



CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA – UNISUAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

**INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
PRECOSES NO PÓS OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS
À CIRURGIA POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO DURANTE A
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

RIO DE JANEIRO – RJ

2013

**INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
PRECOCES NO PÓS OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS
À CIRURGIA POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO DURANTE A
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

GISELLY MACHUK FERNANDES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, do Centro Universitário Augusto Motta, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Flávia de Oliveira.

Rio de Janeiro - RJ

2013

GISELLY MACHUK FERNANDES

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
PRECOCES NO PÓS OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS À
CIRURGIA POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO DURANTE A
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data da aprovação: 14 de janeiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Prof^a. Dr^a. Juliana Flávia de Oliveira
CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

Membro: _____

Prof^a. Dr^a. Anke Bergmann
CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

Membro: _____

Prof^a. Dr^a. Miriam Raquel Meira Mainenti
CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

Membro: _____

Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Agradecimentos

À minha família, pelo constante apoio e dedicação de sempre.

Aos amigos, pelas palavras oportunas de sabedoria e apoio carinhoso, que tornaram este processo não só em conhecimentos científicos, mas em trocas de afeto e encorajamento, pela alegria em partilhar o caminho com vocês: Thatiana, Iris, Luciana, Cecília e Gustavo.

À todos os pacientes, que mesmo com todas as dificuldades aceitaram participar deste estudo e sem eles esta pesquisa não aconteceria.

À Dra. Juliana Flávia de Oliveira, minha orientadora, pelos inúmeros direcionamentos, confiança e motivação no transcorrer desta pesquisa.

À Dra. Anke Bergmann, pela imensa paciência, compreensão e ajuda no decorrer desse trabalho.

À UNISUAM e a todos os professores, pela oportunidade de formação a que tive acesso.

Ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA.

Resumo

O câncer de cabeça e pescoço representa atualmente um dos principais tumores malignos, com alta incidência, prevalência e mortalidade. Dentre os tratamentos disponíveis para os tumores de cabeça e pescoço, a cirurgia representa um papel fundamental. Ao mesmo tempo, esses pacientes são grandes candidatos a desenvolverem complicações no pós-operatório, visto que estão expostos a fatores de risco bem estabelecidos como o consumo de álcool e tabaco, além de outras comorbidades.

Este estudo teve como objetivo avaliar a incidência e os fatores de risco para complicações precoces no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar. A identificação das complicações desenvolvidas por esses pacientes e os fatores de risco a que estão expostos poderá contribuir com programas de prevenção e medidas que minimizem sua ocorrência.

Neste contexto, é importante a elaboração de novos estudos que visem compreender melhor a influência de diversas variáveis sobre o desenvolvimento e a evolução dessas complicações.

Palavras chave: Câncer de cabeça e pescoço; Complicações pós operatórias; Incidência; Fatores de risco

Abstract

The head and neck cancer is currently one of the major malignant tumors with high incidence, prevalence and mortality. Among the treatments available for head and neck tumors, surgery plays a fundamental role. At the same time, these patients are great candidates to develop postoperative complications, as they are exposed to well-established risk factors such as alcohol and tobacco, and other comorbidities. This study aimed to evaluate the incidence and risk factors for early postoperative complications in patients undergoing surgery for cancer of the head and neck during hospitalization. The identification of these complications developed by patients and the risk factors they are exposed may contribute to prevention programs and measures to minimize its occurrence.

In this context, it is important to devise new studies aimed at better understanding the influence of several variables on the development and progression of these complications.

Key works: Cancer head and neck; Postoperative complications; Incidence; Risk factors.

Sumário

1. Introdução	01
2. Justificativa	04
3. Objetivo	04
4. Metodologia	05
4.1 Local do estudo	05
4.2 Tipo de estudo	05
4.3 Sujeitos	05
4.4 Critérios de elegibilidade	05
4.4.1 Critérios de inclusão	05
4.4.2 Critérios de exclusão	05
4.5 Coleta de dados	06
5. Aspectos Éticos	07
6. Apresentação da dissertação	07
6.1 Manuscrito	08
7. Referências bibliográficas	31
Anexos	33
Anexo I: Carta de aprovação CEP	33
Anexo II: Termo de consentimento livre e esclarecido	34
Anexo III: Instrumento de coleta de dados	38

1. Introdução

O câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil constituindo a segunda causa de morte por doença no país. Trata-se de uma doença que, mesmo com os tratamentos disponíveis, provoca sequelas e apresenta uma alta taxa de mortalidade nos dias atuais. Nas últimas décadas, o registro brasileiro de câncer tem acrescido o número de casos novos, ressaltando a importância da doença e seu impacto social e econômico. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, as estimativas para o ano de 2011 apontam a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer^{1,2,3}.

Em decorrência de sua alta incidência, prevalência e mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço é considerado um dos principais tumores malignos, sendo a quinta neoplasia mais comum no mundo, com uma incidência global de 780 mil novos casos por ano. Aproximadamente 40% ocorrem na cavidade oral, 15% na faringe, 25% na laringe, e 20% nos locais restantes (glândulas salivares e tireóide). A incidência é maior em homens do que em mulheres na proporção de 5:1, com idade acima de 40 anos, e os principais fatores de risco são o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. Para agravar, o hábito de fumar e beber estabelece um sinergismo que aumenta em 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer^{3,4,5,6}.

Trata-se de um grupo heterogêneo de tumores classificados por localização. Alvarenga⁷ descreve o câncer de cabeça e pescoço como um termo coletivo definido por bases anatômico-topográfica para descrever tumores malignos do trato aerodigestivo superior. Um subgrupo maior de carcinomas de cabeça e pescoço é referido como câncer oral (lábios, base de língua, assoalho bucal e palato duro), faringe (orofaringe, hipofaringe e nasofaringe) e laringe.

O câncer de cabeça e pescoço pode ser tratado com várias modalidades terapêuticas como a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, podendo ser utilizadas de maneira exclusiva ou estar associadas. No momento, a cirurgia apresenta um papel importante na abordagem terapêutica, pois permite a análise anatomopatológica da peça operatória com o estadiamento real da extensão da doença, do comprometimento linfonodal e a definição de parâmetros de prognóstico^{3,8,9}.

Cerca de 70 a 80% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço se apresentam com doença avançada ao diagnóstico e a maioria consome cronicamente tabaco e bebidas alcoólicas, resultando em distúrbios nutricionais e cardio-respiratórios, tendo maior risco de desenvolvimento de complicações no pós-operatório¹⁰.

Complicações pulmonares pós-operatórias são comuns e estão entre as principais causas de morbidade e de mortalidade. Estudos evidenciaram que pacientes tratados cirurgicamente por câncer de cabeça e pescoço que eram fumantes apresentavam maior índice de mortalidade hospitalar por complicações pulmonares além de maior tempo de permanência em UTI. Isso porque esse tipo de paciente apresenta na maioria das vezes comprometimento na deglutição, na proteção das vias aéreas ou no mecanismo de tosse^{11,12}.

Outro fato importante é que, na maioria das vezes, o paciente será submetido à traqueostomia temporária ou definitiva para a manutenção das vias aéreas^{13,14}. A traqueostomia pode trazer complicações e alterações da mecânica respiratória durante a ventilação espontânea, podendo propiciar o aparecimento de microatelectasias de base, que podem sofrer evolução para insuficiência respiratória aguda, infecção respiratória e aumento do tempo de permanência em ventilação mecânica aumentando dessa forma a taxa de mortalidade em cirurgia de cabeça e pescoço¹⁵.

Devido às características anatômicas da cabeça e pescoço, o tratamento para o câncer nessa região pode ressaltar em déficits na aparência estética, além de disfunção da fala, salivação e respiração¹⁶. Além disso, as complicações mais frequentes decorrentes do ato cirúrgico são as infecções de ferida, a fístula traqueofaríngea, as deiscências e a necrose de retalhos e as complicações pulmonares mais comuns são a atelectasia, o derrame pleural, o pneumotórax, a pneumonia e a broncoaspiração^{17,18}. Rodrigues et al¹⁹, citam a atelectasia, a pneumonia, o tromboembolismo pulmonar e a falência respiratória como as principais complicações no pós operatório.

Outro fator que leva a sérias complicações no pós operatório são os esvaziamentos cervicais. O manejo do pescoço é fundamental para o tratamento e para o controle da doença, visto que a doença metastática cervical é um dos mais significativos fatores prognósticos, sendo geralmente menos responsiva que os tumores primários aos protocolos de preservação do órgão^{20,21}. O esvaziamento cervical, seja de forma eletiva ou terapêutica, pode acarretar sequelas estéticas e morbidades funcionais devido a ressecção de algumas estruturas, como linfonodos cervicais, predispondo a formação de edema e linfedema na região. Assim, a prevenção, reconhecimento e tratamento das complicações precoces e tardias do esvaziamento cervical são importantes na condução desses pacientes^{21,22}.

Segundo Dall'Anese et al²³, dentre as sequelas mais comuns provocadas pela cirurgia de cabeça e pescoço estão a diminuição da amplitude de movimento de ombro e pescoço, diminuição da força muscular em membros superiores, perda da sensibilidade em região cirúrgica e da área doadora do retalho cutâneo, dor e edema em região cirúrgica, paralisia facial, trismo, distúrbios respiratórios e alterações posturais.

Com base no exposto, desenvolveu-se um projeto de pesquisa para avaliar a incidência e os fatores de risco para complicações precoces de pacientes submetidos a

cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), sob o número 0185.0.007.000-12 em 23 de abril de 2012, conforme anexo I.

2. Justificativa

O diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço é realizado, na maioria dos casos, em estágios avançados, onde a terapêutica a ser empregada é mais agressiva e, conseqüentemente, as complicações tendem a ser maiores o que pode, além de aumentar os custos de tratamento, piorar a qualidade de vida do paciente e levar ao óbito.

O conhecimento das características clínicas e epidemiológicas dos pacientes que desenvolvem esse tipo de câncer, bem como a identificação das complicações desenvolvidas durante o período pós operatório e também os fatores de risco a que estão expostos poderá contribuir com programas de prevenção e medidas que minimizem a sua incidência.

Neste contexto, é importante a elaboração de novos estudos que visem compreender melhor a influência de diversas variáveis sobre o desenvolvimento e a evolução dessas complicações.

3. Objetivo

Avaliar a incidência e os fatores de risco para complicações precoces no pós operatório de pacientes submetidos a cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar.

4. Metodologia

4.1- Local do estudo:

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Enfermaria de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I (HCI).

4.2- Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo

4.3- Sujeitos:

Este estudo foi realizado com pacientes portadores de tumores malignos de cabeça e pescoço (cavidade oral, faringe e laringe) submetidos a cirurgia, no período de junho a setembro de 2012.

4.4- Critérios de elegibilidade

4.4.1- Critérios de inclusão:

- Faixa etária igual ou superior a 18 anos
- Diagnóstico de câncer (cavidade oral, faringe e laringe)
- Indicação de tratamento cirúrgico para ressecção de tumor primário
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II)

4.4.2- Critérios de exclusão:

- Pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço prévia

- Pacientes com estadiamento clínico IVC
- Pacientes com déficit cognitivo que apresente impossibilidade de colaborar com a avaliação

4.5- Coleta de dados

A população foi identificada a partir do mapa cirúrgico da data anterior a cirurgia. Os critérios de inclusão e exclusão foram verificados em prontuário e os pacientes elegíveis foram convidados a participar do estudo. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de avaliação (Anexo III) elaborada para o acompanhamento desses pacientes desde o primeiro dia de pós operatório até a alta hospitalar para a identificação de complicações precoces nesse período.

Para a análise dos dados foi realizado um estudo descritivo da população através das medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas, bem como distribuição de frequência para as demais variáveis independentes. Para avaliação dos fatores de risco, foi realizada análise bivariada (risco relativo) considerando significativo o intervalo de confiança de 95%. As associações com significância clínica e/ou estatística foram incluídas na regressão logística, pelo método enter, para confecção do modelo final. O programa SPSS 17.0 foi utilizado para analisar os dados.

O cálculo do tamanho amostral foi feito considerando como principal exposição o uso de tabaco e principal desfecho, as complicações respiratórias. Estimando uma proporção de 40% de desfecho entre os expostos e 10% entre os não expostos, com um intervalo de confiança de 95% e poder de 80%, foi necessária a inclusão de 31 pacientes.

5. Aspectos éticos

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer em 23 de abril de 2012 sob o registro nº 0185.0.007.000-12 (Anexo I). Todos os pacientes que participaram da pesquisa receberam esclarecimento prévio quanto ao objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual constam a finalidade e os procedimentos para sua realização (Anexo II).

6. Apresentação da dissertação

Os resultados dessa dissertação serão apresentados em formato de manuscrito submetido para publicação em revista científica indexada.

6.1. Manuscrito

Incidência e fatores de risco para complicações precoces no pós operatório de pacientes submetidos a cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar

Incidence and risk factors for early postoperative complications in patients undergoing surgery for cancer of the head and neck

Giselly Machuk Fernandes ¹, Anke Bergmann ², Juliana Flávia de Oliveira ³

¹ Especialização em Fisioterapia Oncológica (Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências da Reabilitação, INCA).

² Doutorado em Epidemiologia (Fisioterapeuta, Docente do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação, UNISUAM).

³ Doutorado em Ciências Médicas (Fisioterapeuta, Docente do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação, UNISUAM).

Instituição: Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro - Brasil

Autor de Correspondência: Juliana Flávia de Oliveira / e-mail: julyufrj2003@yahoo.com.br

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Praça das Nações, 34

Bonsucesso – Rio de Janeiro – CEP: 21041-021. Brasil

Tel/Fax: +55 21 38829962 / +55 21 80398584

Resumo

Introdução: Em decorrência de sua alta incidência, morbidade e mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço é considerado um importante problema de saúde pública.

Objetivo: Descrever as características clínicas e epidemiológicas, e avaliar a incidência e os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações precoces no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar.

Materiais e Métodos: Estudo de coorte prospectiva com pacientes com câncer na cavidade oral, faringe e laringe submetidos a tratamento cirúrgico no período de junho a setembro de 2012. Para a análise dos dados foi realizado um estudo descritivo da população. Para avaliação dos fatores de risco, foi realizada análise bivariada (risco relativo) considerando significativo o intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, brancos, tabagistas, etilistas e sedentários. Quanto ao tumor, 55,9% estavam na cavidade oral, 35,3% na laringe e 8,8% na orofaringe. Foi observada incidência de edema de face (20,6%), pneumonia (11,8%), broncoaspiração (5,9%), insuficiência respiratória aguda (5,9%), deiscência (5,9%), fístula (5,9%) e derrame pleural (2,9%). Os pacientes idosos apresentaram mais risco de evoluírem com alterações respiratórias ($p=0,010$). Quanto as complicações cicatriciais, o maior tempo de internação foi observado como fator de risco ($p=0,002$). Em relação ao edema de face, os fatores de risco identificados foram linfonodos comprometidos (RR=4,35 IC 95% 1,36-13,84), duração do procedimento cirúrgico ($p=0,004$) e mais dias de internação ($p=0,003$). **Conclusão:** Foi observada baixa incidência de complicações durante a internação hospitalar pós-operatória.

Palavras chave: Câncer de cabeça e pescoço; Complicações pós operatórias; Incidência; Fatores de risco

Abstract

Introduction: Due to its high incidence, morbidity and mortality, cancer of head and neck is considered a major public health problem. **Objective:** Describing the clinical and epidemiological characteristics, and evaluating the incidence and risk factors for the development of early complications in postoperative of patients submitted to surgery for cancer of head and neck during hospitalization. **Materials and Methods:** Prospective cohort study with cancer patients in the oral cavity, pharynx and larynx submitted to surgery during the period from June to September 2012. For the data analysis, a descriptive study of population was realized. For evaluation of risk factors, we performed bivariate analysis (relative risk) considering the confidence interval of 95% significant. **Results:** The patients were mostly male, elderly, low education, whites, smokers, drinkers and sedentary. In relation to the tumor, 55,9% were in the oral cavity, 35,3% in the larynx and 8,8% in the oropharynx. It was found that the incidence of facial edema (20,6%), pneumonia (11,8%), aspiration (5,9%), acute respiratory failure (5,9%), dehiscence (5,9%), fistula (5,9%) and pleural effusion (2,9%). Elderly patients had a higher risk of developing respiratory alterations ($p = 0,010$). In relation to healing complications, longer duration of hospitalization was noted as a risk factor ($p = 0,002$). Regarding facial edema, the risk factors identified were positive lymph nodes (RR = 4,35 95% CI 1,36 to 13,84), duration of surgery ($p = 0,004$) and longer hospital stay ($p = 0,003$). **Conclusion:** We observed a low incidence of complications during the postoperative hospitalization.

Key works: Cancer head and neck; Postoperative complications; Incidence; Risk factors.

Introdução

O câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil constituindo a segunda causa de morte por doença no país. Trata-se de uma doença que, mesmo com os tratamentos disponíveis, provoca seqüelas e apresenta alta taxa de mortalidade nos dias atuais^{1,2}.

Em decorrência de sua alta incidência, prevalência e mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço é considerado um dos principais tumores malignos, sendo a quinta neoplasia mais comum no mundo, com uma incidência global de 780 mil novos casos por ano. Aproximadamente 40% ocorrem na cavidade oral, 15% na faringe, 25% na laringe e 20% nas glândulas salivares e tireóide. A incidência é maior em homens do que em mulheres na proporção de 5:1, com idade acima de 40 anos, sendo os principais fatores de risco o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas³⁻⁵.

O câncer de cabeça e pescoço pode ser tratado com várias modalidades terapêuticas como a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, podendo ser utilizadas de maneira exclusiva ou associadas. No momento, a cirurgia representa papel importante na abordagem terapêutica, pois permite a análise anatomopatológica da peça operatória com o estadiamento real da extensão da doença, do comprometimento linfonodal e a definição de parâmetros de prognóstico^{2,6,7}.

Cerca de 70 a 80% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço se apresentam com doença avançada ao diagnóstico e a maioria consome cronicamente tabaco e bebidas alcoólicas, resultando em distúrbios nutricionais e cardiorrespiratórios, tendo maior risco de desenvolvimento de complicações⁸. Estudos evidenciaram que pacientes tratados cirurgicamente por câncer de cabeça e pescoço que eram fumantes apresentavam maior índice de mortalidade hospitalar por complicações pulmonares^{9,10}.

Devido às características anatômicas da cabeça e pescoço, o tratamento para o câncer nessa região pode resultar também em déficits na aparência estética, além da disfunção da fala, salivação e respiração. Além disso, outras complicações tem sido referidas na literatura, entre elas, as infecções da ferida, a fístula traqueofaríngea, as deiscências, a necrose de retalhos, a atelectasia, o derrame pleural, o pneumotórax, a

pneumonia, o tromboembolismo pulmonar, a broncoaspiração e a falência respiratória^{11,12,13}.

Os objetivos desse estudo foram descrever as características clínicas e epidemiológicas, e avaliar a incidência e os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações precoces no pós operatório de pacientes submetidos à cirurgia por câncer de cabeça e pescoço durante a internação hospitalar.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo de coorte prospectiva em pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço e com indicação de tratamento cirúrgico no Hospital do Câncer I (HCI) do Instituto Nacional de Câncer, no período de junho a setembro de 2012.

Foram incluídos pacientes portadores de tumores malignos de cabeça e pescoço localizados na cavidade oral, faringe e laringe, com faixa etária igual ou superior a 18 anos, com indicação de tratamento cirúrgico para ressecção do tumor primário e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço prévia, com estadiamento clínico IV C e que apresentavam déficit cognitivo com impossibilidade de colaborar com a pesquisa.

A população foi identificada a partir do mapa cirúrgico da data anterior à cirurgia. Os critérios de inclusão e exclusão foram verificados em prontuário e os pacientes elegíveis foram convidados a participar do estudo. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de avaliação elaborada para o acompanhamento desses pacientes desde o primeiro dia de pós operatório até a alta hospitalar para a identificação de complicações precoces neste período.

Foram considerados a ocorrência dos seguintes desfechos: complicações respiratórias (atelectasia, derrame pleural, pneumotórax, pneumonia, broncoaspiração, tromboembolismo e insuficiência respiratória aguda); complicações da ferida operatória (deiscência, fístula, infecção, necrose); trismo; trombose venosa profunda; e edema de face.

Foram ainda coletadas as seguintes variáveis independentes: idade atual; gênero; cor da pele relatada; estado civil; escolaridade; ocupação ao diagnóstico (de acordo com critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE); relato de comorbidades prévias ao diagnóstico de câncer (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, bronquiectasia, tuberculose, hipertensão arterial sistêmica - HAS, diabetes, doenças cardiovasculares, renal e neurológica); *status* nutricional (aferido pelo índice de massa corporal - IMC); tabagismo (hábito atual, quantidade, idade de início, cessação, fumo passivo); etilismo (hábito atual e frequência); prática de atividade física; características do tumor (localização, estadiamento clínico); quimioterapia; radioterapia; tratamento cirúrgico do tumor; abordagem dos linfonodos; reconstrução; traqueostomia; tempo de internação; local da alta hospitalar e óbito.

O cálculo do tamanho amostral foi feito considerando como principal exposição o uso de tabaco e principal desfecho, as complicações respiratórias. Estimando uma proporção de 40% de desfecho entre os expostos e 10% entre os não expostos, com um intervalo de confiança de 95% e poder de 80%, seria necessária a inclusão de 31 pacientes.

Para a análise dos dados foi realizado um estudo descritivo da população por meio das medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas, bem como distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Para avaliação dos fatores de risco das variáveis categóricas, foi realizada análise bivariada (risco relativo) considerando significativo o intervalo de confiança de 95%. Para as variáveis contínuas, foi realizado a diferença de médias, considerando significativo, o valor de $p < 0,05$. O programa SPSS 17.0 foi utilizado para analisar os dados.

Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do INCA e protocolada com o número 0185.0.007.000-12.

Resultados

Foram incluídos 34 pacientes elegíveis no período de estudo. A maioria tinha 60 anos ou mais (55,9%), eram do sexo masculino (79,4%), relataram serem de cor branca

(76,5%), viviam com companheiro (55,9%), tinham baixa escolaridade (61,8%) e eram economicamente ativo ocupados ao diagnóstico de câncer (52,2%) (tabela 1).

Entre as comorbidades prévias, houve prevalência de hipertensão arterial (35,3%), diabetes (11,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (11,8%), tuberculose (8,8%), doença cardiovascular (5,9%) e doença neurológica (2,9%). Com base no status nutricional, 11,8% foram classificados como sobrepeso, 5,9% apresentavam obesidade grau I e 2,9% obesidade grau II (tabela 2).

Foi observada alta prevalência de tabagismo ativo atual (85,3%), sendo que desses, 29,4% fumavam até 20 cigarros por dia, 52,9% iniciaram o fumo com idade inferior ou igual a 15 anos e 70,6% disseram já ter tentado parar de fumar. A prevalência de fumo passivo no ambiente domiciliar foi de 26,5% e no ambiente laboral de 70,6%. O etilismo foi relatado por 67,6% da população estudada sendo, a maioria, com consumo igual ou superior a 7 dias da semana (69,6%) e, nos 30 dias anteriores a cirurgia, 23,5% relataram ingestão de bebida alcoólica. O sedentarismo foi observado em 64,7% dos pacientes (tabela 3).

Quanto a localização do tumor primário, 55,9% estavam na cavidade oral, 35,3% na laringe e 8,8% na orofaringe. Tumores com tamanho clínico T2 e T4 foram os mais incidentes com 35,3% e 32,4% respectivamente. Em 85,3%, não foi observado comprometimento clínico linfonodal (N0). Houve predomínio dos estadiamentos II e IVA, que correspondeu 32,4% dos casos cada um (tabela 4).

O tratamento neo-adjuvante foi pouco frequente (2,9%). O tempo de cirurgia foi maior ou igual a 4 horas em 44,1% dos casos e as cirurgias mais realizadas foram: laringectomia total (26,5%), a glossectomia parcial (23,5%), a glossopelvectomia e a orofaringectomia, com 14,7%. A maioria dos pacientes realizou esvaziamento cervical (73,5%) e poucos foram submetidos a reconstrução (5,8%). A traqueostomia foi necessária em 73,6% dos casos e desses, 47,1% a utilizaram de forma temporária e 26,5% de forma definitiva. Em 70,5%, o tempo de internação foi de 5 dias, sendo que 91,2% dos pacientes receberam alta hospitalar e 8,8% foram transferidos para uma unidade de tratamento intensivo. Não houve óbito durante o período de internação (tabela 5).

Foi observada incidência das seguintes complicações: edema de face (20,6%), pneumonia (11,8%); broncoaspiração (5,9%), insuficiência respiratória aguda (5,9%), deiscência (5,9%), fístula (5,9%) e derrame pleural (2,9%) (tabela 6).

Considerando as variáveis categóricas, não foram identificados fatores de risco estatisticamente significativos para as complicações respiratórias e cicatriciais. Em relação ao edema de face, os pacientes com linfonodos clinicamente comprometidos apresentaram um risco 4,35 vezes maior de evoluírem com esse desfecho (IC 95% 1,36-13,84) (tabela 7).

Ao avaliar a influência entre as variáveis independentes contínuas e o risco de complicações respiratórias, foi observado que os pacientes que evoluíram com alterações respiratórias apresentaram média de idade de 73 anos em comparação a 59 anos entre as que não apresentaram estas alterações ($p=0,010$). Quanto as complicações cicatriciais, a média do tempo de internação entre os que apresentaram este desfecho foi de 10 dias em comparação a 5 dias entre os que não evoluíram ($p=0,002$). A ocorrência do edema de face foi estatisticamente maior entre aqueles com maior de duração do procedimento cirúrgico ($p=0,004$) e entre aqueles com mais dias de internação ($p=0,003$) (tabela 8).

Discussão

Este estudo foi realizado em um hospital público de referência no tratamento de câncer. Todos os pacientes são acompanhados, a partir do diagnóstico, por uma equipe multidisciplinar e em todas as fases do tratamento oncológico, tendo como objetivo minimizar e prevenir a ocorrência de complicações, favorecendo um pronto restabelecimento funcional, psicológico e social.

Os pacientes incluídos no estudo eram em sua maioria do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, brancos, tabagistas, etilistas e sedentários. Esse perfil é similar ao encontrado em outros estudos brasileiros com pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço^{2,14,15}.

Ressaltamos que 20,6% da população eram mulheres. Os tumores de cabeça e pescoço, reconhecidamente neoplasias que atingem com preferência o sexo masculino, têm alcançado índices cada vez maiores entre as mulheres, uma vez que nos últimos anos as mudanças no estilo de vida e conseqüentemente nos hábitos do uso de álcool e tabaco da população feminina tem aumentado¹⁵.

A faixa etária que predominou na pesquisa foi de 60 anos ou mais e a literatura aponta que esse tipo de tumor acomete em maior número indivíduos a partir da quarta década de vida, aumentando sua incidência com a idade^{14,15}.

Em nossa pesquisa, a maior parte da população apresentou grau de escolaridade baixa, que, segundo Santos et al¹⁶ está associado à maior vulnerabilidade para o câncer em estudo, estando em concordância também com os resultados apresentados em pesquisa realizada no INCA, onde 61% dos pacientes com carcinoma oral de células escamosas possuíam o primeiro grau incompleto¹⁷.

Em relação a cor relatada, uma pesquisa realizada no Hospital Universitário do Noroeste do Estado de São Paulo¹⁴, mostrou que indivíduos de cor branca são mais acometidos por esse tipo de câncer, o que condiz com os achados desse estudo.

O consumo de tabaco e/ou álcool apresentou alta prevalência. Mozzini et al¹, apontaram o tabagismo e o etilismo como principais fatores de risco para o desenvolvimento de tumores de cabeça e pescoço. Outras pesquisas mostraram que o consumo de tabaco foi mais frequente que o de álcool entre a população estudada. Alguns autores afirmaram que o consumo de tabaco constitui o maior fator de risco para o surgimento dessas neoplasias, no entanto, asseguram que essa substância, quando em uso associado ao álcool, incrementa ainda mais o risco de surgimento da doença^{2,16,18}. Em relação aos tabagistas, 52,9% começaram a fumar com idade maior ou igual a 15 anos, e a maioria consumia até 20 cigarros por dia, porém não existem níveis seguros de consumo²⁰. A maioria dos tabagistas, de acordo com nossa pesquisa, além de fumarem ativamente, também eram expostos ao fumo passivo, principalmente no ambiente de trabalho. Segundo o INCA (2004)²¹, a fumaça inalada por pessoas que convivem com fumantes em seu local de trabalho durante oito horas diárias provoca malefícios equivalentes ao consumo de 6 cigarros por dia.

Com relação ao índice de massa corporal, a maioria dos participantes está dentro da faixa de peso considerada normal, sendo que, 20,6% foram classificados em sobrepeso ou obesos, o que foi observado também no estudo de Feitosa e Pontes²⁰. Neste mesmo estudo, foi constatado que a prática de atividade física não é hábito freqüente desses pacientes, o que também foi evidenciado em nossa população.

Com relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes do estudo ao diagnóstico, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) se fez presente em 11,8% dos casos, visto que, a associação entre DPOC e câncer de cabeça e pescoço é frequente, uma vez que o tabagismo é um fator de risco para ambas as doenças¹⁰. Foram encontrados também neste estudo relato de comorbidades como: hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, doença cardiovascular e neurológica. No estudo de Menezes et al (2006)²², a presença de comorbidade foi encontrada em 54% dos pacientes, tendo a diabetes, a hipertensão arterial, as pneumopatias e as cardiopatias como principais doenças.

Semelhante ao já demonstrado por outros autores, este estudo identificou que o sítio anatômico mais acometido foi a cavidade oral^{2,14,15}. O câncer bucal está entre os mais incidentes no Brasil e detém a maior taxa de mortalidade entre as neoplasias de cabeça e pescoço¹⁴. A maioria dos indivíduos dessa pesquisa apresentou estadiamento clínico II e IVA ao diagnóstico. Estudos mostram freqüência elevada de câncer de cabeça e pescoço em estágio avançado^{15,19}, o que corrobora com os resultados do nosso estudo.

O tratamento neo-adjuvante foi pouco freqüente. A maioria foi submetida a esvaziamento cervical com traqueostomia temporária ou definitiva, estando de acordo com o tratamento preconizado para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço⁶.

Segundo a literatura, as complicações relacionadas ao sistema respiratório não são incomuns no pós operatório e aumentam a morbidade e a mortalidade¹³. Entre as mais comuns estão a atelectasia, a pneumonia, o tromboembolismo pulmonar e a falência pulmonar, sendo as cirurgias de cabeça e pescoço consideradas de grande risco para o desenvolvimento dessas complicações¹³. Em nosso estudo, encontramos 26,5% de complicações respiratórias durante o período de internação hospitalar sendo mais freqüente em pacientes idosos. A mais incidente foi a pneumonia com 11,8% dos casos.

Em um estudo retrospectivo realizado por Suzumura et al², a incidência encontrada para pneumonia em pacientes submetidos a pelveglossomandibulectomia foi de 12,1%, apresentando uma relação com os dias de internação em unidade de terapia intensiva e dias de internação hospitalar. São escassos os estudos no que se refere a incidência de pneumonia no período de internação pós operatória. A maioria dos estudos avalia sua incidência no período de tratamento adjuvante com quimioterapia e/ou radioterapia. Chen et al²³ observaram que 32 de 41 pacientes desenvolveram pneumonia por broncoaspiração no primeiro trimestre após quimioterapia e radioterapia. Volpe et al¹⁰ realizaram estudo retrospectivo onde foram avaliados pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço. Todos apresentavam algum grau de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e quatro deles (16,1%) desenvolveram pneumonia no período pós operatório, sendo o tempo médio de internação hospitalar de 24,4 dias. A traqueostomia pode trazer complicações e alterações da mecânica respiratória durante a ventilação espontânea, podendo propiciar o aparecimento de microatelectasias de base, que podem sofrer evolução para insuficiência respiratória aguda, infecção respiratória e aumento do tempo de permanência em ventilação mecânica aumentando dessa forma a taxa de morbidade e mortalidade em cirurgia de cabeça e pescoço²⁴. Entre os nossos resultados, a colocação de traqueostomia se deu em 73,6% dos casos, sendo esta, segundo Chen et al²³, muito frequente nesses pacientes e considerada um fator de risco predisponente para a ocorrência de infecção respiratória baixa. Outras complicações respiratórias encontradas em menor proporção em nossa pesquisa foram: broncoaspiração, insuficiência respiratória aguda e derrame pleural.

A literatura aponta a fístula faringocutânea como a complicação mais comum após laringectomia total, podendo seu desenvolvimento acarretar a duplicação da média de hospitalização do paciente²⁷. Complicações cicatriciais como fístula e deiscência foram observadas em 5,9% de nossos pacientes e, a única variável que se mostrou estatisticamente associada ao risco de complicações cicatriciais ocorridas durante a internação hospitalar foi o tempo de internação. Os pacientes com alterações na ferida operatória tiveram, em média, 10 dias de internação e aqueles que não a apresentaram, 5 dias.

A complicação observada com maior frequência em nosso estudo foi o edema de face (20,6%). Segundo Chen et al²⁵, embora sejam escassos os relatos, a prevalência de

edema facial estão em torno de 12,1% nesses pacientes. Em um estudo retrospectivo realizado por Menezes et al²² com pacientes portadores de tumores de cabeça e pescoço com esvaziamento cervical, com ou sem ressecção do tumor primário, foi encontrada a incidência de 8% de edema facial. O manejo da doença do pescoço é fundamental para o tratamento e para o controle do câncer de cabeça e pescoço²⁶. Em nosso estudo, 73,5% dos pacientes realizaram esvaziamento cervical e o comprometimento dos linfonodos esteve associado ao aumento de 4,35 vezes no risco de desenvolver edema facial. Também observamos que quanto maior a duração do procedimento cirúrgico e maior o tempo de internação, maior foi a ocorrência deste desfecho. Porém, é importante relatar que o edema pós cirúrgico pode reduzir dentro de dias ou semanas, não se caracterizando como uma condição crônica (linfedema)²⁵. Neste estudo, devido ao seguimento ser realizado apenas durante a internação hospitalar, não foi possível avaliar a cronicidade desta condição.

Entre as limitações do presente estudo, destacamos o pequeno número de casos incluídos na análise. O cálculo do tamanho amostral foi realizado estimando uma incidência de 40% de complicações respiratórias entre os fumantes. Uma vez que nossa população apresentou baixa incidência de complicações no período de internação hospitalar, o tamanho amostral não foi suficiente para avaliar os fatores de risco.

Como possíveis explicações para a baixa incidência de complicações observadas na nossa população, ressaltamos alguns aspectos: acompanhamento institucional multidisciplinar direcionado a prevenção de complicações que se iniciam a partir do diagnóstico de câncer; serviço de referência no tratamento do câncer de cabeça e pescoço com ampla experiência assistencial e acadêmica; e pequeno período de internação hospitalar com seguimento ambulatorial.

Como principais potencialidades do estudo, destacamos que o conhecimento das características clínicas e epidemiológicas dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do câncer de cabeça e pescoço na nossa instituição, poderá auxiliar na determinação de estratégias para melhorar o controle do câncer nessa população.

Entretanto, a metodologia desenvolvida neste estudo requer um maior período de acompanhamento para avaliar a incidência e os fatores preditores do desenvolvimento

de complicações agudas e crônicas, bem como, a inclusão de um maior número de participantes.

Conclusão

Os pacientes incluídos no estudo eram em sua maioria do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, brancos, tabagistas, etilistas e sedentários. Quanto a localização do tumor primário, 55,9% estavam na cavidade oral, 35,3% na laringe e 8,8% na orofaringe. Tumores com tamanho clínico T2 e T4 foram os mais incidentes e em 85,3%, não foi observado comprometimento clínico linfonodal (N0). Houve predomínio dos estadiamentos II e IVA.

No período de internação hospitalar pós-operatória, foi observada incidência das seguintes complicações: edema de face (20,6%), pneumonia (11,8%); broncoaspiração (5,9%), insuficiência respiratória aguda (5,9%), deiscência (5,9%), fístula (5,9%) e derrame pleural (2,9%).

Os pacientes que evoluíram com alterações respiratórias apresentaram média de idade de 73 anos em comparação a 59 anos entre as que não apresentaram estas alterações ($p=0,010$). Os demais fatores estudados não se mostraram estatisticamente associadas a ocorrência deste desfecho.

Quanto as complicações cicatriciais, a média do tempo de internação entre os que apresentaram este desfecho foi de 10 dias em comparação a 5 dias entre os que não evoluíram ($p=0,002$).

Em relação ao edema de face, os pacientes com linfonodos clinicamente comprometidos apresentaram um risco 4,35 vezes maior de evoluírem com esse desfecho (IC 95% 1,36-13,84) Este desfecho também foi estatisticamente maior entre aqueles com maior de duração do procedimento cirúrgico ($p=0,004$) e entre aqueles com mais dias de internação ($p=0,003$).

Referências

1. Mozzini CB, Schuster RC, Mozzini AR. O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(1): 55-61.
2. Suzumura DN, Schleder JC, Topanotti MS, Lima IS, Filho WW, Costa C, Oliveira BV. Estudo epidemiológico de pneumonia nosocomial em pacientes submetidos a pelveglossomandibulectomia. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço** 2012; 41(3): 113-117.
3. Dobrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer Metastasis Rev** 2005; 24: 9-17.
4. Kowalski LP, Carvalho AP, Pellizon AC, Benevides GM, Andrade WP. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. São Paulo; Âmbito: 2006. p.388-402.
5. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** 2011; 16(2): 615-622.
6. Kowalski LP, Coelho FRG. Princípios gerais em cirurgia oncológica de cabeça e pescoço. São Paulo; Atheneu: 2005. p.7-14.
7. Kanda JL, Carvalho MB. Princípios do tratamento cirúrgico. Câncer de cabeça e pescoço 2008, p.27-31.
8. Magrin J, Kowalski. Complicações das cirurgias por câncer de boca e de orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço** 2003; 31(2):45-48.
9. Herrera LJ, Correa AM, Vaporciyan AA, Hofstetter WL, Rice DC, Swisher SG, Walsh GL, Roth JA, Mehran RJ. Increased risk of aspiration and pulmonary complications after lung resection in head and neck cancer patients. **Ann Thorac Surg** 2006; 82: 1982-8.
10. Volpe RCC, Fitipaldi R, Richard AWPS, Lehn CN, Fava AS. Associação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e complicações em cirurgia de cabeça e pescoço. **Braz J Otorhinolaryngol** 2011; 77(1): 125-8.
11. Coleman III JJ. Complications in Head and Neck Surgery. **Surgical Clinics of North America** 1986; 66(1): 149-167.
12. Bentz BG, Snyderman CH. Pulmonary complications in patients with head and neck and lung neoplasmas. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2000; 126: 429-432.
13. Rodrigues AJ, Evora PRB, Vicente WVA. Complicações respiratórias no pós-operatório. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41: 469-76.
14. Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP, Ruback JC, Manglia V, Bertollo EMG. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** 2008; 74(1): 68-73.

15. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. **Rev CEFAC** 2009; v.11, supl 3, 441-447.
16. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Rev Bras Cancerol** 2012; 58(1): 21-29.
17. Noce CW, Rebelo MS. Avaliação da relação entre o tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. **Rev Bras Cancerol** 2008; 54(2): 123-9.
18. Santos GL, Freitas VS, Andrade MC, Oliveira MC. **Odontol. Clin. Cient.** 2010; 9(2): 131-133.
19. Perez RS, Freitas SM, Dedivits RA, Rapoport A, Denardin OVP, Sobrinho JA. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. **Arq Int Otorrinolaringol** 2007; 11(3): 271-7.
20. Feitosa RCL, Pontes ERJC. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados a ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** 2011; 16(2): 605-613.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Pare de fumar: atualidades sobre o tabagismo – curiosidades sobre o tabagismo passivo*. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
22. Menezes MB, Bertelli AAT, Andrade SJC, Esteban D, Nunes MAA, Kavabata NK, Gonçalves AJ. Complicações pós operatórias em esvaziamentos cervicais. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço** 2006; 35(2):109-112.
23. Chen SW, Yang SN, Liang JA, Lin F. The outcome and prognostic factors in patients with aspiration pneumonia during concurrent chemoradiotherapy for head and neck cancer. **European Journal of Cancer Care** 2010; 19: 631-635.
24. Gomes TABF, Chaves KRJ. Alterações da mecânica respiratória na traqueostomia: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Cir. Cabeça ePescoço** 2011; 40 (3): 161-165.
25. Chen MH, Chang PM, Chen PM, Tzeng CH, Chu PY, Chang SY et al. Prolonged facial edema is an indicator of poor prognosis in patients with head and neck squamous cell carcinoma. **Support Care Cancer** 2010; 18: 1313-9.
26. Kowalski LP, Sanabria A. Elective neck dissection on oral carcinoma: a critical review of the evidence. **Acta Otorhinolaryngol Hal.** 2007; 27: 113-7.
27. Santana ME, Sawada NO. Fístula faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 2008;16(4).

Tabela 1 – Análise descritiva das características sócio demográficas (n=34)

Variáveis	n	%
Faixa etária 60 anos		
< 60 anos	15	44,1
≥ 60 anos	19	55,9
Sexo		
Masculino	27	79,4
Feminino	7	20,6
Cor da pele relatada		
Branca	26	76,5
Não branca	8	23,5
Estado civil		
Sem companheiro	15	44,1
Com companheiro	19	55,9
Escolaridade		
Baixa (até 1º grau completo)	21	61,8
Alta (> 2º grau incompleto)	13	38,2
Ocupação ao diagnóstico		
Economicamente ativa ocupada	18	52,2
Economicamente ativa desocupada	2	5,9
Não economicamente ativa	14	41,2

Tabela 2 – Análise descritiva das comorbidades ao diagnóstico de câncer (n=34)

Variáveis	n*	%
Relato de asma		
Sim	0	0
Não	34	100
Relato de DPOC		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Relato de bronquiectasia		
Sim	0	0
Não	34	100
Relato de tuberculose		
Sim	3	8,8
Não	31	91,2
Relato de hipertensão arterial		
Sim	12	35,3
Não	22	64,7
Relato de diabetes		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Relato de doença cardiovascular		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Relato de doença renal		
Sim	0	0
Não	34	100
Relato de doença neurológica		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Status Nutricional		
Normal	25	73,5
Sobrepeso	4	11,8
Obesidade grau I	2	5,9
Obesidade grau II	1	2,9

* As diferenças percentuais correspondem aos valores sem informação (*missing*)

DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Tabela 3 – Análise descritiva da história social (n=34)

Variáveis	n*	%
Tabagista		
Sim diariamente	29	85,3
Sim ocasionalmente	1	2,9
Não	4	11,8
Números de cigarros por dia		
> 20 cig/dia	10	29,4
≤ 20 cig/dia	19	55,9
Idade de início do fumo		
< 15 anos	10	29,4
≥ 15 anos	18	52,9
Se já tentou parar de fumar		
Sim	24	70,6
Não	5	14,7
Fumante passivo (em casa)		
Sim	9	26,5
Não	25	73,5
Fumante passivo (no trabalho)		
Sim	24	70,6
Não	10	29,4
Tipo de fumante		
Ativo e passivo	24	70,6
Ativo	3	8,8
Passivo	5	14,7
Não fumante passivo e ativo	2	5,9
Etilista		
Sim	23	67,6
Não	11	32,4
Frequência de consumo		
1 a 2 dias por semana	4	17,4
3 a 4 dias por semana	3	13,0
5 a 6 dias por semana	0	0
7 dias na semana	16	69,6
Consumo ≥ 5 doses nos últimos 30 dias		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
Prática de atividade física		
Sim	12	35,3
Não	22	64,7

* As diferenças percentuais correspondem aos valores sem informação (*missing*)

Tabela 4 – Análise descritiva das características do tumor (n=34)

Variáveis	N	%
Localização do tumor		
Lábio/oral	19	55,9
Orofaringe	3	8,8
Laringe	12	35,3
Tamanho clínico do tumor		
T1	4	11,8
T2	12	35,3
T3	7	20,6
T4	11	32,4
Linfonodos regionais clínico		
N1	1	2,9
N2	2	5,9
N3	2	5,9
N0	29	85,3
Estadiamento clínico		
I	4	11,8
II	11	32,4
III	6	17,6
IVA	11	32,4
IVB	2	5,9

Tabela 5 – Análise descritiva das características do tratamento (n=34)

Variáveis	N	%
Quimioterapia neo adjuvante		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Radioterapia neo adjuvante		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Tempo de cirurgia		
< 4 horas	13	38,2
≥ 4 horas	15	44,1
Cirurgia do tumor primário		
Maxilarectomia	2	5,9
Glossectomia parcial	8	23,5
Glossopelvemandibulectomia	1	2,9
Laringectomia total	9	26,5
Laringectomia parcial	3	8,8
Glossopelvectomia	5	14,7
Pelvemandibulectomia	1	2,9
Orofaringectomia	5	14,7
Esvaziamento cervical		
Não	9	26,5
Sim	25	73,5
Reconstrução		
Não	32	94,1
Sim	2	5,8
Traqueostomia		
Sim temporária	16	47,1
Sim definitiva	9	26,5
Não	9	26,5
Tempo de internação		
< 5 dias	10	29,4
≥ 5 dias	24	70,6
Local da alta		
Hospitalar	31	91,2
CTI	3	8,8
Óbito no período de internação		
Sim	0	0
Não	34	100

Tabela 6 – Análise descritiva da incidência de complicações

Variáveis	n	%
Atelectasia		
Sim	0	0
Não	34	100
Derrame pleural		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Pneumotórax		
Sim	0	0
Não	34	100
Pneumonia		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Broncoaspiração		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Tromboembolismo		
Sim	0	0
Não	34	100
Insuficiência respiratória aguda		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Deiscência		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Fístula		
Sim	2	5,9
Não	32	94,1
Infecção		
Sim	0	0
Não	34	100
Necrose		
Sim	0	0
Não	34	100
Trismo		
Sim	0	0
Não	34	100
Trombose venosa profunda		
Sim	0	0
Não	34	100
Edema de face		
Sim	7	20,6
Não	27	79,4

Tabela 7 - Análise bivariada entre as variáveis categóricas independentes e risco de complicações pós-operatórias

Variáveis	Respiratórias		Cicatriciais		Edema de Face	
	RR (IC 95%)	P valor	RR (IC 95%)	P valor	RR (IC 95%)	P valor
Faixa etária (< 60 anos x ≥ 60 anos)	*	*	1,26 (0,20-7,97)	0,603	0,94 (0,25-3,61)	0,640
Sexo (Masculino x Feminino)	0,78 (0,09 – 6,38)	0,622	*	*	1,56 (0,22-10,90)	0,550
Cor da pele (Branco x Preto/pardo)	*	*	0,92 (0,11-7,69)	0,678	0,77 (0,18-3,23)	0,535
Companheiro (Não x Sim)	1,27 (0,20-7,97)	0,603	1,27 (0,20-7,97)	0,603	0,50 (0,11-2,25)	0,312
Escolaridade (Até 1º grau completo x ≥ 2º grau incompleto)	0,62 (0,09-3,87)	0,498	1,86 (0,21-6,02)	0,502	0,82 (0,21-3,11)	0,552
Comorbidade (Sim x Não)	*	*	0,33 (0,03-2,89)	0,301	1,33 (0,35-5,07)	0,500
Tabagista ativo (Sim x Não)	*	*	*	*	*	*
Número de cigarros/dia (> 20 cig/dia x ≤ 20 cig/dia)	0,63 (0,07-5,32)	0,571	1,90 (0,31-1,54)	0,429	0,76 (0,17-3,24)	0,541
Idade início fumo (< 15 anos x ≥ 15 anos)	0,60 (0,72-5,03)	0,548	*	*	0,90 (0,19-4,07)	0,642
Tabagista passivo (Sim x Não)	*	*	0,26 (0,04-1,53)	0,180	1,57 (0,22-10,90)	0,550
Etilista (Sim x Não)	1,43 (0,16-12,26)	0,611	1,43 (0,16-2,26)	0,611	0,64 (0,17-2,37)	0,404
Frequência consumo álcool (Todos x 1 a 6 dias)	*	*	0,87 (0,09-8,13)	0,684	1,31 (0,16-10,52)	0,648
≥ 5 doses últimos 30 dias (Sim x Não)	3,25 (0,54-19,51)	0,229	1,08 (0,13-9,02)	0,678	0,54 (0,07-3,85)	0,465
Atividade física (Sim x Não)	0,61 (0,07-5,25)	0,556	0,61 (0,07-5,25)	0,556	1,37 (0,36-5,15)	0,479
Tamanho do tumor (T3 e T4 x T1 e T2)	*	*	2,67 (0,30-23,13)	0,348	2,22 (0,49-9,91)	0,252
Comprometimento de linfonodos (Sim x Não)	*	*	1,93 (0,24-15,08)	0,488	4,35 (1,36-13,84)	0,048

Estadiamento Clínico (III e IV x I e II)	*	*	2,37 (0,27-20,52)	0,397	1,97 (0,44-8,78)	0,31 2
IMC (Sobrepeso e obeso x adequado)	2,78 (0,45-16,90)	0,281	0,93 (0,11-7,80)	0,719	1,11 (0,26-4,74)	0,61 4
Tempo de cirurgia (< 4 horas x ≥ 4 horas)	*	*	0,38 (0,04-3,26)	0,356	*	*
Linfadenectomia cervical (Sim x Não)	0,36 (0,05-2,19)	0,281	1,08 (0,12-9,09)	0,719	2,16 (0,30-15,56)	0,38 6
Traqueostomia (Sim x Não)	0,36 (0,05-2,19)	0,281	*	*	*	*
Tempo de internação (< 5 dias x ≥ 5 dias)	7,20 (0,84-61,16)	0,067	*	*	*	*

* Não foi possível calcular por ausência de casos

Valores em negrito foram estatisticamente significantes

Tabela 8 - Análise entre as variáveis contínuas independentes e risco de complicações pós-operatórias

Variáveis	Respiratórias			Cicatriciais			Edema de Face		
	Média(dp)		P valor	Média(dp)		P valor	Média(dp)		P valor
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
Idade (anos)	73,09 (8,66)	59,45 (9,47)	0,01 0	60,21 (11,50)	61,17 (10,30)	0,86 3	62,47 (7,40)	60,69 (10,98)	0,68 9
Número de cig/dia	22,50 (12,58)	28,80 (16,41)	0,47 2	32,50 (22,17)	27,20 (15,14)	0,54 6	27,14 (17,04)	28,18 (15,92)	0,88 3
Idade início fumo	14,50 (1,73)	15,50 (4,70)	0,68 2	17,33 (4,04)	15,12 (4,45)	0,42 1	15,17 (2,04)	15,41 (4,88)	0,90 7
Índice de massa Corporal	23,18 (2,34)	22,78 (4,35)	0,87 8	21,45 (2,58)	23,01 (4,36)	0,49 5	22,93 (1,92)	22,79 (4,64)	0,93 8
Tempo de cirurgia (min)	141,67 (18,93)	276,40 (118,83)	0,06 5	287,50 (81,39)	257,71 (126,03)	0,65 4	380,00 (72,66)	229,77 (110,29)	0,00 4
Dias de internação	6,25 (5,90)	5,90 (2,28)	0,81 7	9,75 (2,87)	5,43 (2,38)	0,00 2	8,57 (3,69)	5,26 (2,08)	0,00 3

Valores em negrito foram estatisticamente significantes

7. Referências Bibliográficas

1. Mozzini CB, Schuster RC, Mozzini AR. O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(1): 55-61.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS). [homepage na internet]. Estimativa de Câncer 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2009>
3. Suzumura DN, Schleder JC, Topanotti MS, Lima IS, Filho WW, Costa C, Oliveira BV. Estudo epidemiológico de pneumonia nosocomial em pacientes submetidos a pelveglossomandibulectomia. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço** 2012; 41(3): 113-117.
4. Dobrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer Metastasis Rev** 2005; 24: 9-17.
5. Kowalski LP, Carvalho AP, Pellizon AC, Benevides GM, Andrade WP. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. São Paulo; Âmbito: 2006. p.388-402.
6. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** 2011; 16(2): 615-622.
7. Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP, Ruback JC, Manglia V, Bertollo EMG. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** 2008; 74(1): 68-73.
8. Kowalski LP, Coelho FRG. Princípios gerais em cirurgia oncológica de cabeça e pescoço. São Paulo; Atheneu: 2005. p.7-14.
9. Kanda JL, Carvalho MB. Princípios do tratamento cirúrgico. Câncer de cabeça e pescoço 2008, p.27-31.
10. Magrin J, Kowalski. Complicações das cirurgias por câncer de boca e de orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço** 2003; 31(2):45-48.
11. Herrera LJ, Correa AM, Vaporciyan AA, Hofstetter WL, Rice DC, Swisher SG, Walsh GL, Roth JA, Mehran RJ. Increased risk of aspiration and pulmonary complications after lung resection in head and neck cancer patients. **Ann Thorac Surg** 2006; 82: 1982-8.

12. Volpe RCC, Fitipaldi R, Richard AWPS, Lehn CN, Fava AS. Associação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e complicações em cirurgia de cabeça e pescoço. **Braz J Otorhinolaryngol** 2011; 77(1): 125-8.
13. Tan AKW. Incentive spirometry for tracheostomy and laryngectomy patients. **The Journal of Otolaryngology** 1995; 24(5): 292-294.
14. Ong S, Morton RP, Kolbe J, Whitlock RML, McIvor N. Pulmonary complications following major head and neck surgery with tracheostomy: a prospective, randomized, controlled trial of prophylactic antibiotics. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130: 1084-1087.
15. Gomes TABF, Chaves KRJ. Alterações da mecânica respiratória na traqueostomia: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Cir. Cabeça ePesçoço** 2011; 40 (3): 161-165.
16. Vartanian JG, Carvalho AL, et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130: 1209-1213.
17. Coleman III JJ. Complications in Head and Neck Surgery. **Surgical Clinics of North America** 1986; 66(1): 149-167.
18. Bentz BG, Snyderman CH. Pulmonary complications in patients with head and neck and lung neoplasmas. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2000; 126: 429-432.
19. Rodrigues AJ, Evora PRB, Vicente WVA. Complicações respiratórias no pós-operatório. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41: 469-76.
20. Kowalski LP, Sanabria A. Elective neck dissection on oral carcinoma: a critical review of the evidence. **Acta Otorhinolaryngol Hal.** 2007; 27: 113-7.
21. Dedivitis RA, Guimarães AV, Pfuetsenreiter Jr EG, Castro MAF. Complicações dos esvaziamentos cervicais. **Braz J Otorhinolaryngol.** 2011; 77(1): 65-9.
22. Chen MH, Chang PM, Chen PM, Tzeng CH, Chu PY, Chang SY et al. Prolonged facial edema is an indicator of poor prognosis in patients with head and neck squamous cell carcinoma. **Support Care Cancer** 2010; 18: 1313-9.
23. Dall'Anese APMS, Schultz K. **Fisioterapia no câncer de cabeça e pesçoço.** São Paulo: 1ed. 2008.

ANEXO I- CARTA DE APROVAÇÃO- CEP



Rio de Janeiro, 24 de abril de 2012.

A(o): Giselly Machuk Fernandes
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 08/12 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)

CAAE – 0185.0.007.000-12

Título do Estudo – Incidência de complicações no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia por câncer de cabeça e pescoço.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após reanálise o estudo intitulado: **Incidência de complicações no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia por câncer de cabeça e pescoço (protocolo versão 2), bem como seu TCLE versão 2**, em 23 de abril de 2012..

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Henrique D. Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/C: Dr. Fernando Luiz Dias – Chefe de Serviço CP - HCI
Dr. Jânio Nogueira – Direção HCI

ANEXO II- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Incidência de Complicações no Pós-Operatório de Pacientes Submetidos à Cirurgia por Câncer de Cabeça e Pescoço

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que envolve a coleta de informações sobre as complicações que podem ocorrer ou não após a sua cirurgia.

Este trabalho pode sugerir e viabilizar propostas de medidas preventivas através do conhecimento das principais complicações que possam ocorrer no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

Conhecer as complicações mais comuns que ocorrem após as cirurgias de Cabeça e Pescoço.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

O estudo consiste na coleta de dados referentes a sua evolução clínica durante a internação na enfermaria e na unidade pós operatória do nosso hospital, que será realizada até a alta hospitalar. Serão coletadas informações sobre as características individuais relacionadas ao câncer, assim como complicações associadas durante sua internação. Essas informações serão coletadas através de uma ficha de avaliação diária e também de dados de seu prontuário médico. Se você concordar em participar desse estudo, nós vamos usar essa avaliação para conhecer os problemas mais comuns que ocorrem depois das cirurgias de

cabeça e pescoço, assim poderemos estudar maneiras de prevenir problemas que possam acontecer com outros pacientes que irão fazer esse tipo de cirurgia.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

Não se aplica

RISCOS

Não haverá riscos porque as informações do estudo serão retiradas da avaliação diária da equipe de fisioterapia do INCA e do prontuário. O seu tratamento será exatamente o mesmo caso você participe ou não desse estudo.

BENEFÍCIOS

Através deste estudo, teremos o conhecimento das possíveis complicações que poderão ocorrer após cirurgia de cabeça e pescoço através de uma ficha de avaliação e coleta de dados que facilitará o trabalho da equipe. Sendo assim, os resultados deste estudo serão úteis na aquisição de dados para estudar medidas preventivas para a melhoria dos cuidados dos pacientes e também na qualidade do trabalho de toda a equipe interdisciplinar.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O acompanhamento do paciente durante o estudo será realizado a partir do pós-operatório imediato até a sua alta hospitalar através de coleta de dados do prontuário e da avaliação diária realizada pela equipe de fisioterapia.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Além da equipe de saúde que cuidará de você, seus registros médicos poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro médico sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação neste estudo.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para você pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe assistente deve ser comunicada e a coleta de amostras para os exames relativos ao estudo será imediatamente interrompida.

O médico responsável por sua internação pode interromper sua participação no estudo a qualquer momento, mesmo sem a sua autorização.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a Dra. Giselly Machuk Fernandes (21) 9628-4875, Dra. Thatiana da Silva Campos Sabino (21) 9353-1604 ou Dra. Juliana Flávia de Oliveira (21) 8039-8584. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo clínico, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-6551 ou (21) 3207-6565, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas

foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura do Paciente) dia mês ano

(Nome do Paciente – letra de forma)

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

_____ ____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

ANEXO III- INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

IDENTIFICAÇÃO (Entrevista)

Número do estudo (nestudo): _____

(Matrícula): _____ Data _____ Matrícula _____ (dtmatric):
_____/_____/_____

Telefones _____ de _____ contato:

Data de nascimento (datanasc) : ____/____/_____

(Sexo): (1) Masculino (2) Feminino

Cor da pele relatada

(1) Branca (2) Negra (3) Parda ou morena (4) Amarela (5) Vermelha

Estado civil (estcivil):

(1) solteiro (2) casado legalmente (3) união estável > 6 meses (4) viúvo (5) separado ou divorciado

Nível educacional (neduca):

(1) analfabetos (2) 1º g. incompleto (3) 1º g. completo (4) 2º g. incompleto

(5) 2º g. completo (6) superior incompleto (7) superior completo (8) pós-graduação

Ocupação no momento do diagnóstico (ocupa):

(1) Economicamente ativa ocupada (empregada, conta própria, empregador, não remunerado);

(2) Economicamente ativa desocupada (não tinham trabalho, mas estavam dispostas a trabalhar)

(3) Não economicamente ativa (as pessoas não classificadas como ocupadas ou desocupadas)

Grupo de ocupação ao diagnóstico (grocupa) (desempenhou por maior período em sua vida)

(1) Forças Armadas, Policiais e Bombeiros (2) Nível superior poder público, organizações de empresas e gerentes

(3) Profissionais das ciências e das artes (4) Técnicos de nível médio

(5) Serviços administrativos (6) Serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados

(7) Agropecuários, florestais, da caça/pesca (8) Produção de bens e serviços industriais

(9) Manutenção e reparação

Descrição da ocupação ao diagnóstico (desocupa):

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (Entrevista)

Relato de Asma (asma) (1) sim (2) não (3) não sabe informar

Relato de DPOC (dpoc) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Bronquiectasia (bronqui) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Tuberculose (tuber) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de HAS (has) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Diabetes (dm) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Cardiovascular (cardio) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Renal (renal) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe
Relato de Neurológica (neuro) informar	(1) sim	(2) não	(3) não sabe

Outras:

HISTÓRIA SOCIAL (Entrevista)

O sr(a) fuma) (tabaco) (1) sim diariamente (2) sim ocasionalmente (3) não (ir para etilismo)

Quantos cigarros por dia (cgdia): _____ (unidades)

Que idade começou a fumar (idtabaco): _____ (anos)

Já tentou parar de fumar: (1) sim (2) não

Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa (fumocasa)?

(1) sim (2) não (3) não quis informar

Algum colega costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) frequenta (fumoamb)?

(1) sim (2) não (3) não quis informar

O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (etil) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Com que freqüência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? (freqetil)

(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana

(4) todos os dias (incluir sáb e dom) (5) < de 1 dia por semana (6) < de 1 dia por mês (prox. bloco)

Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (etil5dia)

(1) sim (2) não

Em quantos dias do mês isto ocorreu? (diaseti5) _____ (dias)

Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (atifis)

(1) sim (2) não (**prox. bloco**)

Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? (tipoativ)

(anotar apenas o primeiro citado)

O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? (semativ)

(1) sim (2) não (**prox. bloco**)

Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício? (diativ)

_____ (dias)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (Prontuário)

Localização do tumor (loctumor)

(1) Láblio/Oral (2) Oro (3) Naso (4) Hipo (5) Laringe

Tamanho clínico tumor (tclintum)

(1) T1 (2) T2 (3) T3 (4) T4 (5) TX (6) T0
(7) Tis

Linfonodos regionais clínico (lfncclin)

(1) N1 (2) N2 (3) N3 (4) NX (5) N0

Estadiamento Clínico (estclinico)

(1) 0 (2) I (3) II (4) IIA (5) III (6) IVA
(7) IVB

Quimioterapia Neo-adjuvante (qtneo)

(1) Não (2) Sim Data do ultimo ciclo (dtqtneo): _____/_____/_____

Radioterapia Neo-adjuvante (rxtneo)

(1) Não (2) Sim Data da ultima sessão (dtrxtneo): _____/_____/_____

Peso relatado pela nutrição (peso) _____ (em kg)

Altura relatada pela nutrição (altura) _____ (m) _____ (cm)

RELATÓRIO CIRÚRGICO (Prontuário)

Data cirurgia (dtecirur) _____/_____/_____ Tempo de cirurgia (temcirur) _____
(em minutos)

Cirurgia tumor primário (cirprimario)

(1) Maxilarectomia (2) Mandibulectomia (3) Glossectomia total (4) Glossectomia parcial
(5) Glossopelvemandibulectomia (6) Laringectomia total (7) Laringectomia parcial (8) Glossopelvectomia

(9)Pelvemandibulectomia (10) Orofaringectomia (11) Faringolaringectomia

Esvaziamento cervical (esvcervical)

(1) ECRM-I (2) ECRM-II (3) ECRM-III (4) ECRC (5) ECSOH (6) ECLB (7) ECPL
(8) ECA

Reconstrução (reconst) (1) Não (2) Fibula (3) Crista ilíaca (4) Grande peitoral (5) Delto-Peitoral

Traqueostomia (traqueos) (1) Sim temporária (2) Sim definitiva (3) Não

FT1 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICO (Coletar)

Data avaliação (ft1data) ____/____/____

Suporte de O2 (ft1o2) (1) sim (2) não

Relato de dor (ft1dor) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Local dor (ft1locdor) (1) MMSS (2) MMII (3) Face (4) outros

EVA (ft1eva) _____ (1 a 10)

Presença de tosse (ft1tosse) (1) sim produtiva (2) sim improdutiva (prox. bloco) (3) não (prox. bloco)

Secreção (ft1secr) (1) clara (2) purulenta (3) mucopurulenta (4) acastanhado (5) sanguinolenta

Consistência (ft1consis) (1) fluida (2) espessa

Performance Status (ft1ps) (1) PS1 (2) PS2 (3) PS3 (4) PS4

Deambulação (ft1deam) (1) Não (2) Sim com auxílio (2) Sim sem auxílio

Atelectasia (ft1atelec) (1) sim (2) não Obs:

Derrame Pleural (ft1dp) (1) sim (2) não Obs:

Pneumotórax (ft1pneuto) (1) sim (2) não Obs:

Pneumonia (ft1pneum) (1) sim (2) não Obs:

Broncoaspiração (ft1bronco) (1) sim (2) não Obs:

Tromboembolismo (ft1tromb) (1) sim (2) não Obs:

Insuficiência resp (ft1irpa) (1) sim (2) não Obs:

Deiscência (ft1deisc) (1) sim (2) não Obs:

Fístula (ft1fistu) (1) sim (2) não Obs:

Infecção ferida (ft1infec) (1) sim (2) não Obs:

Necrose retalho (ft1necro) (1) sim (2) não Obs:

Trismo (ft1tris) (1) sim (2) não Obs:

TVP (ft1tvp) (1) sim (2) não Obs:

Outras:

FT2 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICO (Coletar)

Data avaliação (ft2data) ____/____/____

Suporte de O2 (ft2o2) (1) sim (2) não

Relato de dor (ft2dor) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Local dor (ft2locdor) (1) MMSS (2) MMII (3) Face (4) outros

EVA (ft2eva) _____ (1 a 10)

Presença de tosse (ft2tosse) (1) sim produtiva (2) sim improdutiva (prox. bloco) (3) não (prox. bloco)

Secreção (ft2secr) (1) clara (2) purulenta (3) mucopurulenta (4) acastanhada (5) sanguinolenta

Consistência (ft2consis) (1) fluida (2) espessa

Performance Status (ft2ps) (1) PS1 (2) PS2 (3) PS3 (4) PS4

Deambulação (ft2deam) (1) Não (2) Sim com auxílio (2) Sim sem auxílio

Atelectasia (ft2atelec) (1) sim (2) não Obs:

Derrame Pleural (ft2dp) (1) sim (2) não Obs:

Pneumotórax (ft2pneuto) (1) sim (2) não Obs:

Pneumonia (ft2pneum) (1) sim (2) não Obs:

Broncoaspiração (ft2bronco) (1) sim (2) não Obs:

Tromboembolismo (ft2tromb) (1) sim (2) não Obs:

Insuficiência resp (ft2irpa) (1) sim (2) não Obs:

Deiscência (ft2deisc) (1) sim (2) não Obs:

Fístula (ft2fistu) (1) sim (2) não Obs:

Infecção ferida (ft2infec) (1) sim (2) não Obs:

Necrose retalho (ft2necro) (1) sim (2) não Obs:

Trismo (ft2tris) (1) sim (2) não Obs:

TVP (ft2tvp) (1) sim (2) não Obs:

Outras:

FT3 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICO (Coletar)

Data avaliação (ft3data) ____/____/____

Suporte de O2 (ft3o2) (1) sim (2) não

Relato de dor (ft3dor) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Local dor (ft3locdor) (1) MMSS (2) MMII (3) Face (4) outros

EVA (ft3eva) _____ (1 a 10)

Presença de tosse (ft3tosse) (1) sim produtiva (2) sim improdutiva (prox. bloco) (3) não (prox. bloco)

Secreção (ft3secr) (1) clara (2) purulenta (3) mucopurulenta (4) acastanhada (5) sanguinolenta

Consistência (ft3consis) (1) fluida (2) espessa

Performance Status (ft3ps) (1) PS1 (2) PS2 (3) PS3 (4) PS4

Deambulação (ft3deam) (1) Não (2) Sim com auxílio (2) Sim sem auxílio

Atelectasia (ft3atelec) (1) sim (2) não Obs:

Derrame Pleural (ft3dp) (1) sim (2) não Obs:

Pneumotórax (ft3pneuto) (1) sim (2) não Obs:

Pneumonia (ft3pneum) (1) sim (2) não Obs:

Broncoaspiração (ft3bronco) (1) sim (2) não Obs:

Tromboembolismo (ft3tromb) (1) sim (2) não Obs:

Insuficiência resp (ft3irpa) (1) sim (2) não Obs:

Deiscência (ft3deisc) (1) sim (2) não Obs:

Fístula (ft3fistu) (1) sim (2) não Obs:

Infecção ferida (ft3infec) (1) sim (2) não Obs:

Necrose retalho (ft3necro) (1) sim (2) não Obs:

Trismo (ft3tris) (1) sim (2) não Obs:

TVP (ft3tvp) (1) sim (2) não Obs:

Outras:

FT4 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICO (Coletar)

Data avaliação (ft4data) ____/____/____

Suporte de O2 (ft4o2) (1) sim (2) não

Relato de dor (ft4dor) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Local dor (ft4locdor) (1) MMSS (2) MMII (3) Face (4) outros

EVA (ft4eva) _____ (1 a 10)

Presença de tosse (ft4tosse) (1) sim produtiva (2) sim improdutiva (prox. bloco) (3) não (prox. bloco)

Secreção (ft4secr) (1) clara (2) purulenta (3) mucopurulenta (4) acastanhada (5) sanguinolenta

Consistência (ft4consis) (1) fluida (2) espessa

Performance Status (ft4ps) (1) PS1 (2) PS2 (3) PS3 (4) PS4

Deambulação (ft4deam) (1) Não (2) Sim com auxílio (2) Sim sem auxílio

Atelectasia (ft4atelec) (1) sim (2) não Obs:

Derrame Pleural (ft4dp) (1) sim (2) não Obs:

Pneumotórax (ft4pneuto) (1) sim (2) não Obs:

Pneumonia (ft4pneum) (1) sim (2) não Obs:

Broncoaspiração (ft4bronco) (1) sim (2) não Obs:

Tromboembolismo (ft4tromb) (1) sim (2) não Obs:

Insuficiência resp (ft4irpa) (1) sim (2) não Obs:

Deiscência (ft4deisc) (1) sim (2) não Obs:

Fístula (ft4fistu) (1) sim (2) não Obs:

Infecção ferida (ft4infec) (1) sim (2) não Obs:

Necrose retalho (ft4necro) (1) sim (2) não Obs:

Trismo (ft4tris) (1) sim (2) não Obs:

TVP (ft4tvp) (1) sim (2) não Obs:

Outras:

FT5 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICO (Coletar)

Data avaliação (ft5data) ____/____/____

Suporte de O2 (ft5o2) (1) sim (2) não

Relato de dor (ft5dor) (1) sim (2) não (prox. bloco)

Local dor (ft5locdor) (1) MMSS (2) MMII (3) Face (4) outros

EVA (ft5eva) _____ (1 a 10)

Presença de tosse (ft5tosse) (1) sim produtiva (2) sim improdutiva (prox. bloco) (3) não (prox. bloco)

Secreção (ft5secr) (1) clara (2) purulenta (3) mucopurulenta (4) acastanhada (5) sanguinolenta

Consistência (ft5consis) (1) fluida (2) espessa

Performance Status (ft5ps) (1) PS1 (2) PS2 (3) PS3 (4) PS4

Deambulação (ft5deam) (1) Não (2) Sim com auxílio (2) Sim sem auxílio

Atelectasia (ft5atelec) (1) sim (2) não Obs:

Derrame Pleural (ft5dp) (1) sim (2) não Obs:

Pneumotórax (ft5pneuto) (1) sim (2) não Obs:

Pneumonia (ft5pneum) (1) sim (2) não Obs:

Broncoaspiração (ft5bronco) (1) sim (2) não Obs:

Tromboembolismo (ft5tromb) (1) sim (2) não Obs:

Insuficiência resp (ft5irpa) (1) sim (2) não Obs:

Deiscência (ft5deisc) (1) sim (2) não Obs:

Fístula (ft5fistu) (1) sim (2) não Obs:

Infecção ferida (ft5infec) (1) sim (2) não Obs:

Necrose retalho (ft5necro) (1) sim (2) não Obs:

Trismo (ft5tris) (1) sim (2) não Obs:

TVP (ft5tvp) (1) sim (2) não Obs:

Outras:

ALTA HOSPITALAR (Prontuário)

Data da alta hospitalar (dtalta) ____/____/____

Óbito período internação (1) não (2) sim Motivo:

ESTADIAMENTO HISTOPATOLÓGICO (Prontuário)

Tamanho tumor (hpttum)

(1) T1 (2) T2 (3) T3 (4) T4 (5) TX (6) T0
(7) Tis

Linfonodos regionais (hptlinf)

(1) N1 (2) N2 (3) N3 (4) NX (5) N0

Estadiamento histopatológico (esthpt)

(1) 0 (2) I (3) II (4) IIA (5) III (6) IVA
(7) IVB

