcare, 2009. p. 1-13.
3. Djan R, Penington A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013 May;66(5):647-59.
4. Bessell A, Moss TP. Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: a systematic review of the empirical literature. *Body Image*. 2007 Sep;4(3):227-38.
5. Harding S, Sanipour F, Moss T. Existence of benefit finding and posttraumatic growth in people treated for head and neck cancer: a systematic review. *PeerJ*. 2014;11(2):256.
6. Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, Funk GF. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. *J Consult Clin Psychol*. 2013 Apr;81(2):299-317.
7. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Head and neck cancer: to what extent can psychological factors explain differences between health-related quality of life and individual quality of life? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Oct;44(5):351-7.
8. Mendes JCS, Figueiras MJ. Desfiguramento facial adquirido: breve revisão narrativa. *Psic., Saúde & Doenças*. 2013 nov;14(3):484-501.
9. Penner JL. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2009 Aug;25(3):231-41.
10. Rhoten BA, Murphy B, Ridner SH. Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral Oncol*. 2013 Aug;49(8):753-60.
11. Fingeret MC, Teo I, Goettsch K. Body image: a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. *Curr Oncol Rep*. 2015 Jan;17(1):422.
12. Brown BC, Moss TP, McGrouther DA, Bayat A. Skin scar preconceptions must be challenged: importance of self-perception in skin scarring. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010 Jun;63(6):1022-9.

13. Cano SJ, Browne JP, Lamping DL. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. *Br J Plast Surg*. 2004 Jan;57(1):1-11.
14. Dures E, Rumsey N, Morris M, Gleeson K. A cross sectional, observational survey to assess levels and predictors of psychological wellbeing in adults with Epidermolysis Bullosa. *Health Psychol Res*. 2013 Jan 23;1(1):e4.
15. Clarke A, Rumsey N, Collin JR, Wyn-Williams M. Psychosocial distress associated with disfiguring eye conditions. *Eye (Lond)*. 2003 Jan;17(1):35-40.
16. Günel C, Omurlu IK. The effect of rhinoplasty on psychosocial distress level and quality of life. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015 Aug;272(8):1931-5.
17. Fingeret MC, Vidrine DJ, Reece GP, Gillenwater AM, Gritz ER. Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. *Head Neck*. 2010 Mar;32(3):301-9.
18. Fingeret MC, Yuan Y, Urbauer D, Weston J, Nipomnick S, Weber R. The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psychooncology*. 2012 Aug;21(8):836-44.
19. Rumsey N, Clarke A, White P, Wyn-Williams M, Garlick W. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):443-53.
20. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 2012. (ebook).
21. Amin M, Glynn F, Rowley S, O'Leary G, O'Dwyer T, Timon C, et al. Complementary medicine use in patients with head and neck cancer in Ireland. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010 Aug;267(8):1291-7.
22. Becker G, Momm F, Xander C, Bartelt S, Zander-Heinz A, Budischewski K, Domin C, Henke M, Adamietz IA, Frommhold H. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlenther Onkol*. 2006 May;182(5):270-6.
23. Carvalho CC, Chaves Ede C, Iunes DH, Simão TP, Grasselli Cda S, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Aug;48(4):683-9.
24. Chen SC, Yu WP, Chu TL, Hung HC, Tsai MC, Liao CT. Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. *Cancer Nurs*. 2010 Jul-Aug;33(4):280-9.

25. Chen SC, Lai YH, Liao CT, Chang JT, Lin CY, Fan KH, Huang BS. Supportive care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Psychooncology*. 2013 Jun;22(6):1220-8.
26. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med*. 2015 Mar;18(3):286-98.
27. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct;8(5):417-28.
28. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct;8(5):429-38.
29. Dapuelto JJ, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of quality of life in patients with cancer. *Cancer*. 2005 Mar 1;103(5):1072-81.
30. Johnson ME, Piderman KM, Sloan JA, Huschka M, Atherton PJ, Hanson JM, Brown PD, Rummans TA, Clark MM, Frost MH. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *J Support Oncol*. 2007 Oct;5(9):437-42.
31. Lewis S, Salins N, Rao MR, Kadam A. Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. *J Cancer Res Ther*. 2014 Jul-Sep;10(3):676-80.
32. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology*. 2006 Feb;15(2):121-31.
33. Carr T, Moss T, Harris D. The DAS-24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS-59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *Br J Health Psychol*. 2005 May;10(Pt 2):285-98.
34. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010; 1(1):78-85.
35. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002 Winter;24(1):49-58.
36. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition specific instrument: the Derriford scale. *Br J Plast Surg*. 1998 Jul;51(5):380-4.

37. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev. psiquiatr. clín.* 2008;35(1):31-2.
38. Mendes JCS, Figueiras MJ, Moreira H, Moss T. Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24). *PsychOpen*. 2016;5(1):31-43.
39. Lucchetti G, Lucchetti AL, de Bernardin Gonçalves JP, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health*. 2015 Feb;54(1):112-21.
40. Murphy PE, Canada AL, Fitchett G, Stein K, Portier K, Crammer C, Peterman AH. An examination of the 3-factor model and structural invariance across racial/ethnic groups for the FACIT-Sp: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). *Psychooncology*. 2010 Mar;19(3):264-72.
41. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011;2(1):77-94.
42. Moss T, Carr T. Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychol Health*. 2004 Dec;19(6):737-748.
43. Monod S, Lécureux E, Rochat E, Spencer B, Seematter-Bagnoud L, Martin-Durussel A, Büla C. Validity of the FACIT-Sp to Assess Spiritual Well-Being in Elderly Patients. *Psychology*. 2015;6:1311-1322.
44. Harris DL, Carr AT. Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *Br J Plast Surg*. 2001 Apr;54(3):223-6.
45. Katre C, Johnson IA, Humphris GM, Lowe D, Rogers SN. Assessment of problems with appearance, following surgery for oral and oro-pharyngeal cancer using the University of Washington appearance domain and the Derriford appearance scale. *Oral Oncol*. 2008 Oct;44(10):927-34.
46. Millsopp L, Brandom L, Humphris G, Lowe D, Stat C, Rogers S. Facial appearance after operations for oral and oropharyngeal cancer: a comparison of casenotes and patient-completed questionnaire. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Oct;44(5):358-63.
47. Deng J, Ridner SH, Dietrich MS, Wells N, Wallston KA, Sinard RJ, Cmelak AJ, Murphy BA. Prevalence of secondary lymphedema in patients with head and neck cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Feb;43(2):244-52.
48. Onakoya PA, Nwaorgu OG, Adenipekun AO, Aluko AA, Ibekwe TS. Quality of life in patients with head and neck cancers. *J Natl Med Assoc*. 2006 May;98(5):765-70.

49. Bilal S, Doss JG, Cella D, Rogers SN. Quality of life associated factors in head and neck cancer patients in a developing country using the FACT-H&N. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015 Mar;43(2):274-80.
50. Gobbo M, Bullo F, Perinetti G, Gatto A, Ottaviani G, Biasotto M, Tirelli G. Diagnostic and therapeutic features associated with modification of quality-of-life's outcomes between one and six months after major surgery for head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016 Sep-Oct;82(5):548-57.
51. Kazi R, Johnson C, Prasad V, De Cordova J, Venkitaraman R, Nutting CM, Clarke P, Evans PR, Harrington KJ. Quality of life outcome measures following partial glossectomy: assessment using the UW-QOL scale. *J Cancer Res Ther*. 2008 Jul-Sep;4(3):116-20.

Tabela 1. Distribuição da amostra de pacientes segundo variáveis sociodemográficas, comportamentos em saúde e psicossociais. Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Variáveis sociodemográficas	Frequência (n)	(%)
Sexo		
Feminino	48	23,8
Masculino	154	76,2
Faixa etária (em anos)		
58-93	101	50,0
22-57	101	50,0
Raça / Cor		
Branca	83	41,1
Não Branca	119	58,9
Escolaridade		
Analfabeto	34	16,8
0 a 7 anos	106	52,5
8 anos ou mais	62	30,7
Estado civil		
Não casado	73	36,1
Casado	129	63,9
Mora com a família / companheiro		
Não	26	12,9
Sim	176	87,1
Trabalha atualmente		
Não	184	91,1
Sim	18	08,9
Classificação socioeconômica		
Baixa (D e E)	62	30,7
Alta (B e C)	140	69,3
Variáveis de comportamentos em saúde		
Etilismo		
Sim	137	67,8
Não	65	32,2
Experiência com tabagismo		
Sim	158	78,2
Não	44	21,8
Variáveis psicossociais		
Religiosidade		
Baixa	91	45,0
Alta	111	55,0
Espiritualidade		
Baixa	88	43,6
Alta	114	56,4

Tabela 2. Distribuição da amostra de pacientes segundo variáveis clínicas. Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Características clínicas do câncer	Frequência (n)	(%)
Estágio T da lesão (n=143)		
T3 + T4	95	66,4
T1 + T2	48	33,6
Sítio do câncer		
Orofaringe	28	13,9
Outros	174	86,1
Tipo do Câncer		
Espinocelular	155	76,7
Basocelular	17	8,4
Outros	30	14,9
Status da doença		
Primária	134	66,3
Recorrente	68	33,7
Local da sequela		
Terço inferior da face / cervical	179	88,6
Outros terços	23	11,4
Abordagem cirúrgica		
Ressecção cirúrgica + esvaziamento cervical	122	60,4
Ressecção cirúrgica	80	39,6
Tempo após a cirurgia mais mutilante		
< 2 anos	90	44,6
≥ 2 anos	112	55,4
Tratamento		
Cirúrgico + outros (RT / QT)	173	85,6
Apenas cirúrgico	29	14,4

RT – Radioterapia

QT – Quimioterapia

Tabela 3. Resultado da associação bivariada entre a autopercepção da aparência (DAS24) e as variáveis explicativas e independentes sociodemográficas. Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Variáveis explicativas	DAS24 Baixa	DAS24 Alta	p*
Religiosidade			
Baixa	45 (49,5)	46 (50,5)	0,910
Alta	54 (48,6)	57 (51,4)	
Espiritualidade			
Baixa	32 (36,4)	56 (63,6)	0,002
Alta	67 (58,8)	47 (41,2)	
Variáveis sociodemográficas			
Sexo			
Feminino	18 (37,5)	30 (62,5)	0,068
Masculino	81 (52,6)	73 (47,4)	
Faixa etária (em anos)			
58-93	50 (49,5)	51 (50,5)	0,888
22-57	49 (48,5)	52 (51,5)	
Raça / Cor			
Branca	38 (45,8)	45 (54,2)	0,444
Não Branca	61 (51,3)	58 (48,7)	
Escolaridade			
Analfabeto	14 (41,2)	20 (58,8)	0,601
0 a 7 anos	54 (50,9)	52 (49,1)	
8 anos ou mais	31 (50,0)	31 (50,0)	
Estado civil			
Não casado	36 (49,3)	37 (50,7)	0,948
Casado	63 (48,8)	66 (51,2)	
Mora com a família / companheiro			
Sim	89 (50,6)	87 (49,4)	0,249
Não	10 (38,5)	16 (61,5)	
Trabalha atualmente			
Não	89 (48,4)	95 (51,6)	0,561
Sim	10 (55,6)	08 (44,4)	
Classificação socioeconômica			
Baixa (D e E)	26 (41,9)	36 (58,1)	0,181
Alta (B e C)	73 (52,1)	67 (47,9)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4. Resultado da associação bivariada entre a autopercepção da aparência (DAS24) e as variáveis independentes clínicas e de comportamentos em saúde. Goiânia (GO), 2016 (n=202).

Características clínicas do câncer	DAS24 Baixa	DAS24 Alta	p*
Estágio T da lesão (n=143)			
T3 + T4	38 (40,0)	57 (60,0)	0,011
T1 + T2	30 (62,5)	18 (37,5)	
Sítio do câncer			
Orofaringe	20 (71,4)	08 (28,6)	0,011
Outros	79 (45,4)	95 (54,6)	
Tipo do Câncer			
Espinocelular	77 (49,7)	78 (50,3)	0,796
Basocelular	07 (41,2)	10 (58,8)	
Outros	15 (50,0)	15 (50,0)	
Status da doença			
Primária	67 (50,0)	67 (50,0)	0,693
Recorrente	32 (47,1)	36 (52,9)	
Local da seqüela			
Terço inferior da face / cervical	88 (49,2)	91 (50,8)	0,904
Outros terços	11 (47,8)	12 (52,2)	
Seqüela envolve terço cervical			
Sim	70 (51,5)	66 (48,5)	0,315
Não	29 (43,9)	37 (56,1)	
Abordagem cirúrgica			
Ressecção cirúrgica	40 (50,0)	40 (50,0)	0,820
Ressecção cirúrgica + esvaziamento cervical	59 (48,4)	63 (51,6)	
Tempo após a cirurgia mais mutilante			
< 2 anos	42 (46,7)	48 (53,3)	0,550
≥ 2 anos	57 (50,9)	55 (49,1)	
Tratamento			
Cirúrgico + outros (RT / QT)	78 (45,1)	95 (54,9)	0,006
Apenas cirúrgico	21 (72,4)	08 (27,6)	
Varáveis de comportamentos em saúde			
Etilismo			
Sim	70 (51,1)	67 (48,9)	0,389
Não	29 (44,6)	36 (55,4)	
Tabagismo			
Sim	77 (48,7)	81 (51,3)	0,882
Não	22 (50,0)	22 (50,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

RT – Radioterapia

QT - Quimioterapia

Tabela 5. Resultados da Regressão de Poisson ajustada e não ajustada da associação entre a autopercepção da aparência (DAS24) e a Espiritualidade. Goiânia, GO, 2016 (n=202).

Variáveis Explicativas	Não ajustada		Ajustada	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Espiritualidade				
Alta	1		1	
Baixa	0,86 (0,79-0,94)	0,001	0,89 (0,81-0,99)	0,026
Variáveis sociodemográficas				
Sexo				
Masculino	1			
Feminino	0,91 (0,82-1,00)	0,056		
Classificação socioeconômica				
Alta (B e C)	1			
Baixa (D e E)	0,93 (0,85-1,03)	0,172		
Variáveis características clínicas do câncer				
Estágio T da lesão (n= 143)				
T1 + T2	1		1	
T3 + T4	0,86 (0,76-0,97)	0,011	0,88 (0,79-0,99)	0,034
Sítio do câncer				
Outros	1		1	
Orofaringe	0,83 (0,72-0,95)	0,009	0,81 (0,70-0,93)	0,004
Tratamento				
Apenas cirúrgico	1		1	
Cirúrgico + outros (RT / QT)	0,82 (0,72-0,94)	0,005	0,82 (0,69-0,97)	0,020

RT – Radioterapia QT - Quimioterapia

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver com cicatrizes pode ser desafiador em um ambiente social que valoriza a atratividade física. O nível de sofrimento é bastante variável. Pacientes que, ao meu olhar, exibiam uma leve desfiguração, apresentavam um alto grau de desconforto e vice-versa. Percebi muitas lágrimas descenderem em rostos marcados pela doença, o contraste entre o otimismo e a tristeza entremeando essas pessoas. Lembro-me do narrador de rodeio que perdeu a profissão devido à sequela da doença, não mais podia falar e que relatou ter sido abandonado pela mulher que amava. Lembro-me do pastor impossibilitado de usar a palavra para a sua tradicional pregação ou do rapaz que, mesmo com uma grave deformidade facial, lutava para sustentar o pai, paralelo à luta da recidiva da doença e o agendamento de mais uma cirurgia. Quantas mulheres, com suas condições desfigurantes, fizeram-me olhar para mim mesma, lembrando-me da minha situação privilegiada do lado de cá da pesquisa.

Achados do presente estudo mostram a existência de associação entre QV, religiosidade e espiritualidade, assim como a associação entre autopercepção da aparência e espiritualidade, independente de variáveis sociodemográficas, comportamentos em saúde e condições clínicas.

A religiosidade e a espiritualidade surgem como um importante elixir a auxiliar na engrenagem entre o câncer de cabeça e pescoço e tratamento a fim de auxiliar no impacto positivo na qualidade de vida das pessoas ou melhorar a autopercepção da aparência reduzindo os sentimentos de angústia, depressão ou tristeza. Pesquisas contínuas nessa área são necessárias e permitirão que profissionais da saúde ampliem seu olhar para além da doença e percebam o ser integral que, fragilizado, entrega-se aos seus cuidados. Porém, faz-se necessário um maior rigor científico, estudos longitudinais, amostras ampliadas e análises estatísticas apropriadas, para que essas pesquisas possam explicar os mecanismos de ação que a religiosidade e a espiritualidade exercem sobre a vida das pessoas.

Faz-se necessário a vigilância, por parte dos profissionais da saúde, às sequelas psicossociais, além das físicas e funcionais, para que esse enfrentamento seja o da atenção à saúde, que o olhar biologicista seja passado, e se compreenda e se pratique o conceito ampliado de saúde. Recomenda-se que os profissionais abordem esse tema com seus pacientes, não para impor sua crença ou convertê-los, mas, para indicar um possível caminho que possa fortalecer sua rede de apoio junto a uma crença a fim de possibilitar impactos positivos na sua saúde.

REFERÊNCIAS¹

- AGARWAL, S. K. et al. Prospective evaluation of the quality of life of oral tongue cancer patients before and after the treatment. **Annals of Palliative Medicine**, v. 3, n. 4, p. 238-43, Oct. 2014.
- ALBERS, G. et al. Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: a review. **Journal of pain and symptom management**. v. 40, n. 2, p. 290-300, Aug. 2010.
- AL-HADITHY, N. et al. A preliminary report on the development of a validated tool for measuring psychosocial outcomes for massive weight loss patients. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 67, n. 11, p. 1523-31, Nov. 2014.
- ALMEIDA, A. F. et al. Qualidade de vida das pessoas acometidas por câncer no trato aerodigestivo superior em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 229-37, 2013.
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 03, n. 01, p. 16-23, jan /jun. 2011.
- ALVES, E. G. R. **Considerações psicossociais sobre deformidade facial: a pessoa, a família e os profissionais de saúde**, Jundiaí, PACO Editorial: 2016.
- AMIN, M. et al. Complementary medicine use in patients with head and neck cancer in Ireland. **European archives of oto-rhino-laryngology**, v. 267, n. 8, p. 1291-7, aug, 2010.
- ANGELO, A. R.; MEDEIROS, A. C.; DE BIASE, R. C. C. G. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. **Revista de Odontologia da UNESP (Online)**, v. 39, n. 1, p. 1-7, jan.-fev. 2010.
- ANYFANTAKIS, D. et al. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. **BioMed Central Psychiatry**, v. 15, n. 173, p. 1-7, 2015.
- ARAÚJO, 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. 129-38, abr.-jun. 2009.
- ARAÚJO, S. S. C.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 48, n. 1/3, p. 73-6, jan./dez. 2007.
- ASSARI, S. Ethnic and Gender Differences in Additive Effects of Socio-economics, Psychiatric Disorders, and Subjective Religiosity on Suicidal Ideation among Blacks. **International journal of preventive medicine**, v. 6, n. 53, 2015.

¹ Elaboradas segundo ABNT NBR 6023:2002 (Informação e documentação – Referências – Elaboração).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação BRASIL**. Disponível em <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>. Acesso em 03 out. 2014.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER DE GOIÁS (ACCG). **Hospital Araújo Jorge**. Goiânia. Disponível em <<http://www.accg.org.br/unidades/hospital-araujo-jorge/sobre-o-hospital-araujo-jorge>>. Acesso em 03 out. 2014.

BAI, M.; LAZENBY, M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. **Journal of palliative medicine**, v. 18, n. 3, p. 286-98, Mar. 2015.

BALFOUR, A.; RHYS-EVANS, P. H.; PATEL, S. G. Head and Neck Malignancy: an overview. In: MONTGOMERY, P. Q.; RHYS-EVANS, P. H.; GULLANE, P. J. **Principles and practice of head and neck surgery and oncology**. 2. ed. Informa healthcare, 2009. p. 1-13.

BARBER, B. Depression as a predictor of postoperative functional performance status (PFPS) and treatment adherence in head and neck cancer patients: a prospective study. **Journal of otolaryngology - head & neck surgery**, v. 18, n. 44, p. 38, Sep. 2015.

BARBER, B. et al., Depression and Survival in Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. **JAMA otolaryngology-- head & neck surgery**, v. 142, n. 3, p. 284-8, Mar. 2016.

BECKER, G. et al. Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. **Strahlenther Onkol**, v. 182, n. 5, p. 270-6, may, 2006.

BESSELL, A.; MOSS, T. P. Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: a systematic review of the empirical literature. **Body image**, v. 4, n. 3, p. 227-38, Sep. 2007.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Câncer bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Org.); CRIVELLO JÚNIOR, O. (Coord.). **Epidemiologia da saúde bucal: Série Fundamentos de Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 289-311.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. **Journal of applied oral science**, v. 18, n. 3, p. 279-84, 2010.

BIAZEVIC, M. G.H. et al. Immediate impact of primary surgery on health-related quality of life of hospitalized patients with oral and oropharyngeal cancer. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 66, n. 7, p. 1343-50, 2008.

BILAL, S et al. Quality of life associated factors in head and neck cancer patients in a developing country using the FACT-H&N. **Journal of cranio-maxillo-facial surgery**, v. 43, n. 2, p. 274-80, Mar. 2015.

BRADY, M. J. et al. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psycho-Oncology**, v. 8, v. 5, p. 417-28, Sep-Oct. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer: onde tratar pelo SUS.** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>>. Acesso em: 31 dez. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2012.

BREDLE, J. M. et al. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy--spiritual well-being scale (FACIT-Sp). **Religions**, v. 2, n. 1, p. 77-94, 2011.

BRESSAN, V. et al. The effects of swallowing disorders, dysgeusia, oral mucositis and xerostomia on nutritional status, oral intake and weight loss in head and neck cancer patients: A systematic review. **Cancer treatment reviews**, v. 45, p. 105-19, Apr. 2016.

BROWN, B. C. et al. Skin scar preconceptions must be challenged: importance of self-perception in skin scarring. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 63, n. 6, p. 1022-9, Jun. 2010.

BRUCKER, P. S. et al. General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). **Evaluation & the Health Professions**, v. 28, n. 2, p. 192-211, Jun. 2005.

BÜSSING, A. et al. Spirituality and Health: editorial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2014, 2 pages, 2014.

CANADA, A. L. et al. A 3-factor model for the FACIT-Sp. **Psycho-oncology**, v. 17, n. 9, p. 908-16, Sep. 2008.

CANO, S. J.; BROWNE, J. P.; LAMPING, D. L. Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. **British journal of plastic surgery**, v. 57, p. 1, n. 1-11, Jan. 2004.

CAPOZZI, L. C. et al. The impact of physical activity on health-related fitness and quality of life for patients with head and neck cancer: a systematic review. **British journal of sports medicine**, v. 50, n. 6, p. 325-38, Mar. 2016.

CARPER, E. Total Supportive Care: Nutrition, Symptom Management, Pain, and Psychosocial Support. In: HARRISON, L. B.; SESSIONS, R. B.; HONG, W. K. **Head and neck cancer: a multidisciplinary approach**. 3. ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 130-145.

CARR, T.; MOSS, T.; HARRIS, D. The DAS-24: A short form of the Derriford Appearance Scale DAS-59 to measure individual responses to living with problems of appearance. **British Journal of Health Psychology**, v. 10, p. 285-98, 2005.

CARVALHO, C. C. et al. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 683-9, Aug. 2014.

CASCAES, A. M.; LEÃO, A. T.; LOCKER, D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Org.); CRIVELLO JÚNIOR, O. (Coord.). **Epidemiologia da Saúde Bucal: Série Fundamentos de Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 437-458.

CELLA, D. Assessment methods for quality of life in cancer patients: the FACIT measurement system. **International Journal of Pharmaceutical Medicine**, v. 14, n. 2, p. 78-81, Feb. 2000.

CELLA, D. F. et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology**, v. 11, n. 3, p. 570-9, 1993.

CHANG, K. P. et al. Two-year quality of life after free flap reconstruction in tumor-site discrepancy among Taiwanese with moderately advanced oral squamous cell carcinoma. **World journal of surgical oncology [electronic resource]**, v. 13, n. 10, p. 145, Jul. 2012.

CHEN, S. C. et al. Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. **Cancer Nursing**, v. 33, n. 4, p. 280-9, Jul-Aug. 2010.

CHEN, S. C. et al. Supportive care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. **Psycho-oncology**, v. 22, n. 6, p. 1220-8, Jun. 2013.

COSTA, E. F. et al. A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. **Special care in dentistry**, Chicago, v. 34, n. 3, p. 114-21, 2014.

COTTON, S. P. et al. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 8, n. 5, p. 429-38, Sep-Oct. 1999.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. supl 1, p. 25-33, 2007.

DAPUETO, J. J. et al. Determinants of quality of life in patients with cancer. **Cancer**, v. 103, n. 5, p. 1072-81, Mar. 2005.

DJAN, R.; PENINGTON, A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, v. 66, n. 5, p. 647-59, May. 2013.

D'SOUZA, R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. **The Medical journal of Australia**, v. 186, n. 10 Suppl, May. 2007.

EADIE T. L. et al. Auditory-perceptual speech outcomes and quality of life after total laryngectomy. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 148, n. 1, p. 82-8, Jan. 2013.

EADIE T. L. et al. Communicative participation and quality of life in head and neck cancer. **The Annals of otology, rhinology, and laryngology**, v. 123, n. 4, p. 257-64, Apr. 2014.

EADIE, T. L.; BOWKER, B. C. Coping and quality of life after total laryngectomy. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 146, n. 6, p. 959-65, Jun. 2012.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-389.

FERLITO, A. et al. Causes of death of patients with laryngeal cancer. **European archives of oto-rhino-laryngology**, v. 271, n. 3, p. 425-34, Mar. 2014.

FERRARO, K. F.; ALBRECHT-JENSEN, C. M. Does Religion Influence Adult Health? **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 30, n. 2, p. 193-202, 1991.

FERRELL, B. R.; DOW, K. H.; GRANT, M. Measurement of the Quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research**, v. 4, n. 6, p. 523-31, 1995.

FIALKA, M.V et al. Particularly with aspects on physical impairments. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 35, p. 153-62, 2003.

FINGERET, M. C. et al. Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. **Head & neck**, v. 32, n. 3, p. 301-9, Mar. 2010.

FINGERET, M. C. et al. The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. **Psycho-oncology**, v. 21, n. 8, p. 836-44, Aug. 2012.

FINGERET, M. C.; TEO, I.; GOETTSCHE, K. Body image: a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. **Current oncology reports**, v. 17, n. 1, p. 422, Jan. 2015.

FINLAYSON, T. L. et al. Oral health disparities and psychosocial correlates of self-rated oral health in the National Survey of American Life. **American journal of public health**, v. 100, n. Suppl 1, p. S246-55, Apr. 2010.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FORNAZARI, S. A. FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-72, abr-jun. 2010.

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 3, p. 153-8, 2003.

FURIA, C. L. B. **Qualidade de vida em câncer de boca, faringe e laringe em São Paulo**. 2006. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GANZER, H. et al. The eating experience after treatment for head and neck cancer: A review of the literature. **Oral oncology**, v. 51, n. 7, p. 634-42, Jul. 2015.

GHAZALI, N.; LOWE, D.; ROGERS, S. N. Enhanced patient reported outcome measurement suitable for head and neck cancer follow-up clinics. **Head & neck oncology [electronic resource]**, v. 13, n. 4, p. 32, 2012.

GOBBO, M. et al. Diagnostic and therapeutic features associated with modification of quality-of-life's outcomes between one and six months after major surgery for head and neck cancer. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 82, n. 5, p. 548-57, Sep-Oct. 2016.

GUERRA, M. R.; MOURA GALLO, C. V.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUERRERO, G. P. **Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2011. 121 p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-9, jan-fev, 2011.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. supl 1, p. 88-94, 2007.

HARDING, S.; SANIPOUR, F.; MOSS, T. Existence of benefit finding and posttraumatic growth in people treated for head and neck cancer: a systematic review. **PeerJ [electronic resource]**, v. 11, n. 2, p. 256, Feb. 2014.

HASSAN, S. J.; WEYMULLER, E. A. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. **Head & Neck**, v. 15, n. 6, p. 485-96, 1993.

HOLLYWELL, C.; WALKER, J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of clinical nursing*, v. 18, n. 5, p. 637-51, Mar. 2009.

HOWREN, M. B. et al. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 81, n. 2, p. 299-317, Apr. 2013.

HULLEY S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JANDA, M. et al. The Queensland Cancer Risk Study: general population norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). **Psycho-oncology**, v. 18, n. 6, p. 606-14, Jun. 2009.

JOHNSON, M. E. et al. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. **The journal of supportive oncology**. v. 5, n. 9, p. 437-42, Oct. 2007.

JORDÃO, L. M. et al. Relationship between rates of attending religious services and oral health in Brazilian adolescents. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 42, n. 5, p. 420-7, Oct. 2014.

KANDASAMY, A.; CHATURVEDI, S. K.; DESAI, G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. **Indian journal of cancer**, v. 48, n. 1, p. 55-9, Jan-Mar. 2011.

KATRE, C. et al. Assessment of problems with appearance, following surgery for oral and oro-pharyngeal cancer using the University of Washington appearance domain and the Derriford appearance scale. **Oral oncology**, v. 44, n. 10, p. 927-34, Oct. 2008.

KATZ, M. R. et al. Reliability and validity of an observer-rated disfigurement scale for head and neck cancer patients. **Head & Neck**, New York, vol. 22, n. 2, p. 132-141, 2000.

KLASSEN, A. et al. Measuring quality of life in cosmetic surgery patients with a condition specific instrument: the Derriford scale. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 51, n. 5, p. 380-4, 1998.

KOENIG, H. G. **How Religious Beliefs and Practices Are Related to Stress, Health and Medical Services**. Heritage Foundation Symposium. 12/3/2008. Disponível em <http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/How_Religious_Beliefs_and_Practices_Are_Related.pdf>. Acesso em 18 abr. 2014.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **International Scholarly Research Network psychiatry**, v. 16, n. 2012, Article ID 278730, Dec. 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KRUPSKI, T. L. et al. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. **Psycho-oncology**, v. 15, n. 2, p. 121-31, Feb. 2006.

LACERDA, J. T. Trabalho de campo em epidemiologia da saúde bucal. In ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Org.); CRIVELLO JÚNIOR, O. (Coord.). **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 384-9.

LEWIS, S. et al. Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: a correlational study. **Journal of Cancer Therapeutics and Research**, v. 10, n. 3, p. 676-80, Jul-Sep. 2014.

LIST, M. A. et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy head and neck scale - a study of utility and validity. **Cancer**, v. 77, n. 11, p. 2294-301, Jun. 1996.

LLEWELLYN, C. D.; MCGURK, M.; WEINMAN, J. Head and neck cancer: to what extent can psychological factors explain differences between health-related quality of life and individual quality of life? **The British journal of oral & maxillofacial surgery**, v. 44, n. 5, p. 351-7, Oct. 2006.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of religion and health**, v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. **Journal of religion and health**, v. 54, n. 1, p. 112-21, Feb. 2015.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo medical journal**, v. 131, n. 2, p. 112-22, 2013.

MACHADO, B. C. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 62-8, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

MELO FILHO, M. R. et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 1, p. 82-8, 2013.

MENDES, J. C. S. et al. Análise Fatorial da Versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Aparência de Derriford (DAS-24). **Psychology, Community & Health**, v. 5, n. 1, p. 31-43, 2016.

MENDES, J. C. S.; FIGUEIRAS, M. J. Desfiguramento facial adquirido: breve revisão narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 484-501, nov. 2013.

MILLS, P. J. et al. The Role of Gratitude in Spiritual Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. **Spirituality in Clinical Practice**, v. 2, n. 1, p. 5-17, mar. 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32. 2008.

MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clinic proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1225-35, Dec. 2001.

MUNIZ, R.M; ZAGO, M.M.F; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2009.

MURPHY, B. A. et al. Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. **Critical reviews in oncology/hematology**, v. 62, n. 3, p. 251-67, Jun. 2007.

MURPHY, P. E. et al. An examination of the 3-factor model and structural invariance across racial/ethnic groups for the FACIT-Sp: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). **Psycho-oncology**, v. 19, n. 3, p. 264-72, Mar. 2010.

NG, G. C. et al. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. **Journal of religion and health**, v. 10, Jun. 2016.

OLIVEIRA, D. T. ODELL, E. W. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer de boca. In BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000. p. 279-294.

ONAKOYA, P. A. et al. Quality of life in patients with head and neck cancers. **Journal of the National Medical Association**, v. 98, n. 5, p. 765-70, May. 2006.

OpenEpi – **Estatísticas epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública**. Versão 3.03a . Atualizado 2015/05/04. Disponível em <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. Acesso em 03 out. 2014.

OSOBA D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. **Therapeutic Advances in Medical Oncology**, v. 3, n. 2, p. 57–71, Mar. 2011.

PARISE JÚNIOR, O. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: SARVIER, 2000.

PENNER, J. L. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. **Seminars in oncology nursing**, v. 25, n. 3, p. 231-41, Aug. 2009.

PETEET, J. R.; BALBONI, M. J. Spirituality and religion in oncology. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 63, n. 4, p. 280-9, Jul-Aug. 2013.

PETERMAN, A. H. et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). **Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.

PETERS, E.; MENDOZA SCHULZ, L.; REUSS-BORST, M. Quality of life after cancer-How the extent of impairment is influenced by patient characteristics. **BMC cancer [electronic resource]**, v. 16, n. 1, p. 787, Oct. 2016.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de medicina**, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

RHOTEN, B. A.; MURPHY, B.; RIDNER, S. H. Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. **Oral oncology**, v. 49, n. 8, p. 753-60, Aug. 2013.

RIGONI, L. et al. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 11, Apr. 2016.

RINGASH, J. et al. Hyperfractionated, accelerated radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: quality of life in a prospective phase I/II trial. **Radiotherapy and oncology**, v. 87, n. 2, p. 181-7, May. 2008.

ROH, H. W. et al. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. **PloS one [electronic resource]**, v. 10, n. 7, p. 1-13, 2015.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-12, 2001.

SAMMUT, L. WARD, M. PATEL, N. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: a literature review. **International journal of sports medicine**, v. 35, n. 9, p. 794-9, Aug. 2014.

SAWADA, N. O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. [tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2002.

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 52, n. 4, p. 323-9, 2006.

SHERMAN, A. C. SIMONTON, S. Advances in quality of life research among head and neck cancer patients. **Current oncology reports**, v. 12, n. 3, p. 208-15, May. 2010.

SILVA, D. I. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 353-8, 2011.

SILVA, M. R. B. et al. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 70-5, jan/mar. 2008.

SILVA, M. S.; CASTRO, E. K.; CHEM, C. Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Universitas Psychologica**, v. 11, n. 1, p. 13-23, 2012.

SILVEIRA, A. et al. Oncologia de cabeça e pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 38-48, 2012.

SILVEIRA, M. H. et al. Quality of life in swallowing disorders after nonsurgical treatment for head and neck cancer. **International archives of otorhinolaryngology**, v. 19, n. 1, p. 46-54, 2015.

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

TELLEZ, M. et al. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African-Americans: a multilevel approach. **Journal of public health dentistry**, v. 66, n. 1, p. 30-6, Winter 2006.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**. v. 41, n. 10, p. 1403-9, Nov. 1995.

TINNE, N. et al. Nursing care of head and neck cancer patients. In: MONTGOMERY, P. Q.; RHYS-EVANS, P. H.; GULLANE, P. J. **Principles and practice of head and neck surgery and oncology**. 2. ed. Informa healthcare, 2009. p. 117-130.

TOMAZONI, F. et al. The associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren. **Journal of public health dentistry**, v. 23, Jun. 2016.

TORRE, L. et al. Global Cancer Statistics, 2012. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 65, n. 2, p. 87–108, Mar. 2015.

Union for International Cancer Control (UICC). Global Cancer Control. TNM. **How to use the TNM classification**. Disponível em <http://www.uicc.org/sites/main/files/private/How_to_use_TNM_0.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2016.

Union for International Cancer Control (UICC). **TNM Classification of malignant tumours**. 7. ed. Oxford, UK: 2009.

VALENTE, S.M. Visual disfigurement and depression. **Plastic surgical nursing**, v. 29, n. 1, p. 10-6, jan-mar. 2009.

VALENTE, S.M.; SAUNDERS, J.M. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. **Cancer nursing**, v. 20, n. 3, p. 168-77.1997.

VARTANIAN, J. G. et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. **Head & neck**, v. 28, n. 12, p. 1115-21, 2006.

VARTANIAN, J. G. et al. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. Rev. Bras. Cir. **Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 108-15, abr / mai / jun. 2007.

VASCONCELOS, E. M. (org.) **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VERDONCK-DE LEEUW, I. M.; VAN NIEUWENHUIZEN, A.; LEEMANS, C. R. The value of quality-of-life questionnaires in head and neck cancer. **Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery**, v. 20, n. 2, p. 142-7, Apr. 2012.

VISSER, A.; GARSSSEN, B.; VINGERHOETS, A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. **Psychooncology**, v. 19, n. 6, p. 565-72, Jun. 2010.

WONG, Y. K. et al. Socio-demographic factors in the prognosis of oral cancer patients. **Oral Oncology**, v. 42, p. 893– 906, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer. **World Cancer Report 2014**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002.

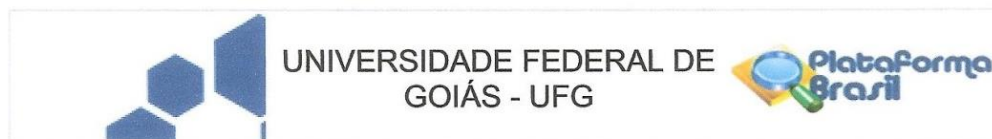
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva, 2013.

ZINNBAUER, B. J.; PARGAMENT, K. I.; SCOTT, A. B. The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. **Journal of Personality**, v. 67, n. 6, p. 889-919, Dec. 1999.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás.
ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva.
ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço

Pesquisador: Liliâne Braga Monteiro dos Reis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41479015.8.0000.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.013.228

Data da Relatoria: 06/04/2015

Apresentação do Projeto:

O câncer de localização na cabeça e pescoço são aqueles que envolvem as seguintes localizações anatômicas: lábio, cavidade oral (mucosa oral, gengiva, alvéolos, palato duro, língua, assoalho da boca), faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares, cavidade nasal e seios etmoidais, glândulas salivares, glândula tireoide e linfonodos regionais. Seu tratamento inclui diferentes intervenções terapêuticas de acordo com o estadiamento do tumor, sendo que a abordagem cirúrgica pode culminar em sequelas consideráveis e alterações biopsicossociais. Este estudo tem como foco indivíduos com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar os fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. As hipóteses são:

- Indivíduos com melhores condições socioeconômicas possuem melhor bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência quando comparados com indivíduos com piores condições socioeconômicas;

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (cont...).



Continuação do Parecer: 1.013.228

- Indivíduos com melhor situação clínica têm melhor bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência que indivíduos com pior situação clínica;
- Indivíduos com escores maiores de bem estar espiritual têm maiores escores de bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência, que os indivíduos com scores menores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

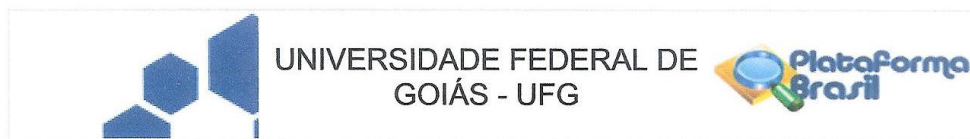
e acordo com o pesquisador, os riscos que norteiam o questionário variam desde um pequeno constrangimento a um sentimento adverso ao responder às perguntas contidas no mesmo, podendo ser minimizados com esclarecimentos da pesquisadora. Com relação aos benefícios, a responsável esclarece que não haverá benefício direto com a participação na pesquisa, mas os resultados podem dar suporte à população envolvida em formas de como enfrentar, da melhor forma, o processo saúde-doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo transversal com metodologia quantitativa, os participantes da pesquisa serão selecionados nos setores de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço e de fonoaudiologia do Hospital Araújo Jorge / Associação de Combate ao Câncer de Goiás (HAJ/ACCG), em Goiânia-GO. Serão convidados a participar indivíduos que tenham realizado cirurgia ressectiva para o tumor em região bucomaxilofacial como parte da terapia do câncer, sem reabilitação protética. Esta pesquisa será submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e Animais da Universidade Federal de Goiás (CEPUFG) e do Hospital Araújo Jorge. Serão coletados dados sobre bem estar psicossocial relacionado à Qualidade de Vida e autopercepção da aparência, dados sociodemográficos, clínicos e bem estar espiritual por meio de questionários. Dados clínicos relacionados ao tratamento da doença serão obtidos nos prontuários. Os dados serão analisados por meio da estatística descritiva e inferencial utilizando testes de comparação de grupos (teste t e Anova). Será realizada também análise de regressão simples e múltipla para verificar a associação entre as variáveis dependentes (relacionadas à qualidade de vida e autopercepção da aparência) e variáveis independentes (sociodemográficas, clínicas e bem estar espiritual). Critérios de inclusão: • Ser portador de deformidade visível na região de cabeça e pescoço devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer; • Ter idade igual ou superior a 18 anos; • Ser capaz de comunicar-se de forma eficiente, utilizando para isso qualquer recurso linguístico (fala, gestos e/ou escrita).

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (cont...).



Continuação do Parecer: 1.013.228

Critério de Exclusão: • Indivíduos em estado de saúde debilitado que impossibilite a entrevista ou em fase terminal; • Indivíduos reabilitados por meio de prótese bucomaxilofacial.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por meio de apresentações em eventos científicos, relatórios, artigos científicos e uma tese de doutorado. Espera-se que o conhecimento a partir deste estudo contribua para um melhor entendimento sobre o impacto psicossocial da cirurgia para tratamento do câncer na região de cabeça e pescoço a fim de subsidiar o suporte aos pacientes. Espera-se também apresentar possibilidades de reflexão sobre o tema no setor da Odontologia e no Hospital Araújo Jorge, e também abrir discussões sobre políticas públicas voltadas para as pessoas portadoras de marcas ou cicatrizes/sequelas devido à cirurgia para tratamento do câncer na região de cabeça e pescoço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: folha de rosto preenchida; termo de anuência assinado pelo diretor técnico do HAJ para realização da pesquisa mediante apresentação do parecer favorável do CEP/AGCC; questionário a ser aplicado aos participantes da pesquisa; carta de encaminhamento do projeto para avaliação pelo CEP AGCC; Currículos lattes dos participantes da pesquisa; Autorização do setor de arquivo médico do HAJ para manuseio de prontuário de pacientes para coleta de dados; declaração da pesquisadora de que a pesquisa só será iniciada após emissão de parecer favorável pelo CEP/AGCC; declaração de compromisso do pesquisador responsável; TCLE adequado; Garantia de privacidade e confidencialidade contemplados no projeto de pesquisa e no TCLE; Orçamento apresentado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência de ajuste de cronograma para início de coleta dedados foi atendida. Projeto aprovado, salvo melhor juízo desse comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

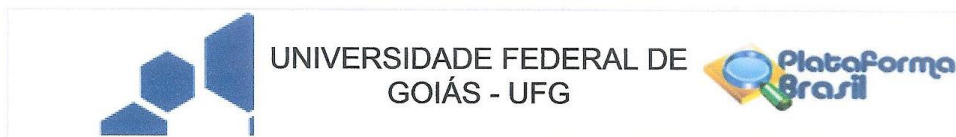
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que a Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
(cont...).



Continuação do Parecer: 1.013.228

APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para 31/03/2016.

GOIANIA, 07 de Abril de 2015

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço

Pesquisador: Liliane Braga Monteiro dos Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41479015.8.3001.0031

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.058.864

Data da Relatoria: 07/05/2015

Apresentação do Projeto:

O câncer de localização na cabeça e pescoço são aqueles que envolvem as seguintes localizações anatômicas: lábio, cavidade oral (mucosa oral, gengiva, alvéolos, palato duro, língua, assoalho da boca), faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares, cavidade nasal e seios etmoidais, glândulas salivares, glândula tireoide e linfonodos regionais. Seu tratamento inclui diferentes intervenções terapêuticas de acordo com o estadiamento do tumor, sendo que a abordagem cirúrgica pode culminar em sequelas consideráveis e alterações biopsicossociais. Este estudo tem como foco indivíduos com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. As hipóteses são:

Indivíduos com melhores condições socioeconômicas possuem melhor bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência quando comparados com indivíduos com piores condições socioeconômicas;

Indivíduos com melhor situação clínica têm melhor bem estar psicossocial relacionado

Endereço: 239

Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO

CEP: 74.605-070

UF: GO

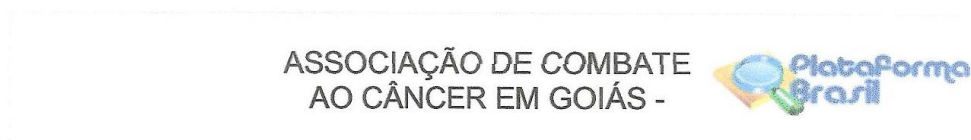
Município: GOIANIA

Telefone: (62)3243-7050

Fax: (62)3243-7050

E-mail: cepaccg@accg.org.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (cont...).



Continuação do Parecer: 1.058.864

à QV e autopercepção da aparência que indivíduos com pior situação clínica;

Indivíduos com escores maiores de bem estar espiritual têm maiores escores de bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência, que os indivíduos com scores menores.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste estudo é analisar os fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

Objetivos específicos:

Analisar a associação entre qualidade de vida e bem estar espiritual (Religiosidade e Espiritualidade);

Analisar a associação entre autopercepção da aparência e bem estar espiritual (Religiosidade e Espiritualidade).

Sendo assim, questiona-se qual é a relação entre o bem estar psicossocial relacionado à QV e autopercepção da aparência e fatores sociodemográficos, clínicos e bem estar espiritual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A população elegível para o estudo será constituída de pacientes adultos acima de 18 anos e que apresentam deformidade visível na região de cabeça e pescoço devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer.

Crítérios de inclusão:

Ser portador de deformidade visível na região de cabeça e pescoço devido à cirurgia ressectiva realizada como parte da terapia do câncer;

Ter idade igual ou superior a 18 anos;

Ser capaz de comunicar-se de forma eficiente, utilizando para isso qualquer recurso linguístico (fala, gestos e/ou escrita).

5.4.2. Critérios de exclusão

Indivíduos em estado de saúde debilitado que impossibilite a entrevista ou em fase terminal;

Indivíduos reabilitados por meio de prótese bucomaxilofacial.

Endereço: 239

Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO

CEP: 74.605-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3243-7050

Fax: (62)3243-7050

E-mail: cepaccg@accg.org.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (cont...).

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER EM GOIÁS -

Continuação do Parecer: 1.058.864

A pesquisadora esclarece que os riscos que norteiam o questionário variam desde um pequeno constrangimento a um sentimento adverso ao responder a este tipo de pergunta, podendo ser minimizada com esclarecimentos da pesquisadora. A possível desistência do voluntário poderá ocorrer a qualquer momento sem qualquer ônus ou prejuízo para o sujeito abordado. Não haverá benefício direto com a participação na pesquisa, mas os resultados podem dar suporte à população envolvida em formas de como enfrentar, da melhor forma, o processo saúde-doença.

Avaliando-se os questionários, esta relatora não encontrou nada que pudesse conduzir a um risco e caso haja necessidade o Serviço de Psicologia se dispôs a atender aos participantes com agendamento prévio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo transversal com metodologia quantitativa, os participantes da pesquisa serão selecionados nos setores de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço e de fonoaudiologia do Hospital Araújo Jorge / Associação de Combate ao Câncer de Goiás (HAJ/ACCG), em Goiânia-GO. Sabe-se a importância atualmente dos estudos sobre a QV, no meio científico, e o quanto os resultados têm auxiliado nas intervenções em saúde (ALVES, 2011).

Ferrel, Dow e Grant (1995) apud Guerrero (2011) apresentaram um Modelo QV para sobreviventes de Câncer, o qual foca os domínios de bem-estar físico, social, psicológico e espiritual, que interagem influenciando a QV do indivíduo. Qualquer distúrbio em um desses domínios apresentados pelo modelo afetará a QV como um todo.

Segundo os autores, o bem-estar físico é definido como o controle ou o alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência; o bem estar social é definido como uma forma de visualizar não apenas o câncer com os seus sintomas, mas também o significado ocasionado pelo impacto da doença e tratamento sobre a pessoa com câncer, a perda dos seus papéis e relacionamentos; o bem estar psicológico é definido como a procura por um sentimento de controle diante das ameaças da vida pela doença caracterizada pelo estresse emocional que modifica as prioridades da vida, gera medo do desconhecido, bem como as mudanças positivas da vida. O bem estar espiritual é caracterizado pelas dimensões existenciais religiosas norteadas pelos sentimentos de incertezas, desesperanças, objetivo de vida, mudanças espiritual positivas, aumento do significado de vida e importância das atividades espirituais (Figura 2) (FERREL; DOW; GRANT, 1995 apud GUERRERO 2011). Sendo assim, com certeza esta pesquisa poderá enriquecer as intervenções junto ao paciente com um câncer de cabeça e pescoço.

Endereço: 239

Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO

CEP: 74.605-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3243-7050

Fax: (62)3243-7050

E-mail: cepaccg@accg.org.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (cont...).

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER EM GOIÁS -



Continuação do Parecer: 1.058.864

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

TCLE com boa clarificação da pesquisa.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de acordo com os princípios éticos vigentes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. Em tempo, lembramos que o pesquisador deverá, obrigatoriamente, postar relatório de andamento a cada seis meses e também relatório final juntamente com os resultados.

GOIANIA, 12 de Maio de 2015

Assinado por:
Adriano de Paula
(Coordenador)

Endereço: 239

Bairro: SETOR LESTE UNIVERSITARIO

CEP: 74.605-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3243-7050

Fax: (62)3243-7050

E-mail: cepaccg@accg.org.br

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 versão impressa
ISSN 1678-4561 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave, palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

ciência, saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1): [about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras*

ANEXO C – Instruções aos autores – Ciência e Saúde Coletiva (cont...).

cienc. saúde coletiva - Instruções aos

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
 Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
 21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
 Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#) : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#) ;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

- 4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

- 5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

- 6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJÉ](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Instruções para Autores

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)

). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será

Instruções para Autores

direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão *on-line* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://caderno.s.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.enasp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login> , utilizando

login

e senha já cadastrados em nosso

site

. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

) e

Termos e Condições

);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.

ANEXO D – Instruções aos autores – Cadernos de Saúde Pública (cont...).

Instruções para Autores

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados nos prontuários dos pacientes
APÊNDICE C – Formulário clínico de avaliação da sequela da cirurgia
APÊNDICE D – Formulário de entrevista
APÊNDICE E – Cartão auxiliar de respostas

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você/Sr./Sra. está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.”. Meu nome é Liliane Braga Monteiro dos Reis, sou pesquisadora responsável e sou cirurgiã-dentista. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinada por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa, poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (lbrreis@yahoo.com.br) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Liliane Braga Monteiro dos Reis no telefone (62) 8445-3174 ou no seguinte endereço Avenida Universitária Esquina com 1ª Avenida, s/nº Setor Universitário, CEP: 74.605-220, Goiânia-GO. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215 ou no endereço Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II), CEP: 74001-970, Goiânia-GO, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, no telefone: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar, Edifício Albergue Filhinha Nogueira, Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 08 às 17 horas, de segundo a sexta.

1 Informações importantes sobre a pesquisa

1.1 Título: Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço. **Justificativa:** O câncer de localização na cabeça e pescoço são aqueles que envolvem as seguintes localizações anatômicas: lábio, cavidade oral (mucosa oral, gengiva, alvéolos, palato duro, língua, assoalho da boca), faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), laringe, seios maxilares, cavidade nasal e seios etmoidais, glândulas salivares, glândula tireoide e linfonodos regionais. Seu tratamento inclui diferentes tratamentos de acordo com o estadiamento do tumor, sendo que a cirurgia pode culminar em sequelas consideráveis e alterações biopsicossociais. O objetivo deste estudo é

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cont...).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



analisar os fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço.

1.2 Descrição da pesquisa:

Serão aplicados questionários com duração aproximada de 30 trinta minutos, com perguntas a respeito da qualidade de vida, bem estar espiritual, dados sociodemográficos e dados clínicos relacionados ao tratamento da doença que serão complementados a partir dos prontuários.

Os riscos que norteiam o questionário variam desde um pequeno constrangimento a um sentimento adverso ao responder a este tipo de pergunta, podendo ser minimizada com esclarecimentos da pesquisadora. Você também tem o direito de retirar esse consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo a sua pessoa. Não haverá benefício direto com a participação na pesquisa, mas os resultados podem dar suporte à população envolvida em formas de como enfrentar, da melhor forma, o processo saúde-doença.

O Serviço de Psicologia do Hospital Araújo Jorge emitiu parecer favorável à realização desta pesquisa e coloca-se à disposição para atendimento, caso necessário, desde que seja feito agendamento prévio, via ambulatorial e dentro do horário de atendimento.

As dúvidas sobre a pesquisa, poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (lbnreis@yahoo.com.br) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Liliane Braga Monteiro dos Reis no telefone (62) 8445-3174 ou no seguinte endereço Avenida Universitária Esquina com 1ª Avenida, s/nº Setor Universitário, CEP: 74.605-220, Goiânia-GO. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215 ou no endereço Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II) – CEP: 74001-970, Goiânia-GO, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, no telefone: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 nº 206 2º andar, Edifício Albergue Filhinha Nogueira, Setor Leste Universitário. Horário de atendimento: 08 às 17 horas, de segundo a sexta.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma recompensa financeira.

Os resultados dessa pesquisa serão publicados em eventos e periódicos científicos, porém mantendo-se sempre a integridade e o anonimato dos participantes da pesquisa. Somente o pesquisador e membros da equipe

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



terão acesso ao conteúdo dos dados obtidos. Se não quiser participar da pesquisa, não será prejudicado de nenhuma forma.

Nome e assinatura da pesquisadora _____

Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, inscrito (a) sob o RG / CPF / nº de prontuário / nº de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço**, sob a responsabilidade da pesquisadora Liliane Braga Monteiro dos Reis como participante voluntário. Informo ter mais de 18 anos de idade. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa descrito.

Goiânia, _____ de _____ de 2016.

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

Testemunhas (não ligadas ao pesquisador) em caso de uso da assinatura datiloscópica

	Nome	Assinatura
	Nome	Assinatura

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados nos prontuários dos pacientes.

 UFG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ODONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA	
---	--	---

Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço

Nº _____ Data ____/____/____ Responsável pelo preenchimento: _____

Nº do prontuário: _____

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

I. Dados sociodemográficos

1. Nome do respondente: _____

2. Endereço: _____

3. Telefones: _____

4. Sexo: (1) M (2) F 5. Data de nascimento: ____/____/____

6. Raça / cor: (1) Leucoderma (2) Feoderma (3) Melanoderma (4) Xantoderma

Leucoderma – cor branca/ clara

Feoderma – cor parda

Melanoderma – cor negra/ escura

Xantoderma – cor amarela

7. Origem do paciente: (1) Rede privada (2) SUS

II. Dados Clínicos da Doença e Tratamento

1. Estágio T: () X () 0 () 1s () 1 () 2 () 3 () 4
() Não consta no prontuário

2. Estágio N: () Nx () N0 () N1 () N2 () N3
() Não consta no prontuário

3. Estágio M: () Mx () M0 () M1 () Não consta no prontuário

4. Sítio do câncer:
 (01) Orofaringe (07) Nasofaringe
 (02) Hipofaringe (08) Cavidade Oral
 (03) Laringe (09) Glândula salivar
 (04) Pele (10) Tireoide
 (05) Orelha (11) Seios paranasais
 (06) Pescoço (12) Labio
 (13) Outro: _____
5. Tipo do Câncer:
 (1) Carcinoma espinocelular (5) Carcinoma basocelular
 (2) Retinoblastoma (6) Sarcoma
 (3) Melanoma (7) Carcinoma indiferenciado
 (4) Tumores malignos de glândula saliva (8) Outro: _____
6. Local do tumor primário:
 (01) Orofaringe (05) Nasofaringe (09) Hipofaringe
 (02) Cavidade Oral (06) Labio (10) Laringe
 (03) Pele (07) Glândula Salivar (11) Tireoide
 (04) Orelha (08) Seios paranasais (12) Outro: _____
7. Status da doença: (1) Primária (2) Recorrente
8. Tipo de tratamento cirúrgico:
 () Mandibulectomia com esvaziamento cervical
 () Mandibulotomia com esvaziamento cervical
 () Maxilectomia
 () Parotidectomia total
 () Esvaziamento cervical
 () Tonsilectomia
 () Outro: _____
9. Fez ou faz tratamento quimioterápico: (1) Sim (0) Não
10. Fez ou faz tratamento radioterápico: (1) Sim (0) Não
11. Data do diagnóstico inicial do tumor primário: ____/____/____
12. Data do tratamento / cirurgia do tumor primário: ____/____/____
13. Data da cirurgia que gerou a sequela mais “relevante” na região de cabeça e pescoço: ____/____/____
14. Tumor maligno: (1) Sim (2) Não

APÊNDICE C - Formulário clínico de avaliação da seqüela da cirurgia.

 UFG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ODONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA	 FACULDADE DE ODONTOLOGIA UFG
--	--	---

FORMULÁRIO CLÍNICO DE AVALIAÇÃO DA SEQUELA DA CIRURGIA

1. Local da seqüela: _____

- () Terço superior
() Terço médio
() Terço inferior
() Região cervical anterior

2. Descrição da seqüela: _____





UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



Fatores associados ao bem estar psicossocial de pacientes com sequelas aparentes decorrentes de cirurgia oncológica na região de cabeça e pescoço

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Dados socioeconômicos

1. Escolaridade:

- (1) Analfabeto
- (2) Até 3ªsérie Fundamental /Até 3ª série 1º Grau
- (3) Até 4ªsérie Fundamental /Até 4ª série 1º Grau
- (4) Fundamental completo / 1º Grau completo
- (5) Médio completo / 2º Grau completo
- (6) Superior completo

2. Estado civil:

- (1) Casado (a)
- (2) Separado (a)/divorciado (a)
- (3) Viúvo (a)
- (4) Solteiro (a)/Nunca foi casado(a)

3. Mora com:

- (1) Família / companheiro (a)
- (2) Sozinho (a)

4. Ocupação:

- (1) Trabalhando/empregado (a)
- (2) Afastado(a) do trabalho
- (3) Não está trabalhando / desempregado
- (4) Aposentado (a)

5. Classificação socioeconômica (ABEP):

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de Instrução do chefe de família	Analfabeto/Até 3ª série Fundamental				
	Até 4ª série Fundamental				
	Fundamental completo				
	Médio Completo				
	Superior completo				
Total da pontuação					

Comportamento

6. Tabagismo:

- (1) Fuma
 - (2) Não fuma / nunca fumou
 - (3) Parou de fumar após o diagnóstico de câncer
 - (4) Parou de fumar antes do diagnóstico de câncer
- Caso tenha parado, parou há quanto tempo?

7. Experiência prévia de etilismo:

- (1) Sim
 - (2) Não
- Parou há quanto tempo?

APENDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

Q1 – FACT H&N (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se referem aos últimos 7 dias.

	BEM-ESTAR FÍSICO				
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GP1	0	1	2	3	4
GP2	0	1	2	3	4
GP3	0	1	2	3	4
GP4	0	1	2	3	4
GP5	0	1	2	3	4
GP6	0	1	2	3	4
GP7	0	1	2	3	4

	BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR				
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GS1	0	1	2	3	4
GS2	0	1	2	3	4
GS3	0	1	2	3	4
GS4	0	1	2	3	4
GS5	0	1	2	3	4
GS6	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor, responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo [] e passe para a próxima seção.</i>				
GS7	0	1	2	3	4

	BEM-ESTAR EMOCIONAL				
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	0	1	2	3	4
GE2	0	1	2	3	4
GE3	0	1	2	3	4
GE4	0	1	2	3	4
GE5	0	1	2	3	4
GE6	0	1	2	3	4

	BEM-ESTAR FUNCIONAL				
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	0	1	2	3	4
GF2	0	1	2	3	4
GF3	0	1	2	3	4
GF4	0	1	2	3	4
GF5	0	1	2	3	4
GF6	0	1	2	3	4
GF7	0	1	2	3	4

APÊNDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
HAN 1	Posso comer os alimentos que gosto.....	0	1	2	3	4
HAN 2	Tenho a boca seca.....	0	1	2	3	4
HAN 3	Tenho dificuldade em respirar.....	0	1	2	3	4
HAN 4	A minha voz tem a qualidade e a força habituais.....	0	1	2	3	4
HAN 5	Posso comer tanto quanto quero...	0	1	2	3	4
HAN 6	Estou descontente com o aspecto do meu rosto e / ou pescoço.....	0	1	2	3	4
HAN 7	Posso engolir bem e facilmente.....	0	1	2	3	4
HAN 8	Fumo cigarros ou outros produtos à base de tabaco.....	0	1	2	3	4
HAN 9	Tomo bebidas alcoólicas (por exemplo, cerveja, vinho, etc.).....	0	1	2	3	4
HAN 10	Sou capaz de comunicar com os outros.....	0	1	2	3	4
HAN 11	Posso comer alimentos sólidos.....	0	1	2	3	4
HAN 12	Tenho dores na boca, garganta ou pescoço.....	0	1	2	3	4

Q2 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE

WASHINGTON

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos 7 dias.
Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor (marque uma alternativa [✓])

- [1] Eu não tenho dor
- [2] Há dor leve não necessitando de medicação
- [3] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- [4] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- [5] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [✓])

- [1] Não há mudança na minha aparência
- [2] A mudança na minha aparência é mínima
- [3] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo
- [4] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência
- [5] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [✓])
- [1] Eu estou tão ativo quanto sempre estive
 - [2] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente
 - [3] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa
 - [4] Eu não saio de casa porque eu não tenho força
 - [5] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa
4. Recreação (marque uma alternativa [✓])
- [1] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
 - [2] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir
 - [3] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso
 - [4] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV
 - [5] Eu não posso fazer nada agradável
5. Deglutição (marque uma alternativa [✓])
- [1] Eu posso engolir tão bem como sempre
 - [2] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
 - [3] Eu posso engolir somente comidas líquidas
 - [4] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca
6. Mastigação (marque uma alternativa [✓])
- [1] Eu posso mastigar tão bem como sempre
 - [2] Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas
 - [3] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves
7. Fala (marque uma alternativa [✓])
- [1] Minha fala é a mesma de sempre
 - [2] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone
 - [3] Somente minha família e amigos podem me entender
 - [4] Eu não sou entendido pelos outros
8. Ombro (marque uma alternativa [✓])
- [1] Eu não tenho problemas com meu ombro
 - [2] Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força
 - [3] Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho
 - [4] Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro
9. Paladar (marque uma alternativa [✓])
- [1] Eu sinto sabor da comida normalmente
 - [2] Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
 - [3] Eu posso sentir o sabor de algumas comidas
 - [4] Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: [✓])

- [1] Excelente
- [2] Muito boa
- [3] Boa
- [4] Média
- [5] Ruim
- [6] Muito ruim

Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais, se necessário).

10. Saliva (marque uma alternativa [✓])

- [1] Minha saliva é de consistência normal
- [2] Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente
- [3] Eu tenho muito pouca saliva
- [4] Eu não tenho saliva

11. Humor (marque uma alternativa [✓])

- [1] Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
- [2] Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
- [3] Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer
- [4] Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer
- [5] Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade (marque uma alternativa [✓])

- [1] Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
- [2] Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
- [3] Eu estou ansioso por causa do meu câncer
- [4] Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?
Marque [✓] em até 3 alternativas

- | | | |
|------------------|-------------------|------------------|
| [01] Dor | [05] Deglutição | [09] Paladar |
| [02] Aparência | [06] Mastigação | [10] Saliva |
| [03] Atividade | [07] Fala | [11] Humor |
| [04] Recreação | [08] Ômbro | [12] Ansiedade |

Questões gerais

Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde (marque uma alternativa: [✓])

- [1] Muito melhor
- [2] Um pouco melhor
- [3] Mais ou menos o mesmo
- [4] Um pouco pior
- [5] Muito pior

Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [✓])

- [1] Excelente
- [2] Muito boa
- [3] Boa
- [4] Média
- [5] Ruim
- [6] Muito ruim

APÊNDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

Q3 – ESCALA DE APARÊNCIA DE DERRIFORD (DAS 24)

Este questionário diz respeito a como você se sente em relação à sua aparência

A primeira parte da escala foi projetada para apurar se você está incomodado ou constrangido sobre qualquer aspecto da sua aparência (mesmo que isso não seja visível para as outras pessoas)

a) Há algum aspecto da sua aparência (mesmo que pequeno) que afeta você de alguma forma?

(1) Sim (2) Não

Se **NÃO**, por favor, vá para a próxima página.

Se **SIM**, por favor, continue:

b) O aspecto da minha aparência sobre o qual eu me sinto mais incomodado ou constrangido é: _____

De agora em diante, nós iremos nos referir a este aspecto da sua aparência como sua “sequela”

c) O que eu não gosto da minha sequela é: _____

d) Se você está incomodado ou constrangido sobre alguma outra sequela do seu corpo ou aparência, por favor, diga quais são: _____

Instruções: As questões a seguir são relacionadas à forma que você se sente ou age. Todas as questões são simples. Por favor, marque a resposta que mais se aplica a você. Se o item não se aplica à sua situação, marque NSA (não se aplica). Não gaste muito tempo em uma mesma questão.

a) Você se sente confiante?

- (1) Nem um pouco
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Extremamente

b) Você fica incomodado(a) ao ver sua imagem refletida no espelho?

- (1) Extremamente
- (2) Mais ou menos
- (3) Um pouco
- (4) Não me incomoda

c) Quando estou em casa me sinto irritado devido a minha aparência:

- (1) Não se aplica
- (2) Nunca/quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

d) Você se sente magoado(a) com sua aparência?

- (1) Extremamente
- (2) Mais ou menos
- (3) Levemente
- (4) Não me sinto magoado(a)

e) Anualmente o constrangimento devido à minha aparência afeta de forma negativa o meu trabalho:

- (1) Quase sempre
- (2) Com frequência
- (3) Às vezes
- (4) Nunca/quase nunca
- (5) Não se aplica

f) Você fica incomodado em atividades de lazer como, por exemplo, ir ao clube?

- (1) Não se aplica
- (2) De forma alguma
- (3) Um pouco
- (4) Mais ou menos
- (5) Extremamente

APÊNDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

- g) As outras pessoas me julgam apenas pela minha aparência:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
 - (5) Não se aplica
- h) Você sente que a aparência afeta sua feminilidade/masculinidade?
- (1) De forma alguma
 - (2) Levemente
 - (3) Um pouco
 - (4) Extremamente
- i) Tenho vergonha da minha aparência:
- (1) Não se aplica
 - (2) Nunca/quase nunca
 - (3) Às vezes
 - (4) Frequentemente
 - (5) Quase sempre
- j) Você se irrita por estar nessa situação?
- (1) De forma alguma
 - (2) Levemente
 - (3) Um pouco
 - (4) Extremamente
- k) Costumo usar gestos para esconder minha sequela (como, por exemplo, tampar com as mãos):
- (1) Nunca/quase nunca
 - (2) Às vezes
 - (3) Com frequência
 - (4) Quase sempre
- l) Evito expor meu defeito para pessoas em geral:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
 - (5) Não se aplica
- m) Você se sente incomodado em supermercados ou lojas?
- (1) Não se aplica
 - (2) De forma alguma
 - (3) Levemente
 - (4) Um pouco
 - (5) Extremamente
- n) Você se sente rejeitado devido à sua aparência?
- (1) De forma alguma
 - (2) Levemente
 - (3) Um pouco
 - (4) Extremamente
- o) Evito expor meu defeito para as pessoas mais íntimas:
- (1) Não se aplica
 - (2) Nunca/quase nunca
 - (3) Às vezes
 - (4) Com frequência
 - (5) Quase sempre
- p) Você se sente incomodado(a) ao praticar atividades físicas?
- (1) Extremamente
 - (2) Um pouco
 - (3) Levemente
 - (4) De forma alguma
 - (5) Não se aplica
- q) Por causa da minha aparência me fecho completamente:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
- r) Você se sente chateado(a) por não poder vestir suas roupas preferidas?
- (1) Extremamente
 - (2) Um pouco
 - (3) Levemente
 - (4) De forma alguma
 - (5) Não se aplica
- s) Você se sente incomodado(a) quando participa de eventos sociais?
- (1) Não se aplica
 - (2) De forma alguma
 - (3) Um pouco
 - (4) Em grande parte
 - (5) Extremamente

APÊNDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

- t) Você se sente normal?
- (1) De forma alguma
 - (2) Levemente
 - (3) Um pouco
 - (4) Extremamente
- u) Atualmente minha aparência afeta de forma negativa minha vida sexual:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
 - (5) Não se aplica
- v) Eu evito sair de casa:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
- w) Você se aborrece quando outras pessoas fazem comentários a respeito da sua aparência?
- (1) Não se aplica
 - (2) De forma alguma
 - (3) Um pouco
 - (4) Em grande parte
 - (5) Extremamente
- x) Evito frequentar bares/restaurantes:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
 - (5) Não se aplica
- y) Meu defeito causa dor física e desconforto:
- (1) Nunca/quase nunca
 - (2) Às vezes
 - (3) Com frequência
 - (4) Quase sempre
- z) Meu defeito limita minha capacidade física para fazer as coisas que eu quero:
- (1) Quase sempre
 - (2) Com frequência
 - (3) Às vezes
 - (4) Nunca/quase nunca
- Q4 – Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL)**
- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca
- A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.*
- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

APÊNDICE D - Formulário de entrevista (cont...).

Q5 – FACIT-Sp-12 (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

	<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp1	Sinto-me em paz.....	0	1	2	3	4
Sp2	Tenho uma razão para viver.....	0	1	2	3	4
Sp3	A minha vida tem sido produtiva..	0	1	2	3	4
Sp4	Custa-me sentir paz de espírito.....	0	1	2	3	4
Sp5	Sinto que a minha vida tem um propósito.....	0	1	2	3	4
Sp6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a.....	0	1	2	3	4
Sp7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a.....	0	1	2	3	4
Sp8	Falta sentido e propósito em minha vida.....	0	1	2	3	4
Sp9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais.....	0	1	2	3	4
Sp10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força.....	0	1	2	3	4
Sp11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais.....	0	1	2	3	4
Sp12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem.....	0	1	2	3	4

APÊNDICE E – Cartão auxiliar de respostas.

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5