

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde Coletiva

**QUALIDADE DE VIDA, DEGLUTIÇÃO E DESVANTAGEM VOCAL
EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE BOCA E
OROFARINGE APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO.**

RAFAEL ANTONIO DE CAMPOS

Santos
2006

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde Coletiva

QUALIDADE DE VIDA, DEGLUTIÇÃO E DESVANTAGEM VOCAL EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO.

RAFAEL ANTONIO DE CAMPOS

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Católica de Santos
para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

Co-Orientador: Prof. Dr. Rogério Aparecido Dedivitis

Santos
2006

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
SIBIU

C449q Campos, Rafael Antonio

Qualidade de vida, deglutição e desvantagem vocal em pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe após tratamento oncológico/ RAFAEL ANTONIO DE CAMPOS
– Santos: [s.n.], 2006.

90 f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa de Saúde Coletiva)

I. Campos, Rafael Antonio. II. Título

CDU 614(043.3)

“Não basta o conhecimento da ciência aplicada para que o vosso trabalho traga mais benefício ao Homem. O principal objetivo de todo progresso técnico deve ser o Homem e o seu destino para que as criações da nossa inteligência possam ser uma benção e nunca uma maldição para a Humanidade”.

Nunca esqueçais este princípio quando vos concentrardes nos vossos diagramas e equações”.

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

À minha esposa, Rosangela,
pelo carinho, amor e
compreensão.

Ao meu filho, Diego, pelo amor
e inspiração.

Aos meus pais, Carlos e Maria
Apparecida, pelo exemplo e
dedicação, amor e
companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Frazão, orientador desta tese, pela valorosa contribuição ao meu aprimoramento científico, paciência e atenção que teve comigo durante a elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Rogério Aparecido Dedivitis, co-orientador desta dissertação, pela valorosa contribuição científica, e disponibilização de seus pacientes para a realização desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Sérgio Baxter, pelo grande incentivo durante a realização deste trabalho.

Ao Dr. André Guimarães, pela preciosa colaboração em compartilhar seus pacientes.

Ao Dr. Paulo Eduardo Novaes, pela importante ajuda e contribuição deste trabalho.

A Fga. Ana Paula Brandão, pela preciosa colaboração em compartilhar seus pacientes, e auxiliando na construção do trabalho.

Ao amigo Pedro Guimarães pela ajuda ofertada no preenchimento e formatação das planilhas dos pacientes.

Ao meu primo Alex pela preciosa colaboração na tradução dos artigos.

À minha secretária e amiga Alessandra Gomes da Silva, pela colaboração no agendamento e confirmação dos pacientes para realização deste trabalho.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Campos RA. Qualidade de vida, deglutição e desvantagem vocal em pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe após tratamento oncológico [Dissertação de Mestrado]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2006.

Santos, ___/___/2006.

Banca Examinadora

1) Prof. Dr. _____

Nota: _____ Assinatura: _____

2) Prof. Dr. _____

Nota: _____ Assinatura: _____

3) Prof. Dr. _____

Nota: _____ Assinatura: _____

4) Prof(a). Dr(a). Suplente _____

Nota: _____ Assinatura: _____

RESUMO

Introdução: Desde os anos 80 a qualidade de vida é um tema de pesquisa fundamental, que deve ser orientado pela avaliação do impacto nas habilidades físicas e na vida psicológica, social e espiritual do indivíduo, oferecendo subsídios para análise de custo-efetividade e para a otimização dos recursos disponíveis no sistema de saúde. No Brasil, são diagnosticados anualmente cerca de 8 mil novos casos de carcinoma espinocelular da cavidade bucal, estando sua etiologia associada ao hábito do tabagismo e etilismo. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida, deglutição e desvantagem vocal em pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe, e explorar a influência da radioterapia nos diferentes domínios de qualidade de vida. **Casuística:** Foram avaliados pacientes apresentando carcinoma espinocelular de boca e orofaringe submetidos ao tratamento cirúrgico e outras modalidades terapêuticas adjuvantes no período de setembro 2004 a abril 2005, decorridos seis a doze meses da assistência oncológica. **Método:** Uma ficha clínica contendo de dados demográficos, e os questionários *QLQ-C30* (Qualidade Geral de Vida); *H&N35* (Questionário Específico de Cabeça e Pescoço); *SWAL-QOL* (Questionário de Deglutição) e *VHI* (Índice de Desvantagem Vocal) foram aplicados. O teste de *Mann-Whitney* foi empregado para comparação dos valores medianos. Valores de *p* entre 0,10 e 0,05 foram considerados como indicativos de tendência de diferença estatisticamente significativa. **Resultados:** Participaram do estudo 25 pacientes sendo 64% do gênero masculino, e 44% na faixa etária de 64 a 74 anos. Dos 25 casos, 13 compreenderam lesão de cavidade oral e 12 lesão de orofaringe. Os locais de início da lesão mais freqüente foram língua e amídalas. Em relação às condições dentárias, 10 pacientes eram desdentados totais e 7 desdentados parciais. Houve leve comprometimento da QV, sendo que naqueles submetidos à RXT, houve uma piora na perda de apetite ($p=0,052$), e melhora na constipação ($p=0,078$) e na diarreia ($p=0,054$). Em relação a aspectos específicos de QV relacionados aos portadores de câncer de cabeça e pescoço, o impacto foi pequeno; os pacientes submetidos à RXT, apresentaram maior impacto nos domínios deglutição ($p=0,009$), abertura de boca ($p=0,014$), saliva espessa ($p=0,070$), percepção de olfato e paladar ($p<0,000$), comer socialmente ($p<0,000$) e problemas para falar ($p=0,016$), sendo que o emprego de suplementação alimentar também foi maior ($p=0,008$). Quanto à deglutição, nos pacientes submetidos à RXT, houve uma tendência de diferença estatisticamente significativa no domínio sono ($p=0,082$). Não foi notado comprometimento da QV relacionada à desordem da voz, porém os pacientes submetidos à RXT, declararam maior impacto nos domínios funcional ($p=0,024$) e físico ($p=0,070$) com pior escore final ($p=0,036$). **Discussão:** Os resultados foram comparados com dados da literatura. Foi enfatizado que o uso regular desse tipo de avaliação pode produzir conhecimento científico sistemático sobre o impacto das aplicações terapêuticas, e contribuir para a orientação e condução dos tratamentos.

Palavras-chave: qualidade de vida, câncer de boca e orofaringe, CEC, deglutição e voz, tratamento radioterápico

ABSTRACT

Since the 80s, quality of life (QoL) issues has been considered as a fundamental research topic. The research has been focusing on evaluating the impact of physical abilities on an individual's psychological, social, and spiritual profile. The findings offer information for cost-effectiveness analysis and improvement of resources available allocation in the health system. Nearly eight thousand new cases of oral spinocellular carcinoma are diagnosed per year in Brazil. More recently known as epidermoid carcinoma, its etiology is associated to tobacco and alcohol consumption. **Objectives:** To evaluate the QoL, swallowing and speech on patients diagnosed with oral and oral pharynx cancer and explore the influence of radiation therapy. **Subjects:** Patients diagnosed with oral and oral pharynx spinocellular carcinomas that were treated with surgery and several other therapeutic modalities from September 2004 to April 2005 were recalled 6 to 12 months post treatment. **Methods:** The clinical record containing demographic data and the QLQ-C30 (quality of life), H&N35 (Head and Neck), SWAL-QoL (swallowing), and VHI (index of vocal ability) questionnaires were utilized. The Mann-Whitney statistical analysis was used with a p value between 0.10 and 0.05 to compare median values and determine tendency of difference statistically significant. **Results:** The study population was comprised of 25 patients from which 64% was male and 44% between the ages of 64 and 74. Of the 25 cases, 13 had oral lesions and 12 had oral pharynx lesions. The most frequent sites of initial lesions were on the floor of the tongue and tonsils. When evaluating the dental conditions, 10 were fully and 7 partly edentulous. In relation to prosthetic status, 12 patients had upper complete dentures and 9 patients had lower complete dentures. Results showed mild impact in QoL. Irradiated patients presented more loss of appetite ($p=0.052$), less constipation ($p=0.078$) and less diarrhea ($p=0.054$). The H&N35 indicated also mild impact in QoL. Those exposed to radiation had taken more nutritional supplement ($p=0.008$) and showed upper impact in domain related to swallowing ($p=0.009$), opening mouth ($p=0.014$), sticky saliva ($p=0.070$), smell and taste senses ($p<0.000$), social eating ($p<0.000$) and speech ($p=0.016$). For these patients, the SWAL-QoL indicated tendency of difference statistically significant in sleep domain ($p=0.082$). No impact was observed in voice excepting irradiated patients that experienced worse final score ($p=0.036$) compromising in functional (0.024) and physical (0.070) domains. **Discussion:** Results were compared with literature data. The regular use of this evaluation may produce systematic scientific knowledge about impact of therapeutics devices contributing to orientation of health care.

Key Words: quality of life, oral and oral pharynx cancer, CEC, swallowing and speech, radiation therapy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QV:	Qualidade de vida
RXT:	Radioterapia
QT:	Quimioterapia
TU:	Tumor
CEC:	Carcinoma espinocelular
OMS:	Organização Mundial Saúde
EORTC:	Organização Européia Investigação e Tratamento do Câncer
PNCC:	Programa Nacional de Controle de Câncer
HNSCC:	Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço
WHO:	World Health Organization
H&NS:	Head & Neck Survey
UWQOL:	University of Washington Quality of Life
PSS-HN:	Performance Status Scale-Head and Neck
SF-36:	Medical Outcomes Study Short-Head and Neck
Pelvecto:	Pelvectomia
Pelveglo:	Pelveglossectomia
Lobecto:	Lobectomia
Glossecto:	Glossectomia

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Relação dos pacientes, tipo de intervenção, local da lesão e as características do tratamento realizado.

Tabela 1 – Distribuição da casuística de acordo com as variáveis sócio-demográficas e características pessoais.

Tabela 2 – Distribuição da casuística segundo local de início da lesão

Tabela 3 – Distribuição da casuística de acordo com as características das condições dentárias dos pacientes após o tratamento.

Tabela 4 – Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida (*QLQ-C30*).

Tabela 5 – Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida específico para portadores de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*).

Tabela 6 – Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios ligados à nutrição e ao uso de analgésicos relacionados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*).

Tabela 7 – Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em deglutição (*SWAL-QOL*).

Tabela 8 – Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em voz (*VHI*).

Tabela 9 – Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida (*QLQ-C30*) com e sem tratamento radioterápico.

Tabela 10 – Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida específico para cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*) com e sem a realização do tratamento radioterápico.

Tabela 11 – Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios ligados à nutrição e ao uso de analgésicos relacionados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço com e sem a realização radioterapia (*QLQ-H&N35*).

Tabela 12 - Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em disfagia (*SWAL-QOL*) com e sem a realização do tratamento radioterápico.

Tabela 13 – Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em relação à voz (*VHI*) com e sem realização do tratamento radioterápico.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3. OBJETIVOS.....	19
4. MÉTODOS.....	21
4.1. Tipo de estudo.....	22
4.2. População de estudo.....	22
4.3. Critérios de inclusão.....	22
4.4. Critérios de exclusão.....	23
4.5. Instrumentos de observação.....	23
4.6. Técnica de observação.....	28
4.7. Aspectos éticos.....	28
4.8. Análise dos dados.....	29
5. RESULTADOS.....	30
6. DISCUSSÃO.....	47
7. CONCLUSÕES.....	60
8. REFERÊNCIAS.....	62
9. ANEXOS.....	71

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os seres humanos são formados por unidades microscópicas chamadas células. Grupos de células similares com mesma função formam um tecido e os grupos de tecidos constituem os órgãos. Barbosa (2002) caracterizou o câncer como multiplicação descontrolada de células defeituosas ou atípicas, que escapam ao controle do sistema imunológico por algum motivo até hoje desconhecido.

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem diferentes doenças: diferentes tipos de câncer correspondem diferentes tipos de células do corpo. Como a pele, por exemplo, é formada de mais de um tipo de célula, podem ser descritos diversos tipos de cânceres desse órgão. Câncer com origem em tecidos epiteliais (pele e mucosa) é denominado carcinoma e com início em tecidos conjuntivos (osso, músculo e cartilagem) é denominado sarcoma (Sartori 2005).

Além do tipo de célula envolvida no processo, outras características que diferenciam os diversos tipos de cânceres entre si são: a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

No Brasil, são mais de um milhão de novos casos por ano, sendo que muitos sequer são registrados devido a subnotificação. O câncer bucal é definido anatomicamente como alteração maligna do lábio, da língua, da gengiva, da mucosa jugal, do assoalho da boca, do palato duro e mole, da área retromolar ou de qualquer outra área não específica da boca ou dos maxilares. O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular ou de células escamosas ou epidermóide.

No Brasil, têm sido diagnosticados anualmente cerca de 8 mil novos casos de carcinoma espinocelular (CEC), acometendo mais freqüentemente indivíduos do gênero masculino na faixa etária dos 50 aos 60 anos de idade (Ministério da Saúde (INCA), 2003). Constituem 85% das neoplasias do território da cabeça e pescoço (Novaes 2000). O câncer de orofaringe é apenas uma pequena proporção do câncer de cabeça e pescoço, e tem a tendência de ter um prognóstico pior (Pauloski *et al.*, 1994).

A taxa de sobrevida nos pacientes portadores de câncer nos anos 50, era de apenas 15%, atualmente, chega a 50%. A elevação da taxa depende do aumento da proporção de diagnóstico precoce entre os casos detectados (Talmi 2002).

Existem várias modalidades de tratamento usado para tratar o câncer de cabeça e pescoço, incluindo cirurgia, radioterapia (RXT) e quimioterapia (QT), podendo ser empregadas de forma isolada ou em associação compondo um tipo de tratamento bastante complexo por envolver um conjunto de procedimentos embasados em conhecimentos oriundos de diferentes disciplinas e realizados por uma equipe multiprofissional (Novaes, 2000).

Esses tratamentos podem variar em sua extensão, intensidade, tamanho e estágio do tumor. Diferentes modalidades de tratamento especialmente os combinados, tem diferentes toxidades e efeitos adversos na função física, e essas toxidades podem ser temporárias ou permanentes, podendo ter efeitos substanciais na qualidade de vida (QV) (Fung / Terrell, 2004).

Os benefícios produzidos pelo tratamento oncológico têm sido acompanhados geralmente por efeitos indesejáveis, ora temporários ora

permanentes, que dependem de vários aspectos ligados, entre outros, aos tecidos e/ou órgãos afetados, ao estágio e à gravidade das lesões.

A escolha da modalidade ideal irá depender do tipo celular e do grau de diferenciação, do local e da extensão do tumor primário, das metástases linfonodais, das características macroscópicas do tumor (TU), do envolvimento ósseo e muscular, do mecanismo de deglutição, da possibilidade de preservação da fala, da condição física, social e ocupacional do paciente, expectativas e da experiência da equipe oncológica (Novaes 2000).

As diferentes modalidades de tratamentos são freqüentemente associadas com grandes efeitos colaterais e não oferecem garantias de vida prolongada, podendo a doença ter um impacto significativo nas funções sociais, nutritivas e QV (Drettner *et al.*, 1983).

O interesse dos pesquisadores pela avaliação do impacto dos tratamentos nas habilidades físicas e na vida psicológica, social e espiritual dos indivíduos têm sido crescente desde os anos 80, e a convergência dos esforços resultou na conformação de um tema de investigação denominado Qualidade de Vida (QV). Estudos nessa área têm sido aplicados em pacientes submetidos a tratamento oncológico e podem oferecer importantes subsídios para análise de custo-efetividade e para a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde (OMS, 1993).

Qualidade de vida não é definida universalmente e pode variar entre culturas e até entre pacientes de diferentes níveis sócio-econômicos (Talmi 2002).

Medidas de QV têm um papel importante no campo da oncologia, podendo subsidiar decisões clínicas e a análise dos efeitos produzidos tanto pelas doenças quanto pelos tratamentos. A QV é um conceito que tem sido definido através de tentativas para categorizar aspectos da experiência individual, na qual determinados domínios são importantes na avaliação de certos sintomas e funções. Pesquisas de QV são relevantes porque podem elevar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o impacto das doenças e dos tratamentos, oferece informações sobre quando os sintomas, sua severidade e os efeitos colaterais são prováveis de acontecer (Staquet *et al.*, 1998).

A avaliação da qualidade de vida (QV) tem ganhado espaço crescente no tratamento dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço, pois este geralmente causa significativo comprometimento estético e funcional. Com a prática dos protocolos de preservação de órgãos ou estruturas, a QV despertou maior interesse, tornando-se um argumento para justificar modalidades terapêuticas menos mutiladoras quando os resultados oncológicos são equivalentes (Rapaport *et al.*, 2002).

Mudanças na QV durante a RXT podem indicar a combinação de efeitos de regressão do tumor e pequenas complicações percebidas pelos pacientes do tratamento recebido. Informações sobre a sobrevivência do paciente e as mudanças na QV durante RXT, podem ser empregadas para orientar os períodos de radiação (Dancey *et al.*, 1997).

European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) é uma organização internacional, não lucrativa, fundada em 1962. Em 1986, teve início um programa para desenvolver e validar questionários de QV

dirigidos a pacientes selecionados em triagens de serviços clínicos de câncer. Um dos resultados foi o desenvolvimento do *EORTC QLQ-C30*, um instrumento para qualidade de vida dos pacientes com câncer. Até hoje, mais de 2200 estudos usando o *QLQ-C30* foram registrados (Aaronson *et al.*, 1993).

Em 1987, foi divulgado pela Organização Européia de Investigação e Tratamento do Câncer (*EORTC*) o primeiro questionário elaborado para avaliar a QV em pacientes oncológicos. Desse período até hoje, novas versões vêm sendo testadas em diferentes países envolvendo grupos populacionais de origens culturais distintas (Aaronson *et al.*, 1993).

Em 1993, foi divulgado pela *EORTC* o primeiro questionário elaborado para avaliar a qualidade de vida em pacientes, com o módulo específico de câncer de cabeça e pescoço (*H&N35*) (Bjordal *et al.*, 1992)

Por meio desses instrumentos tem sido possível monitorar de forma padronizada diferentes aspectos de qualidade de vida, entre os quais; condições físicas gerais, dificuldades para realização das atividades diárias, fatores cognitivos e emocionais, interação social, dor, deglutição, fonação, olfato e paladar (Bjordal *et al.*, 2000).

Enquanto deformações podem ser severas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e afetar a QV, é normalmente menos óbvio em pacientes com câncer na cavidade oral com a exceção de alguns casos (Ruhl *et al.*, 1997).

Complicações orais após radioterapia para câncer de cabeça e pescoço são comuns, afetando a QV. A utilização da escala de função geral, tal como o questionário da *EORTC*, com a inclusão da escala específica do local da

doença, pode fornecer dados úteis sobre os resultados de terapia, e sobre as complicações associadas com a terapia, e seu impacto sobre a QV (Epstein *et al.*, 1999).

Costa Neto *et al.* (2000) avaliaram a QV relacionada à voz e à deglutição, para saber e conhecer qual o verdadeiro impacto das alterações vivenciadas no momento da comunicação e da alimentação.

A voz e a deglutição são funções que tem como objetivos a sobrevivência do indivíduo e sua QV. Em condições oncológicas, as estruturas que participam das funções de voz e de deglutição, como cavidade oral, faringe e laringe, por vezes necessitam de tratamentos agressivos que consistem de ressecções amplas, parciais ou totais. A depender do tratamento cirúrgico e/ou radioterápico do câncer de cabeça e pescoço, como de possíveis reconstruções, e da localidade da estrutura envolvida, pode-se esperar modificações da fisiologia da voz e da deglutição (Kowalski *et al.* 2000).

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço são sujeitos a problemas psicológicos por causa da interação social e a expressão emocional depende grandemente da integridade funcional e estrutural da região da cabeça e pescoço (Breitbart *et al.*, 1988). Sendo verdadeiro para câncer na cavidade oral e orofaringe, estes pacientes não somente enfrentarão uma doença que ameaça a vida, mas também com um tratamento que produz conseqüências sobre a aparência, e funções importantes como comer, deglutição e fala (Gamba *et al.*, 1992). Depressão ocorre freqüentemente nestes pacientes (Espie *et al.*, 1989).

Sem avaliarmos a QV dos pacientes oncológicos, durante os tratamentos, não se tem uma clara compreensão do grau de melhora, estabilização, ou mesmo de piora, obtidos com os procedimentos terapêuticos.

Todos esses aspectos indicam a relevância para a Saúde Coletiva da produção de conhecimentos científicos relacionados à QV de pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

A QV relacionada à saúde vem sendo cada vez mais reconhecida como um tópico importante na oncologia. É um tema complexo que tem sido analisado por meio de uma grande variedade de instrumentos, formulados para operacionalizar a observação dos diferentes aspectos que envolvem o fenômeno. Para alguns pesquisadores do tema, QV relacionada à saúde é um conceito multidimensional, composto por quatro domínios principais: funções físicas, funções psicológicas, interação social e sintomas relacionados ao tratamento da doença (Aaronson *et al.*, 1988).

Glicklich *et al.* (1997) avaliaram a QV em 55 pacientes com câncer de cabeça e pescoço empregando um questionário específico contendo 11 itens de questões gerais e três escores de domínios específicos de cabeça e pescoço denominado *Head & Neck Survey (H&NS)*. Os três atributos da saúde mais importantes foram: comer/deglutir (ES), falar/comunicar (SC) e aparência (AP). Para poder refletir os efeitos específicos da doença, os pesquisadores recomendaram a aplicação de instrumentos específicos, compostos por medidas gerais e específicas ligadas à região atingida pela lesão, capazes de captar os aspectos emocional, mental, espiritual e social da doença.

Konstantinovic (1999) avaliou a QV após tratamento cirúrgico e radioterápico de 78 pacientes com câncer de língua e assoalho da boca. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o tamanho da cirurgia na língua: no primeiro grupo foram incluídos 46 pacientes com menos de 5 cm de ressecção cirúrgica e no segundo grupo, 32 pacientes com maior perda de

tecido. Foi observada pior QV nos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica mais extensa.

Epstein *et al.* (1999) realizaram um estudo transversal, no qual foi avaliada a QV, função e sintomas orais após tratamento oncológico. Foi aplicado o questionário *EORTC QLQ-C30* em 65 pacientes, sendo 42 homens e 23 mulheres, com idade média de 52,2 anos (21 a 79 anos), tratados com RXT, entre 6 e 12 meses após o término do tratamento. Dos pacientes observados, 53 pacientes foram tratados somente com RXT, e 12 receberam RXT e cirurgia. Todos que receberam cirurgia combinada com RXT reportaram maior impacto funcional: incluindo um aumento no tempo na cama ou cadeira ($p=0,03$), e tiveram dor interferindo nas atividades diárias ($p=0,08$). Os sintomas orais tiveram aumento no grupo de pacientes que receberam somente RXT: boca seca ($p=0,05$), dificuldade de deglutição ($p=0,03$), mudança no paladar ($p=0,01$), e aumento de cáries ($p=0,03$).

Rogers *et al.* (1999) fizeram um estudo longitudinal da QV de sobreviventes com 5 e 10 anos decorridos após o tratamento cirúrgico de câncer de boca e orofaringe sendo 1 ano de pós-operatório no Hospital *Walton (Liverpool-United Kingdom)*. Os dados foram obtidos por meio dos questionários: *University of Washington Quality of Life Scale (UW-QOL)*, *EORTC (QLQ-C30 e H&N35)*. Dos 220 pacientes identificados, 33 (15%) não foram localizados, 139 (63%) morreram e 48 (22%) ficaram vivos e com boa saúde. Destes 48 pacientes com boa saúde, apenas 38 responderam ao questionário. Os pesquisadores observaram impacto na QV nos seguintes domínios: mastigação e desfiguramento, função emocional, cognitiva, e episódios de diarreia (*EORTC QLQ-C30*); dificuldades com saliva espessa,

mastigação de alimentos sólidos, menor interesse por sexo, menor desempenho sexual, e problemas com os dentes e com o ato de comer na frente de pessoas (*H&N35*).

De Graeff *et al.* (2000) descreveram prospectivamente a QV e o humor em 75 pacientes com câncer oral e de orofaringe tratados com cirurgia e radioterapia, antes do tratamento, 6 e 12 meses depois. Foram utilizados os questionários da *EORTC QLQ-C30* e *H&N35*, e uma escala para medir depressão em pacientes com câncer (CES-D). Tanto o módulo *QLQ-C30* quanto *H&N35* possuem escala de pontuação de 0 a 100, com maiores valores indicando melhor QV. A escala de pontuação CES-D varia de 0 a 60 pontos, e quanto maior a pontuação, maior o nível de depressão. De modo geral, pacientes com sintomas depressivos e características funcionais comprometidas (*Karnofsky Performance Status*) apresentaram maior risco para morbidade física e psicológica após o tratamento oncológico. Um significativo aumento da fadiga, uma deterioração da função física e das atividades diárias (*QLQ-C30*) e dificuldades com a sexualidade, comer na presença de outras pessoas, e o paladar/cheiro (*H&N35*), foi observado aos 6 meses com uma tendência de melhora aos 12 meses. Nesse período, função emocional e dor melhoraram significativamente.

Hammerlid *et al.* (2001a) realizaram um estudo longitudinal, no qual foi avaliada a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, segundo o local do tumor, sexo e idade do paciente. Utilizaram os questionários *QLQ-C30* e *H&N35* em 232 pacientes com o diagnóstico de câncer de cavidade oral e orofaringe, sendo que 160 pacientes responderam aos questionários ao final do primeiro ano, e 133 ao final de 3 anos. De modo geral, as mudanças mais

importantes foram vistas dentro do primeiro ano após o diagnóstico, com uma significativa deterioração após o término do tratamento. No entanto, após os 3 anos, a maioria das variáveis apresentaram valores semelhantes ao momento do diagnóstico. Problemas significativos com boca seca, paladar/cheiro e dentes foram constantes durante todo tempo. Quando os valores entre o diagnóstico e o seguimento de um ano foram comparados, os escores mostraram semelhança para maioria das questões. As exceções foram função emocional (+14 pontos) e insônia (+14 pontos) que melhoraram, enquanto boca seca (- 29 pontos), paladar/cheiro (-12 pontos) apresentaram deterioração.

Hammerlid *et al.* (2001b) estudaram 232 pacientes entre um e três anos após o diagnóstico com câncer de cabeça e pescoço, através dos questionários *EORTC QLQ-C30*, *H&N35* e *HADS*. Tiveram como resultados após 3 anos uma redução da dor comparada com diagnóstico. Uma deterioração significativa foi encontrada com problemas de boca seca, sintomas (paladar/cheiro) e dentes. No diagnóstico, depressão e função física não interferiram no prognóstico da qualidade de vida global após 3 anos do diagnóstico.

Klug *et al.* (2002) estudaram a evolução da QV de pacientes sobreviventes de câncer bucal e de orofaringe em estágio avançado, entre 2 e 10 anos após o tratamento com quimioterapia e radioterapia no pré-operatório, seguido de cirurgia. O estudo foi realizado utilizando os questionários *QLQ-C30* e *H&N35*, com 67 pacientes. Não foi notada diferença significativa na QV de pacientes que tiveram o tumor na região anterior da boca comparada com a região posterior, e quanto ao estado geral de saúde, não houve diferença

significativa entre os grupos de 2 a 4 anos e de 5 anos ou mais, após o tratamento.

Jamil *et al.* (2002) avaliaram 83 pacientes (56 homens e 27 mulheres) admitidos no hospital com câncer em cavidade oral e orofaringe, que receberam somente tratamento cirúrgico utilizando os questionários da *EORTC QLQ-C30* e o *QLQ-H&N35*, aplicados em 4 momentos (pré-operatório, três, seis e 12 meses pós-tratamento). Em relação ao questionário *QLQ-C30*, foi observada uma queda na função física e atividades diárias após os 3 meses iniciais seguida de melhora até o final do período. A função emocional aumentou constante e significativamente ao longo do período ($p=0,031$). As funções cognitiva e social não apresentaram mudanças significativas entre os pontos extremos do período. Sintomas de fadiga mostraram significativo aumento ao longo do período, enquanto náusea e vômitos mantiveram-se em baixos níveis de queixa. Dor decresceu ligeiramente, porém sem significado estatístico. Nenhuma mudança foi observada com os sintomas de dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia. Problemas financeiros aumentaram significativamente ($p=0,01$) e permaneceram relevantes em comparação com o momento do pré-operatório. Em relação ao questionário *H&N35*, a dor decresceu significativamente. Enquanto o contato social aumentou para valores próximos ao pré-operatório, a dificuldade para comer na presença de outras pessoas permaneceu piorada após um ano. Dificuldades com deglutição, alimentação através de tubo e perda de peso aumentaram, mas decresceram até o fim do período de observação. Problemas com nutrição e fonação aumentaram nos 3 primeiros meses e a melhora obtida apresentou valores inferiores ao níveis observados no pós-operatório ($p=0,011$).

Tschudi *et al.* (2003) analisaram dados de QV, relativos a 99 pacientes portadores de carcinoma de orofaringe com diferentes modalidades de tratamento. Os questionários foram respondidos em um intervalo de tempo de 25 a 139 meses decorridos do tratamento (mediana= 71 meses). Foram utilizados os questionários da *EORTC QLQ-C30* de qualidade de vida, *QLQ-H&N35* módulo de câncer de cabeça e pescoço, sendo 79 homens e 20 mulheres, com idade mediana de 56 anos de idade. Desses, 31 pacientes foram tratados somente com cirurgia (grupo 1), 19 com RXT somente (grupo 2) e 49 com cirurgia combinada com RXT (grupo 3). Os autores compararam os resultados entre o grupo 1 e 3, no questionário *H&N35*, observando diferenças significativas nos seguintes domínios: abertura de boca ($p=0,008$), boca seca ($p<0,0001$) e saliva espessa ($p=0,0005$). No questionário *QLQ-C30* os valores observados nos diferentes grupos não apresentaram diferenças significativas.

Fang *et al.* (2004) estudaram 102 novos pacientes com doença maligna, estágio III e IV, e investigaram a QV como fator prognóstico do tratamento de pacientes com avançado carcinoma de cabeça e pescoço. Do total, 32% dos pacientes foram tratados somente com RXT, e o restante com RXT e QT. Foi aplicada a versão chinesa dos questionários *QLQ-C30* e *QLQ-H&N35* antes e durante o curso do tratamento radioterápico. De modo geral, os resultados mostraram correlação entre os valores de QV relatados pelos pacientes antes e durante o período de tratamento. Comparando os valores nos dois períodos não foram observadas diferenças significativas nos domínios do questionário *QLQ-C30*. Em relação aos domínios do questionário *H&N35*, diferenças significativas foram observadas para as escalas de sintomas de fonação,

alimentar-se na presença de pessoas, contato social, boca seca e saliva espessa.

Shepherd e Fisher (2004) examinaram o impacto da cirurgia, RXT e do tratamento combinado em QV, em 38 pacientes diagnosticados com câncer de cavidade oral e de orofaringe, utilizando os questionários *QLQ-C30* e *H&N35*, em diferentes intervalos de tempo (diagnóstico, duas semanas, um mês e três meses depois do tratamento completado). Como resultados, indicou-se piora nas questões gerais e nos sintomas específicos de cabeça e pescoço, além das funções psicológicas, no período de três meses após o tratamento. Segundo o questionário *QLQ-C30*, houve significativa perda da função social e fadiga. Os resultados obtidos por meio do questionário *H&N35* mostraram significativa piora em dor, engolir, comer na presença de outras pessoas e saliva pegajosa.

Apesar de existirem inúmeras ferramentas genéricas ou específicas de determinadas doenças, assim como diferentes medidas de status funcional (McHorney *et al.* 2000a), há praticamente uma ausência de dados que permitam a utilização no campo de clínica e pesquisa em pacientes com distúrbio da fonoarticulação e deglutição.

Em relação à fala e deglutição algumas pesquisas foram publicadas nos últimos anos.

Zelevsky *et al.* (1996) avaliaram fala e deglutição em um pequeno grupo de pacientes após cirurgia, com e sem radioterapia para câncer oral, sendo a radioterapia um fator de limite severo para adaptação do tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Nenhuma diferença foi relatada em fala, mas a deglutição foi prejudicada nos estágios orais e orofaringe.

Pauloski *et al.* (1998) analisaram a fala e a deglutição de pacientes com câncer oral irradiados e não irradiados no pós-cirúrgico e encontraram que a radiação não teve impacto sobre a fala. Uma significativa piora foi notada para os pacientes irradiado, apenas no fonema nasal.

Ultimamente, questionários específicos foram elaborados para avaliar o impacto de alterações vocais (*Voice Handicap Index – VHI*) (Jacobson *et al.* 1997) e de alterações de deglutição (*Quality of Life in Swallowing Disorders – SWALL-QOL*) (McHorney *et al.* 2000a e b; McHorney *et al.* 2002) na qualidade de vida dos indivíduos.

Zuydam *et al.* (2000) descreveram um estudo relativo às desordens de deglutição durante o período pós-operatório de 1 a 12 meses que se seguiu ao tratamento cirúrgico caracterizado pela ressecção de várias estruturas da cavidade oral e orofaringe. A população do estudo foi composta por 13 pacientes submetidos à cirurgia, na qual 7 pacientes tiveram ressecção maior ou igual a $\frac{1}{4}$ da base de língua (grupo 1), e 6 tiveram menos que $\frac{1}{4}$ da base da língua retirada (grupo 2). Os resultados mostraram que aqueles com envolvimento de $\frac{1}{4}$ ou mais da base da língua, tiveram maior deficiência sendo que a RXT mostrou tendência em exacerbar esses problemas. Em 6 meses, 3 pacientes do grupo de pequena ressecção, recuperaram a habilidade de deglutir, 3 não responderam devido a presença de recorrência loco-regional, e 2 morreram.

De Graeff *et al.* (2000) compararam a QV de pacientes com tumor em cabeça e pescoço, separando a população por local do tumor e tratamento realizado, através dos questionários da *EORTC (QLQ-C30 e H&N35)*. Verificaram que os pacientes com tumor em cavidade oral e orofaringe

submetido à RXT tiveram pior escore no intervalo de seis meses após o tratamento para o domínio fala (*EORTC-C30*) do que pacientes não irradiados. No entanto, para este mesmo domínio, no questionário (*EORTC H&N35*), os escores foram baixos para ambos os grupos.

Gritz *et al.* (1999) e Epstein *et al.* (2001) relataram em seus estudos que os efeitos colaterais da radioterapia (RXT) na região de cabeça e pescoço sejam eles agudos ou crônicos têm impacto determinante na QV do paciente.

De Boer *et al.* (1999) realizaram uma revisão da literatura sobre questões de QV associadas às funções físicas e psicossociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço nos anos 1990. Os pesquisadores relataram que o câncer de cabeça e pescoço tem impacto importante na QV destes pacientes, sendo os problemas físicos mais freqüentemente relatados dificuldades na fala, boca e garganta seca, dor e dificuldade para engolir.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca e orofaringe, submetidos à cirurgia como modalidade principal de tratamento, decorridos seis a doze meses da assistência oncológica, identificando impactos na qualidade geral de vida, em aspectos específicos de QV relacionados a pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, e ainda em, aspectos ligados à deglutição e à voz.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, clínico, não-randomizado, empregando-se dados de prontuários médicos e de questionários específicos.

4.2. População do estudo

A população do estudo foi composta por 25 pacientes admitidos por carcinoma espinocelular de boca e orofaringe, tendo a cirurgia como modalidade principal de tratamento de todos os pacientes e com finalidade curativa. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia pelos cirurgiões de cabeça e pescoço Drs. Rogério Aparecido Dedivitis e André Vicente Guimarães nas seguintes instituições nosocomiais da cidade de Santos: Hospital Ana Costa, Casa de Saúde Santos, e a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

4.3. Critérios de Inclusão

Pacientes submetidos a tratamento oncológico com finalidade curativa, para carcinoma espinocelular de boca e orofaringe, tendo a cirurgia como modalidade principal de tratamento. Os pacientes eram de ambos os gêneros, de todas as classes sociais e origem étnica.

4.4. Critérios de Exclusão

Pacientes com menos de 6 meses ou mais de 12 meses decorridos do tratamento oncológico.

4.5. Instrumentos de observação

Dados gerais da população como: idade, gênero, etnia, grau de escolaridade, foram levados em consideração (Anexo 01). Observou-se também se o grupo havia realizado sessões de radioterapia, quimioterapia, uso de traqueostomia e sonda. Avaliou-se ainda se os pacientes eram portadores de algum tipo de prótese dentária e a adaptação da mesma, caso houvesse, e também se o mesmo estava em tratamento fonoaudiólogo. (Anexo 02).

Para avaliar a qualidade de vida foi empregado o *QLQ-C30* que é questionário de qualidade de vida composto de quinze domínios distribuídos em trinta questões (Anexo 03). Os quatorze primeiros domínios compreendem vinte e oito questões elaboradas com base na escala de *Likert*. Nessas questões as dificuldades para o desempenho das atividades diárias são avaliadas levando em consideração quatro categorias: (“não”, “pouco”, “moderadamente” e “muito”), contendo medidas simples e escalas de múltiplos itens.

Cada uma das escalas de múltiplos itens inclui diferente conjunto de questões. Nenhum item ocorre em mais de uma escala. O instrumento permite a mensuração dos principais sintomas dos pacientes: função física, função diária, dispnéia, insônia, perda de apetite, náuseas e vômitos, constipação,

diarréia, fadiga, dor, função emocional, função cognitiva, função social, dificuldades financeira e saúde global.

As medidas simples e escalas são transformadas aritmeticamente de modo a corresponder a uma variação de 0 a 100, por meio da aplicação da seguinte fórmula:

$$\left[1 - \frac{(\text{média} - 1)}{3} \right] \times 100$$

O *QLQ-C30* é composto de escalas funcionais, de três sintomas e de padrão geral de saúde distribuído em seis itens, sendo que os 2 últimos itens são referentes a saúde global com uma escala que vai de 1 a 7, sendo 1 correspondente a péssima e 7 correspondendo a ótima saúde.

São calculadas as medidas de tendência central. Os valores próximos a 100 equivalem à ausência de queixa, isto é, um alto nível de funções e qualidade de vida.

Foi aplicado também o *H&N35* que é um módulo específico para portadores de câncer de cabeça e pescoço (Anexo 04). O questionário contém 35 itens que abrangem aspectos funcionais específicos da cavidade oral, dificuldades pessoais, ou do convívio social (Bjordal *et al.* 2000). As questões dizem respeito a eventos como: dor, deglutição, sintomas, fala, comer socialmente, contato social, sexo, dentes, cheiro, paladar, saliva espessa, tosse e sentir-se doente, ocorridos e percebidos pelo paciente “durante a última semana”. A versão utilizada compreende 35 itens, onde os 30 primeiros itens são avaliados numa escala de *Likert* de quatro categorias (“nada”, “um pouco”,

“bastante” e “muito”), sendo os 5 (cinco) últimos itens numa escala nominal do tipo “sim” e “não”.

Todas as medidas simples e escalas são transformadas aritmeticamente de modo a corresponder a uma variação de 0 a 100, por meio da aplicação da seguinte fórmula:

$$\left[\frac{(\text{média} - 1)}{3} \right] \times 100$$

Para os 30 primeiros itens são calculadas as medidas de tendência central. Os valores próximos a zero equivalem à ausência de queixa, isto é, um alto nível de funções e qualidade de vida.

Um estudo para testar a confiabilidade e validade do módulo de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*) da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento de Câncer e do questionário principal da *EORTC (QLQ-C30)* foi conduzido com 622 pacientes com câncer de cabeça e pescoço de 12 países, onde os dois questionários foram bem aceitos pelos pacientes (Bjordal *et al.*, 2000)

O terceiro instrumento de qualidade de vida empregado foi o *Quality of Life Swallowing Disorders (SWAL-QOL)*. O questionário (Anexo 5), contém 44 questões que avaliam 10 domínios de qualidade de vida (fardo, desejo de alimentar-se, seleção dos alimentos, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga) específicos para as desordens de deglutição (disfagia) (McHorney *et al.*, 2001). Obtidas as respostas, os valores dos itens são convertidos numa pontuação variável de 0 a 100, o escore máximo para cada domínio. Após a conversão, os valores de cada resposta dentro de cada

domínio são somados para cada paciente e o resultado é então dividido pelo número de questões do referente domínio analisado, sendo a resultante, o valor do escore do domínio.

Por exemplo, para o domínio Fardo:

Modelo aplicado ao paciente:

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Difícilmente verdade	Nunca verdade
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior destruição de minha vida	1	2	3	4	5

Modelo da conversão da pontuação:

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Difícilmente verdade	Nunca verdade
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil	0	25	<u>50</u>	75	100
Meu problema de deglutição é a maior destruição de minha vida	0	<u>25</u>	50	75	100

Identificando o valor do Domínio Fardo:

Supondo que o paciente respondesse os valores assinalados (em destaque), o escore do domínio seria: $50 + 25 \div 2$ (número de questões do referido domínio) = 37,5.

O modelo de conversão da pontuação é feito de maneira que a pontuação equivalente corresponde a: sempre verdade (1=0), muitas vezes verdade (2=25), algumas vezes verdade (3=50), dificilmente verdade (4=75) e nunca verdade (5=100).

As questões referentes aos domínios sono e fadiga se encontram no questionário *SWAL-QOL* no mesmo quadro de perguntas apresentadas aos pacientes, sendo um total de cinco perguntas, duas correspondentes ao domínio sono e três ao domínio fadiga. A segunda e a quarta perguntas correspondem ao domínio sono e a primeira, terceira e quinta perguntas ao domínio fadiga. As normas para determinar o valor do escore seguem os mesmos princípios anunciados acima e exemplificados com o domínio fardo.

O escore final do questionário representa a somatória de todos os escores dos diferentes domínios, dividido pelo número dos domínios somados (n=10). Este questionário foi traduzido e adaptado para o português, seguindo regras de tradução e adaptação transcultural apresentadas por Costa Bandeira (2004).

O último questionário aplicado foi o *Voice Handicap Index (VHI)* ou Índice de Desvantagem Vocal (Anexo 6). É uma ferramenta com 30 questões que abrangem aspectos funcionais, físicos e emocionais relacionados aos distúrbios da voz divididos em três domínios. Sua pontuação varia de 0 a 40,

sendo zero o melhor escore e 40 o pior. Os escores são definidos pela soma de valores de cada domínio, podendo variar de 0 a 40. O escore final é determinado pela soma dos três domínios, podendo variar de 0 a 120, lembrando que quanto mais próximo do valor máximo, pior é a qualidade de vida.

4.6. Técnica de observação

Após identificação dos pacientes, foram agendadas, por telefone, entrevistas individuais, conforme disponibilidade dos mesmos. Na entrevista, cada paciente foi devidamente esclarecido das finalidades do trabalho em questão e, após a assinatura do Consentimento Pós-informado (Anexo 1), foi preenchida uma ficha geral e os questionários *QLQ-C30*, *H&N35*, *SWAL-QOL* e *VHI* (Anexos 3, 4, 5 e 6) foram aplicadas pelo pesquisador.

4.7. Aspectos éticos

Foram tomados os cuidados necessários para que nenhum paciente fosse exposto, tanto físico como moralmente, sendo que suas respostas ao questionário foram mantidas em segredo, aparecendo somente na estatística dos dados sem identificação.

O paciente não foi obrigado a participar do estudo. Sua decisão era livre e foi garantido que sua participação ou não em nada alteraria a qualidade da assistência oferecida.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Guilherme Álvaro em reunião de 14 de julho de 2003, com registro no CEP número 101.

4.8. Análise dos dados

Os questionários foram numerados e os dados coletados foram transferidos para uma planilha eletrônica *Microsoft Excel for Windows*, versão 7.0. Para cada questionário foram criadas as fórmulas previstas para a apuração dos domínios e do escore final. Por exemplo: o questionário *QLQ-C30* é composto de 30 itens correspondentes a 15 domínios. Para o cálculo do domínio função física, os valores obtidos correspondentes aos 5 itens foram somados. Em seguida, o valor foi dividido pelo número de itens obtendo-se a média do domínio. Para a apuração da medida incluída na escala de 0 a 100, foi necessário aplicar na planilha eletrônica a fórmula mencionada na página 24. O material foi transformado em arquivo *Dbase* e analisado com o auxílio dos aplicativos *Epi-Info 6.04b* e *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.0*. Com o auxílio desses aplicativos foram apuradas as seguintes medidas descritivas: média desvio padrão, amplitude da variação e as separatrizes (primeiro quartil, mediana e terceiro quartil).

Para medir a influência da radioterapia nos diferentes domínios da qualidade de vida foi efetuada a análise estatística dos valores das medidas na escala de 0 a 100, empregando-se o teste de *Mann-Whitney* para comparação dos valores medianos. Para apurar as diferenças entre os pacientes submetidos ou não a radioterapia, relativas aos cinco últimos itens do questionário *H&N35* correspondentes a uma escala nominal, foi aplicado o Teste Exato de *Fisher*. Valores de p entre 0,10 e 0,05 foram considerados como indicativos de tendência de diferença estatisticamente significativa.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

No período de setembro de 2004 a abril de 2005, foram identificados 30 pacientes que atenderam aos critérios de seleção, desses foram entrevistados 25 pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular (CEC), em boca e orofaringe, tratados em três entidades hospitalares do Município de Santos.

Algumas características sócio-demográficas estão apresentadas na Tabela 1. Pode-se observar o predomínio de pacientes de cor branca (80%) e do sexo masculino (64%). Cerca de metade dos pacientes (44%) pertenciam à faixa etária de 64 a 74 anos. Dos 25 pacientes, 13 tinham cursado até o 1º grau e o restante estava distribuído entre o 2º e o 3º graus.

Tabela 1
Distribuição da população do estudo de acordo com variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Categorias	N	%
Grupo etário	44 — 54	5	20
	54 — 64	4	16
	64 — 74	11	44
	74 —	5	20
Sexo	Feminino	9	36
	Masculino	16	64
Cor da pele	Branco	20	80
	Negro	2	8
	Amarelo	3	12
Escolaridade	≤ 1º grau completo	13	52
	≥ 2º grau incompleto e +	12	48
Total		25	100

A população do estudo, conforme a região e o local da lesão (Tabela 2), foi submetida a diferentes tipos de cirurgia e modalidades de tratamento. Dos 25 casos, 13 compreenderam lesão de cavidade oral, e 12, lesão de orofaringe. Os locais de início de lesão mais freqüentes foram soalho de língua e amídalas.

Tabela 2
Distribuição da população do estudo segundo região e local de início da lesão.

Região	Local da lesão	N
Cavidade oral	Borda língua	5
	Soalho de língua	8
Orofaringe	Base língua	1
	Retromolar	3
	Amídalas	8
Total		25

No Quadro 1, é mostrada a relação dos pacientes da população do estudo conforme as características do tratamento realizado. Em relação ao tipo de cirurgia, nove casos sofreram ressecção e cinco sofreram operação retromolar. Quanto à modalidade de tratamento, 16 casos foram submetidos à radioterapia, sendo que onze deles receberam radioterapia combinada à quimioterapia. Oito pacientes não necessitaram nenhuma dessas modalidades. Do total, doze pacientes fizeram uso de sonda para alimentar-se e seis sofreram traqueostomia.

Quadro 1

Relação dos pacientes e as características do tratamento realizado.

Pac	Órgão	Tipo de cirurgia	Local da lesão	Modalidades de tratamento				
3	boca	pelvecto	soalho				sonda	
5	orofaringe	lobecto	amigdala					
12	boca	pelveglo	soalho				sonda	fono
14	boca	glossecto	bordo de língua					
16	boca	glossecto	bordo de língua					fono
19	boca	pelvecto	soalho				sonda	fono
21	boca	pelvecto	soalho					
25	orofaringe	pelvecto	amigdala					
4	boca	pelvecto	bordo de língua		Quimio			
1	boca	pelvecto	soalho	pré-Rxt				fono
6	orofaringe	lobecto	amigdala	pré-Rxt				
9	boca	glossecto	bordo de língua	pós-Rxt			sonda	
10	boca	pelveglo	soalho	pós-Rxt				
23	orofaringe	oper. retromolar	retromolar	pós-Rxt			sonda	
7	boca	pelveglo	soalho	pré-Rxt	Quimio			fono
13	orofaringe	ressecção	amigdala	pré-Rxt	Quimio			
18	orofaringe	lobecto	amigdala	pós-Rxt	Quimio		sonda	fono
20	orofaringe	pelvecto	base de língua	pré-Rxt	Quimio			
22	boca	pelvecto	bordo de língua	pós-Rxt	Quimio		sonda	
2	boca	pelveglo	soalho	pós-Rxt	Quimio	Traqueo		fono
8	orofaringe	oper. retromolar	retromolar	pós-Rxt	Quimio	Traqueo	sonda	fono
11	orofaringe	oper. retromolar	amigdala	pós-Rxt	Quimio	Traqueo	sonda	fono
15	orofaringe	lobecto	amigdala	pós-Rxt	Quimio	Traqueo	sonda	fono
17	orofaringe	oper. retromolar	retromolar	pós-Rxt	Quimio	Traqueo	sonda	fono
24	orofaringe	pelvecto	amigdala	pós-Rxt	Quimio	Traqueo	sonda	fono

Legenda: Pac. = Pacientes; Oper. = Operação; Pelvecto = pelvectomia (operação tipo retromolar); Lobecto = lobectomia; Glossecto = glossectomia; Pelveglo = pelveglossectomia; RXT = radioterapia; Quimio = quimioterapia; Traqueo = traqueostomia; Fono = fonoaudiologia

Em relação às condições dentais, do total de 50 arcadas, 14 arcadas eram dentadas, sendo 4 na maxila e 10 na mandíbula. Do restante, 21 eram totalmente desdentadas e apresentavam prótese total (Tabela 3). Eram desdentados totais 10/25 pacientes e desdentados parciais (em uma das arcadas) 7/25 pacientes.

Tabela 3
Distribuição dos 25 pacientes segundo as condições das arcadas dentárias.

CONDIÇÕES DENTAIS	MAXILA	MANDÍBULA	N
Dentado	4	10	14
Prótese Fixa Múltipla	3	2	5
Prótese Parcial Removível	6	4	10
Prótese Total	12	9	21

Na Tabela 4 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *QLQ-C30*.

O *QLQ-C30* compreende três escalas distribuídas em 30 questões elaboradas para medir dificuldades para o desempenho de atividades de vida diária com base numa escala de *Likert* de quatro categorias (“não”, “pouco”, “moderadamente” e “muito”). As duas últimas questões referem-se à saúde geral numa escala de 1 a 7, sendo 1 correspondente à péssima e 7 correspondente à ótima condição.

Os valores médios e os medianos possuem significado distinto conforme o tipo de escala. Para os domínios da escala funcional e de saúde global, valores próximos a 100, indicam ausência de queixa. Para os domínios da escala de sintomas valores próximos 100, representam presença de queixa e comprometimento da qualidade de vida.

Tabela 4
Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida (QLQ-C30).

Domínio	Medidas descritivas				Separatrizes		
	N	Média	Desvio-padrão	Amplitude	Q25	Mediana	Q75
ESCALA FUNCIONAL							
FUNÇÃO FÍSICA	25	75,5	26,2	6,7-100,0	50,0	86,6	93,3
FUNÇÃO DIÁRIA	25	74,0	34,3	0,0-100,0	58,3	83,3	100,0
FUNÇÃO EMOCIONAL	25	70,3	29,5	16,6-100,0	54,1	75,0	95,8
FUNÇÃO COGNITIVA	25	79,9	30,4	0,0-100,0	83,3	83,3	100,0
FUNÇÃO SOCIAL	25	72,6	34,9	0,0-100,0	66,6	83,3	100,0
ESCALA SINTOMAS							
FADIGA	25	25,7	29,1	0,0-88,9	0,0	11,1	44,4
NÁUSEA/VÔMITO	25	6,7	12,7	0,0-50,0	0,0	0,0	16,6
DOR	25	26,6	30,8	0,0-100,0	0,0	16,6	50,0
DISPNEIA	25	16,0	25,6	0,0-66,7	0,0	0,0	33,3
INSÔNIA	25	25,3	33,7	0,0-100,0	0,0	0,0	66,6
PERDA DE APETITE	25	17,3	29,0	0,0-100,0	0,0	0,0	33,3
CONSTIPAÇÃO	25	13,3	21,5	0,0-66,6	0,0	0,0	33,3
DIARRÉIA	25	4,0	14,6	0,0-66,6	0,0	0,0	0,0
DIFICULDADE FINANCEIRA	25	16,0	32,0	0,0-100,0	0,0	0,0	16,6
SAÚDE GLOBAL	25	72,9	22,2	8,3-100,0	58,3	83,3	91,6

Em relação aos domínios da escala funcional, observaram-se valores médios e medianos elevados. Dos 5 (cinco) domínios relativos a escala funcional, notou-se maior comprometimento da qualidade de vida na função física e na função emocional em $\frac{1}{4}$ dos pacientes. Como pode ser observado o valor correspondente ao primeiro quartil desses domínios foi 50,0 e 54,1 respectivamente, em uma escala de 0 a 100.

Em relação da saúde global, verificou-se elevados valores, indicando leve comprometimento da qualidade de vida.

Quanto aos domínios da escala de sintomas, tanto os valores médios quanto os medianos, foram inferiores a 30, indicando um nível baixo de queixa. Entretanto, para $\frac{1}{4}$ dos pacientes notou-se valores iguais ou acima de 50,0, em uma escala de 0 a 100 nos domínios correspondentes a dor e insônia.

Na Tabela 5 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *QLQ-H&N35*. Apresenta 35 itens, onde os 30 primeiros itens têm por base a escala de *Likert* com quatro categorias (“nada”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), e os 5 (cinco) últimos itens têm o formato “sim” e “não”.

De modo geral, o impacto foi pequeno nos treze domínios. Para um quarto da população, notou-se forte comprometimento na qualidade de vida em cinco domínios. Conforme pode ser observado nos valores do terceiro quartil (Q75), foi nítido o impacto nos domínios relacionados à abertura de boca, saliva espessa, boca seca, sintomas (dificuldades com cheiro e ou paladar) e interesse por sexo. Nesses domínios os valores foram iguais ou superiores a 50.

Na Tabela 6 são apresentados os valores correspondentes aos domínios ligados à nutrição e ao uso de analgésicos relacionados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço.

Na Tabela 7 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *SWAL-QOL*, um questionário específico para distúrbios da deglutição, constituído de 44 questões elaboradas para medir 10

domínios de qualidade de vida. Os valores foram convertidos numa pontuação variável de “0” a “100”, onde 0 corresponde a um escore ruim e 100 a um escore bom, sendo 100, o escore máximo para cada domínio. O escore final do questionário representa a somatória de todos os escores dos diferentes domínios dividida pelo número de domínios. O domínio saúde é uma auto-classificação do estado do paciente contendo cinco categorias (“ruim”, “regular”, “boa”, “muito boa” e “excelente”).

Tabela 5

Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios (30 primeiros itens) de qualidade de vida específicos para portadores de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*).

Domínio	Medidas descritivas						
	N	Média	Desvio Padrão	Amplitude	Separatrizes		
					Q25	Mediana	Q75
DOR	25	16,3	18,4	0,0-66,6	0,0	8,3	29,1
DEGLUTIÇÃO	25	23,9	22,4	0,0-66,6	0,0	25,0	45,8
PROBLEMAS COM DENTES	25	18,6	34,8	0,0-100,0	0,0	0,0	33,3
ABERTURA BOCA	25	29,3	33,8	0,0-100,0	0,0	33,3	66,6
BOCA SECA	25	44,0	40,5	0,0-100,0	0,0	33,3	83,3
SALIVA ESPESSA	25	33,3	39,7	0,0-100,0	0,0	0,0	66,6
SINTOMAS	25	26,0	28,9	0,0-83,3	0,0	16,6	50,0
TOSSE	25	23,9	34,0	0,0-100,0	0,0	0,0	33,3
ROUCO	25	17,3	25,7	0,0-66,6	0,0	0,0	33,3
COMER SOCIALMENTE	25	22,0	24,1	0,0-75,0	0,0	16,6	41,6
PROBLEMAS FALAR	25	22,6	22,1	0,0-66,6	0,0	22,2	38,8
CONTATO SOCIAL	25	14,6	20,0	0,0-80,0	0,0	6,6	26,6
INTERESSE SEXO	25	44,6	44,0	0,0-166,6	0,0	33,3	75,0

Tabela 6

Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios ligados à nutrição e ao uso de analgésicos relacionados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*).

Domínio	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
TOMOU MEDICAMENTOS PARA DOR	14	56,0	11	44,0	25	100,0
TOMOU SUPLEMENTO ALIMENTAR	13	52,0	12	48,0	25	100,0
ALIMENTOU-SE POR TUBO	16	64,0	9	36,0	25	100,0
PERDEU PESO	17	68,0	8	32,0	25	100,0
GANHOU PESO	14	56,0	11	44,0	25	100,0

Dos 10 domínios estudados, notou-se um comprometimento da qualidade de vida em 2 deles (Tabela 7). Conforme pode ser observado nos valores do primeiro quartil (Q25), foi nítido o impacto nos domínios relacionados à seleção de alimentos e função social.

Tabela 7

Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em deglutição (*SWAL-QOL*).

Domínio	N	Média	Desvio Padrão	Amplitude	Separatrizes		
					Q25	Mediana	Q75
FARDO	25	66,0	37,4	0,0-100,0	31,2	75,0	100,0
DESEJO ALIMENTAR	25	67,1	29,9	20,0-100,0	35,0	70,0	100,0
FREQUENCIA SINTOMAS	25	65,5	25,9	26,9-100,0	38,4	55,7	91,3
SELEÇÃO ALIMENTOS	25	62,0	32,8	12-100,0	25,0	75,0	94,2
COMUNICAÇÃO	25	69,5	29,1	12,5-100,0	43,7	75,0	100,0
MEDO	25	75,5	22,7	25,0-100,0	56,2	75,0	100,0
SAÚDE MENTAL	25	69,7	37,4	0,0-100,0	50,0	93,7	100,0
FUNÇÃO SOCIAL	25	64,2	39,4	0,0-100,0	25,0	80,0	100,0
SONO	25	74,5	23,8	25,0-100,0	50,0	75,0	100,0
FADIGA	25	75,6	22,7	33,3-100,0	62,4	75,0	100,0
ESCORE FINAL	25	68,0	25,0	24,0-100,0	43,4	73,5	90,2
SAÚDE	25	2,7	0,89	1-5	2,0	3,0	3,0

Na Tabela 8 são apresentados os valores relativos aos domínios mensurados por meio do *VHI*. O questionário é constituído de 30 questões que abrangem três domínios relacionados aos distúrbios da voz, onde sua pontuação varia de “0” a “40”, sendo “0” o melhor escore e “40” o pior sendo o escore máximo para cada domínio.

O escore final é determinado pela soma dos três domínios, podendo variar de “0” a “120”, lembrando que quanto mais próximo do valor máximo, pior é a qualidade de vida.

Nos três domínios estudados, considerando a população do estudo como um todo, não foi notado significativo comprometimento da qualidade de vida em desordem da voz. Tanto os valores médios como os medianos foram inferiores a 10, uma medida que representa um quarto da escala de impacto.

Do ponto de vista individual, 2/25 pacientes apresentaram valores acima de 20 nos domínios funcional e físico. No domínio funcional apenas um caso foi encontrado nesta condição. No primeiro, a dificuldade de ser entendido em lugares barulhentos foi o aspecto de maior queixa. No domínio físico, a dificuldade para emitir a voz representou a queixa principal. Em termos do escore final 4/25 pacientes apresentaram valores acima de 40, que representa mais de um terço da medida na escala de impacto.

Tabela 8
Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em voz (VHI).

Domínio	N	Medidas descritivas					
		Média	Desvio Padrão	Amplitude	Separatrizes		
					Q25	Mediana	Q75
FUNCIONAL	25	7,1	8,3	0-28	0,0	5,0	15,5
FÍSICO	25	5,8	7,0	0-23	0,0	4,0	9,0
EMOCIONAL	25	3,6	5,7	0-20	0,0	0,0	7,5
ESCORE FINAL	25	16,6	19,4	0-65	0,0	8,0	26,5

Os resultados das medidas de qualidade de vida observados no grupo de pacientes que foram submetidos à radioterapia foram comparados com os valores do grupo que não necessitou dessa modalidade terapêutica.

Na Tabela 9 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *QLQ-C30* segundo o tratamento radioterápico.

Dos quinze domínios estudados, notou-se tendência de comprometimento da qualidade de vida no domínio perda de apetite no grupo submetido ao tratamento oncológico incluindo a radioterapia. Os valores de “p” foram inferiores 0,10 nesse domínio, indicando tendência de diferença estatisticamente significativa.

Tabela 9

Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios de qualidade de vida (*QLQ-C30*) com e sem tratamento radioterápico.

Domínio	RXT	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Valor de "p"
ESCALA FUNCIONAL						
FUNÇÃO FÍSICA	Não	9	76,3	23,4	86,7	
	Sim	16	75,0	28,3	86,7	0,937
FUNÇÃO DIÁRIA	Não	9	74,1	39,2	100,0	
	Sim	16	73,9	32,8	83,3	0,763
FUNÇÃO EMOCIONAL	Não	9	78,7	27,0	91,7	
	Sim	16	65,7	30,7	75,0	0,329
FUNÇÃO COGNITIVA	Não	9	81,5	31,7	83,3	
	Sim	16	79,2	30,8	91,7	0,976
FUNÇÃO SOCIAL	Não	9	74,0	39,2	100,0	
	Sim	16	71,9	33,8	83,3	0,571
ESCALA DE SINTOMAS						
FADIGA	Não	9	34,6	34,7	33,3	
	Sim	16	20,1	25,3	11,1	0,367
NÁUSEA / VÔMITO	Não	9	9,2	16,9	-	
	Sim	16	5,2	10,0	-	0,615
DOR	Não	9	35,1	40,3	16,7	
	Sim	16	21,9	24,1	16,7	0,617
DISPNEIA	Não	9	18,5	29,4	-	
	Sim	16	14,6	24,2	-	0,810
INSÔNIA	Não	9	22,2	28,9	-	
	Sim	16	27,1	37,0	-	0,897
PERDA DE APETITE	Não	9	3,7	11,1	-	
	Sim	16	25,0	33,3	16,7	0,052
CONSTIPAÇÃO	Não	9	22,2	23,6	33,3	
	Sim	16	8,3	19,2	-	0,078
DIARRÉIA	Não	9	11,1	23,6	-	
	Sim	16	-	-	-	0,054
DIFICULDADE FINANCEIRA	Não	9	14,8	33,8	-	
	Sim	16	16,7	32,2	-	0,880
SAÚDE GLOBAL	Não	9	71,3	17,2	66,7	
	Sim	16	74,0	25,1	83,3	0,509

Na Tabela 10 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *QLQ-H&N35* em relação ao tratamento radioterápico.

Comparando-se os valores médios e medianos observados no grupo submetido à radioterapia em relação ao grupo que não necessitou dessa modalidade terapêutica, notaram-se diferenças estatisticamente significativas em 6 domínios, nos quais houve relevante impacto na qualidade de vida. Os valores medianos aumentaram na deglutição de 0,0 a 33,3 ($p=0,009$); na abertura de boca de 0,0 a 33,3 ($p=0,014$); na espessura da saliva de 0,0 a 50,0 ($p=0,070$); nos sintomas relacionados ao olfato e ao paladar de 0,0 a 41,7 ($p<0,000$); em comer socialmente de 0,0 a 33,3 ($p<0,000$); e nos problemas para falar de 0,0 a 22,2 ($p=0,016$).

Em relação aos cinco últimos domínios (Tabela 11) foi observada diferença estatisticamente significativa somente para uso de suplementação alimentar. A proporção de pacientes que fizeram uso de suplementação alimentar aumentou de 11,1% para 31,2% entre aqueles submetidos à radioterapia ($p=0,008$).

Na tabela 12 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *SWAL-QOL* em relação ao tratamento radioterápico.

Comparando-se os valores médios e medianos observados no grupo submetido à radioterapia em relação ao grupo que não necessitou dessa modalidade terapêutica, notou-se tendência de diferença estatisticamente significativa apenas no domínio sono. Nele houve relevante aumento do impacto na qualidade de vida: o valor mediano aumentou no domínio *sono* de 65,3 a 79,7 ($p=0,082$).

Tabela 10

Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios ligados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço (*QLQ-H&N35*) com e sem a realização do tratamento radioterápico.

Domínio	RXT	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Valor de "p"
DOR	Não	9	9,3	10,6	8,3	
	Sim	16	20,3	20,9	16,7	0,240
DEGLUTIÇÃO	Não	9	7,4	16,4	-	
	Sim	16	33,3	20,2	33,3	0,009
PROBLEMAS COM DENTES	Não	9	14,8	24,2	-	
	Sim	16	20,8	40,1	-	0,886
ABERTURA BOCA	Não	9	7,4	14,7	-	
	Sim	16	41,7	35,5	33,3	0,014
BOCA SECA	Não	9	29,6	42,3	-	
	Sim	16	52,1	38,5	66,7	0,176
SALIVA ESPESSA	Não	9	14,8	33,8	-	
	Sim	16	43,8	39,9	50,0	0,070
SINTOMAS	Não	9	-	-	-	
	Sim	16	40,7	26,5	41,7	0,000
TOSSE	Não	9	33,3	40,8	33,3	
	Sim	16	18,7	29,7	-	0,343
ROUCO	Não	9	18,5	24,2	-	
	Sim	16	16,7	27,2	-	0,690
COMER SOCIALMENTE	Não	9	1,9	5,5	-	
	Sim	16	33,3	23,2	33,3	0,000
PROBLEMAS PARA FALAR	Não	9	8,6	12,1	-	
	Sim	16	30,5	22,8	22,2	0,016
CONTATO SOCIAL	Não	9	5,9	9,1	-	
	Sim	16	19,5	22,8	13,3	0,112
INTERESSE EM SEXO	Não	9	44,4	55,3	33,3	
	Sim	16	44,8	38,3	33,3	0,750

Na tabela 13 são apresentados os valores relativos aos domínios contidos no instrumento *VHI* em relação ao tratamento radioterápico.

Tabela 11

Medidas descritivas da população do estudo segundo domínios ligados à nutrição e ao uso de analgésicos relacionados à qualidade de vida para portadores de câncer de cabeça e pescoço com e sem a realização do tratamento radioterápico (QLQ-H&N35).

Domínio	RXT	Não		Sim		Total	Valor de p*
		N	%	%	%		
TOMOU ANALGÉSICOS	Não	9	55,6	44,4	100,0	0,648	
	Sim	16	56,3	43,8	100,0		
TOMOU SUPLEMENTO ALIMENTAR	Não	9	88,9	11,1	100,0	0,008	
	Sim	16	68,8	31,2	100,0		
ALIMENTOU-SE POR TUBO	Não	9	22,2	77,8	100,0	0,264	
	Sim	16	43,8	54,3	100,0		
PERDEU PESO	Não	9	11,1	88,9	100,0	0,107	
	Sim	16	43,8	56,2	100,0		
GANHOU PESO	Não	9	33,3	66,7	100,0	0,352	
	Sim	16	50,0	50,0	100,0		

* Teste Exato de Fisher

Comparando-se os valores médios e medianos observados no grupo submetido à radioterapia em relação ao grupo que não necessitou dessa modalidade terapêutica, notaram-se diferenças estatisticamente significativas em dois domínios, nos quais houve relevante aumento do impacto na qualidade de vida: os valores medianos diminuíram no domínio funcional de 10,4 a 5,2 ($p=0,024$); no físico de 9,0 a 4,1 ($p=0,070$). Em termo de escore final houve uma redução estatisticamente significativa de 23,5 a 12,7 ($p=0,036$).

Tabela 12
 Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em disfagia (*SWAL-QOL*) com e sem a realização do tratamento radioterápico.

Domínio	RXT	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor de p
FARDO	Não	9	80,5	32,0	100,0	
	Sim	16	57,8	38,7	62,5	0,116
DESEJO ALIMENTAR	Não	9	73,3	25,9	70,0	
	Sim	16	63,6	32,2	67,5	0,439
FREQUENCIA SINTOMAS	Não	9	73,9	20,7	75,0	
	Sim	16	13,1	27,9	51,9	0,198
SELEÇÃO ALIMENTOS	Não	9	65,4	34,8	75,0	
	Sim	16	60,1	32,7	50,0	0,774
COMUNICAÇÃO	Não	9	77,8	21,4	87,5	
	Sim	16	64,8	32,3	62,5	0,469
MEDO	Não	9	82,6	18,1	75,0	
	Sim	16	71,5	24,6	75,0	0,307
SAÚDE MENTAL	Não	9	86,8	21,3	100,0	
	Sim	16	60,1	41,6	62,5	0,195
FUNÇÃO SOCIAL	Não	9	72,2	37,8	100,0	
	Sim	16	59,7	40,8	62,5	0,489
SONO	Não	9	65,3	18,5	75,0	
	Sim	16	79,7	25,4	93,7	0,082
FADIGA	Não	9	72,2	18,2	75,0	
	Sim	16	77,6	25,2	87,5	0,356
ESCORE FINAL	Não	9	10,4	6,3	9,0	
	Sim	16	5,2	8,9	0,5	0,380
SAÚDE	Não	9	2,55	0,7	2,0	
	Sim	16	2,8	0,9	3,0	0,467

Tabela 13

Medidas descritivas da população de estudo segundo domínios de qualidade de vida em relação à voz (VHI) com e sem realização do tratamento radioterápico.

Medidas descritivas						
Domínio	RXT	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Valor de "p"
FUNCIONAL	Não	9	10,4	6,3	9,0	0,024
	Sim	16	5,2	8,9	0,5	
FÍSICO	Não	9	9,0	8,5	6,0	0,070
	Sim	16	4,1	5,8	-	
EMOCIONAL	Não	9	4,1	5,2	3,0	0,354
	Sim	16	3,4	6,1	-	
ESCORE FINAL	Não	9	23,5	17,7	16,0	0,036
	Sim	16	12,7	19,9	1,0	

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A avaliação da QV é uma questão complexa envolvendo aspectos gerais e específicos sobre diferentes domínios (falar, dor, deglutir, etc.), os quais podem ser examinados segundo diferenciais por grupos de classificação sócio-demográfica e condições clínicas, entre outras variáveis. Nesse sentido, podem ser planejados estudos mais simples voltados à avaliação específica de um ou mais desses itens, até investigações mais complexas envolvendo o delineamento de modelos multivariados para analisar o efeito das diferentes dimensões de QV (Cohen 1997).

Na presente pesquisa, entretanto, optou-se por um estudo transversal, clínico, não-randomizado, empregando-se informações de prontuários médicos e dados colhidos por meio de questionários de QV .

A qualidade de vida pode ser avaliada de forma genérica, ou seja, para diferentes enfermidades (Hobart *et al.* 2002) ou de forma mais específica na qual são empregados questionários especialmente formulados para cada tipo de doença ou região afetada, como por exemplo, para o câncer de cabeça e pescoço: *EORTC-H&N35*, *UWQOL*, *H&NS*, *PSS-HN* e *FACT-HN* (List *et al.* 1990; Fisher *et al.* 2003).

Neste estudo, foram utilizados os questionários da *EORTC*, devido ao número de testes a que os instrumentos foram submetidos, aos resultados obtidos, e por ser o questionário com o maior número de traduções em diversos idiomas, indicando sua aceitabilidade entre os pesquisadores. Foram empregados o *QLQ-C30* para avaliar a qualidade de vida de ordem geral, *H&N-*

35 específico para portadores de câncer de cabeça e pescoço, o *SWALL-QOL* para medir disfagia e o *VHI* para disfunção vocal.

Projetos de novos estudos também podem vir a considerar uma avaliação longitudinal dos pacientes que apresentem tumores com características semelhantes do ponto de vista da localização anatômica e/ou do tratamento efetuado. Essas opções propiciariam um esquema de pesquisa adequado à avaliação das mudanças clínicas que ocorrem antes, durante e após as intervenções terapêuticas (Matias 2005).

Foram pesquisados 25 pacientes com seis meses a um ano de tratamento oncológico na cidade de Santos no período de setembro de 2004 a abril de 2005. Cerca de metade dos pacientes pertenciam à faixa etária de 64 a 74 anos de idade, com predomínio de pacientes leucoderma e do gênero masculino. Eram desdentados totais 10/25 pacientes e desdentados parciais (em uma das arcadas) 7/25 pacientes. Todos foram admitidos por carcinoma espinocelular de boca e orofaringe, tendo como modalidade principal de tratamento a cirurgia, sendo que 16 pacientes realizaram sessões de radioterapia.

Informações como estadiamento da lesão, número de cirurgias, quantidade de RXT, entre outras, não foram analisadas devido à incompletude dos dados e à fonte variada dos sujeitos provenientes de diferentes unidades hospitalares.

A realização de radioterapia por 16/25 dos pacientes permitiu a comparação das estimativas em termos de impacto de qualidade de vida. Entretanto, o número pequeno de pacientes em cada grupo exige que os valores sejam discutidos com cautela considerando-os de caráter aproximativo.

O *QLQ-C30* compreende três escalas (funcional, de sintomas e saúde geral) distribuídas em 30 questões.

Em relação aos domínios da escala funcional, observaram-se valores médios e medianos elevados correspondentes a uma boa QV.

Schliephake *et al.* (1996) demonstrou em seu estudo um aumento significativo na qualidade de vida durante o primeiro ano após o tratamento cirúrgico de câncer oral.

Dos cinco domínios relativos a escala funcional, notou-se maior comprometimento da qualidade de vida na função física e na função emocional em $\frac{1}{4}$ dos pacientes. Como pode ser observado, o valor correspondente ao primeiro quartil desses domínios foi 50,0 e 54,1 respectivamente, em uma escala de 0 a 100 indicativos de QV prejudicada.

Quanto aos domínios da escala de sintomas, tanto os valores médios quanto os medianos, foram inferiores a 30, indicando um nível baixo de queixa. Entretanto, para $\frac{1}{4}$ dos pacientes notaram-se valores iguais ou acima de 50,0, em uma escala de 0 a 100 nos domínios correspondentes à dor e insônia.

Epstein *et al.* (1999) relataram que a reclamação mais comum foi à dor, sendo reportada por aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos pacientes e interferindo com as atividades diárias.

Resultados publicados por Fayers *et al.* (2000) sobre um determinado número de funções e sintomas, mostraram mudanças significativas durante um curto espaço de tempo, correspondente a trajetória do tratamento. Em particular, fadiga e problemas relacionados a comer foram relatados mais freqüentemente.

De Graeff *et al.* (1999) descreveram um aumento significativo da fadiga, deterioração das funções físicas e atividades funcionais, incluindo diferenças entre os sexos para algumas das escalas do *QLQ-C30* (fadiga, dor, funções físicas, emocionais e funcionais). Foi notado nas mulheres, piora nas pontuações expressa por altos valores na escala de sintomas, e baixos valores na escala funcional, representando agravamento da QV. A idade não teve influência na maioria dos domínios com exceção da fadiga, funções físicas, comer socialmente e fala, sendo que os pacientes de idade avançada tiveram piores resultados.

Shepherd *et al.* (2004) concluíram que houve mudanças distintas dos pacientes em períodos curtos de tempo do tratamento, sendo tais modificações de QV, similares às apresentadas em outros estudos. As mudanças têm sido reconhecidas clinicamente, mas é importante que tenhamos evidências empíricas sobre o efeito da QV no paciente, em particular, como um impacto físico do tratamento influencia a experiência social e psicológica dos pacientes.

Jamil *et al.* (2002) avaliaram 83 pacientes (56 homens e 27 mulheres) admitidos no hospital com câncer em cavidade oral e orofaringe, que receberam somente tratamento cirúrgico, e foi observada uma queda na função física e atividades diárias após os três meses iniciais seguida de melhora até o final do período. A função emocional aumentou constante e significativamente ao longo do período ($p=0,031$). As funções cognitiva e social não apresentaram mudanças significativas entre os pontos extremos do período. Sintomas de fadiga mostraram significativo aumento ao longo do período, enquanto náusea e vômitos mantiveram-se em baixos níveis de queixa. Dor decresceu ligeiramente, porém sem significado estatístico. Nenhuma mudança foi

observada com os sintomas de dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia. Problemas financeiros aumentaram significativamente ($p=0,01$) e permaneceram relevantes em comparação com o momento do pré-operatório.

Em relação à escala de saúde global, no presente estudo verificaram-se elevados valores, indicando leve comprometimento da qualidade de vida.

O instrumento *QLQ-H&N35*, apresenta 35 itens, abrangendo aspectos funcionais específicos da cavidade oral (12 itens), dificuldades pessoais e de convívio social (18 itens) e cinco itens dicotômicos relacionados ao uso de analgésicos, suplementação alimentar, tubo e perda/ganho de peso.

De modo geral, o impacto foi pequeno nos treze domínios. Para um quarto da população do estudo, notou-se forte comprometimento na qualidade de vida em cinco domínios. Conforme pode ser observado nos valores do terceiro quartil (Q75), foi nítido o impacto nos domínios relacionados à abertura de boca, saliva espessa, boca seca, sintomas (dificuldades com cheiro e ou paladar) e interesse por sexo. Nesses domínios os valores foram iguais ou superiores a 50.

De Graeff *et al.* (1999) observaram aumento no impacto, prejudicando interesse por sexo, comer socialmente e sintomas (paladar/cheiro) no questionário da *EORTC (H&N35)*, onde os pacientes foram vistos aos seis meses com tendência de melhora aos doze meses.

Jamil *et al.* (2002) verificaram que embora o contato social tenha aumentado para valores próximos ao pré-operatório, a dificuldade para comer na presença de outras pessoas permaneceu piorada após um ano. Dificuldades com deglutição, alimentação através de tubo e perda de peso

aumentaram, mas decresceram até o fim do período de observação. Problemas com nutrição e fonação aumentaram nos três primeiros meses e a melhora obtida apresentou valores inferiores aos níveis observados no pós-operatório ($p=0,011$).

O instrumento *SWAL-QOL* é um questionário específico para desordens da deglutição, constituído de 44 questões. Dos 10 domínios estudados, notou-se um comprometimento da qualidade de vida em dois deles. Conforme pode ser observado nos valores do primeiro quartil (Q25), foi nítido o impacto nos domínios relacionados à seleção de alimentos e função social.

Zuydam *et al.* (2000) observaram que a função de deglutição de alguns dos pacientes mudou no decorrer dos primeiros seis meses após a cirurgia. Notaram-se melhorias na função em alguns pacientes durante os primeiros três meses após a cirurgia. Todos os pacientes estudados além deste período até seis meses, tiveram também a radioterapia, portanto, não foi possível chegar a uma conclusão baseada somente na recuperação da cirurgia. Em nenhum caso, a função voltou ao normal até seis meses, e tem deteriorado obviamente em função do tratamento por radiação.

Ekberg *et al.* (2002) relataram que os pacientes, freqüentemente se referem à limitação, a dificuldades e até mesmo impedimentos, tanto de natureza física como emocional, social ou profissional, devido ao distúrbio de disfagia, sendo freqüente que tais alterações não sejam adequadamente reconhecidas, diagnosticadas e tratadas.

Costa Bandeira (2004) avaliando 29 pacientes portadores de tumor de língua obteve um escore final mediano de 83,5 sendo que os demais domínios apresentaram valores iguais ou superiores a 87,5 caracterizando baixo impacto

na QV. No presente estudo, o escore final mediano observado foi 73,5. Os domínios apresentaram valores iguais ou superiores a 70,0, configurando também ligeiro impacto na QV.

O questionário *VHI* é constituído de 30 questões que abrangem três domínios relacionados aos distúrbios da voz (Jacobson *et al.* 1997). Este questionário foi utilizado por se tratar do único na área de fonoarticulação, validado para o português (Jotz e Dorneles 2000).

Nos três domínios estudados, considerando a população do estudo como um todo, não foi notado significativo comprometimento da qualidade de vida em desordem da voz. Tanto os valores médios como os medianos, foram inferiores a 10, uma medida que representa um quarto da escala de impacto.

Do ponto de vista individual, 2/25 pacientes apresentaram valores acima de 20 nos domínios funcional e físico. No domínio funcional apenas um caso foi encontrado nesta condição. No primeiro, a dificuldade de ser entendido em lugares barulhentos foi o aspecto de maior queixa. No domínio físico, a dificuldade para emitir a voz representou a queixa principal. Em termos do escore final, 4/25 pacientes apresentaram valores acima de 40, que representa mais de um terço da medida na escala de impacto.

Kowalski *et al.* (2000) relataram que em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico e/ou radioterápico do câncer de cabeça e pescoço, abrangendo possíveis reconstruções, dependendo da localidade da estrutura envolvida, podem ser esperadas modificações da fisiologia da voz e da deglutição.

No presente estudo, foi possível explorar a influência da RXT na QV da população do estudo. De modo geral, os resultados mostraram que dos quinze domínios estudados, notou-se tendência de comprometimento da qualidade de vida no domínio perda de apetite no grupo submetido ao tratamento oncológico incluindo a radioterapia. Os valores de “p” foram inferiores 0,10 nesse domínio, indicando tendência de diferença estatisticamente significativa.

De Graeff *et al.* (2000) verificaram que os pacientes com tumor em cavidade oral e orofaringe, submetidos à cirurgia seguida de RXT, tiveram pior escore no intervalo de seis meses após o tratamento para o domínio fala (QLQ-C30) do que pacientes não irradiados.

Gritz *et al.* (1999) e Epstein *et al.* (2001) relataram em seus estudos que os efeitos colaterais da radioterapia (RXT) na região de cabeça e pescoço sejam eles agudos ou crônicos têm impacto determinante na QV do paciente.

Hammerlid e Taft (2001); Parliament *et al.* (2004) disseram que o tempo mínimo de pós-tratamento foi definido a partir de estudos prévios, cujos resultados mostraram que escores voltam a apresentar valores próximos aos encontrados no pré-operatório após um ano de tratamento para câncer de cabeça e pescoço. Tais achados sugerem que o período crítico do tratamento passou, assim como os efeitos agudos da radioterapia e o término de um provável processo de reabilitação, ocorrendo adaptação e aceitação das possíveis seqüelas ainda existentes.

Fang *et al.* (2004) estudaram 102 novos pacientes com doença maligna, investigaram QV durante o prognóstico do tratamento de pacientes com avançado carcinoma de cabeça e pescoço, onde foram tratados primeiramente com RXT, utilizando a versão chinesa do questionário *QLQ-C30*, e completado

antes e durante a RXT, e tiveram como resultado durante a RXT os domínios: fadiga ($p=0,06$), e dor ($p=0,07$), tendo um significativo prognóstico para pacientes com avançado tratamento com radioterapia.

Shepherd e Fisher (2004) examinaram o impacto da cirurgia e RXT, e mostraram que houve significativa perda da função social e fadiga. De modo geral, podem ser esperadas alterações temporárias, com bons resultados após o processo de reabilitação, para os pacientes submetidos às cirurgias parciais. Para cirurgias totais, podem ser esperadas alterações mais severas em ambas as funções (Vicente *et al.* 1997; Rogers *et al.* 2002a).

Neste estudo, diferenças estatisticamente significativas foram notadas em 6 domínios, nos quais houve relevante aumento do impacto na qualidade de vida relacionada a pacientes portadores de câncer de boca e orofaringe. Os valores medianos aumentaram na deglutição de 0,0 a 33,3 ($p=0,009$); na abertura de boca de 0,0 a 33,3 ($p=0,014$); na espessura da saliva de 0,0 a 50,0 ($p=0,070$); nos sintomas relacionados ao olfato e ao paladar de 0,0 a 41,7 ($p=0,000$); em comer socialmente de 0,0 a 33,3 ($p=0,000$); e nos problemas para falar de 0,0 a 22,2 ($p=0,016$).

Em relação aos cinco últimos domínios foi observada diferença estatisticamente significativa somente para uso de suplementação alimentar. A proporção de uso de suplementação aumentou ($p=0,008$) no grupo submetido à radioterapia.

Terrel *et al.* (2004) relataram que pacientes com câncer oral tratados por cirurgia associada a RXT, tiveram baixos escores encontrados no domínio comer (*H&N35*). O mesmo resultado também foi encontrado para os domínios deglutição, comer socialmente, gustação e olfato, onde os escores foram

baixos para ambos os grupos de pacientes com cirurgia exclusiva ou associada à RXT para pacientes portadores de câncer oral e orofaringe (Costa Bandeira 2004). Shepherd e Fisher (2004) examinaram o impacto da cirurgia e RXT. Verificaram significativa piora em dor, engolir, comer na presença de outras pessoas e saliva pegajosa.

De Boer *et al.* (1999) utilizaram um questionário de auto-avaliação para analisar 133 pacientes com HNSCC (Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço), que foram tratados com cirurgia e/ou RXT, relataram que o câncer de cabeça e pescoço tem impacto importante na QV destes pacientes, com dificuldades na fala, boca e garganta seca, dor e dificuldade para engolir sendo os problemas físicos mais freqüentemente relatados. Tschudi *et al.* (2003) analisaram dados de QV e compararam pacientes submetidos somente à cirurgia com os submetidos à cirurgia mais radioterapia. Foram observadas diferenças significativas nos seguintes domínios: abertura de boca ($p=0,008$), boca seca ($p<0,0001$) e saliva espessa ($p=0,0005$).

De Graeff *et al.* (2000) compararam a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e verificaram que independentemente da região afetada (câncer de cavidade oral, orofaringe ou laringe), aqueles que receberam tratamento combinado (cirurgia e RXT) apresentaram mais sintomas e piora nas funções aos 6 e aos 12 meses.

Diferenças significativas também foram observadas para as escalas de sintomas de fonação, alimentar-se na presença de pessoas, contato social, boca seca e saliva espessa em pacientes com avançado carcinoma de cabeça e pescoço submetidos apenas à radioterapia (Fang *et al.* 2004).

Na literatura ainda não existem dados específicos sobre QV, com enfoque nos aspectos de voz e de deglutição de pacientes com câncer de boca. Foram encontrados alguns conceitos funcionais e domínios quanto à deglutição e à comunicação associados a outros aspectos de saúde dentro de questionários multidimensionais. Poucos trabalhos foram notados utilizando o questionário *SWAL-QOL*, sendo que dois deles compararam a qualidade de vida entre pacientes com e sem reconstrução palatomaxilar (Genden *et al.* 2003).

No presente estudo, comparando-se os valores médios e medianos, notou-se tendência de diferença estatisticamente significativa apenas no domínio sono. O valor mediano aumentou no domínio sono de 65,3 a 79,7 ($p=0,082$), deslocando-se na escala em direção a um maior comprometimento da qualidade de vida.

Costa Bandeira (2004) observou que os pacientes submetidos a RXT pós-operatória apresentaram escores inferiores comparado aos pacientes que não realizaram a RXT, revelando resultados com diferença estatística para os domínios fardo, desejo de se alimentar, freqüência dos sintomas, saúde mental e sono.

No grupo estudado, notaram-se diferenças estatisticamente significativas em dois domínios, nos quais houve maior impacto na qualidade de vida: os valores medianos diminuíram no domínio funcional de 10,4 a 5,2 ($p=0,024$); no físico de 9,0 a 4,1 ($p=0,070$). Em termo de escore final houve uma redução estatisticamente significativa de 23,5 a 12,7 ($p=0,036$).

Fisher *et al.* (2003) realizaram uma análise da qualidade de vida após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, e referiram que a radioterapia

mostrou impactos negativos, interferindo na habilidade dos pacientes para comer, deglutir e degustar após o tratamento. Quanto ao aspecto fala, não foi observado nenhum impacto negativo.

Langius *et al.* (1994) notaram que pacientes submetidos à cirurgia mostraram mais problemas com fala e aparência, contudo, menos dor do que os pacientes recebendo RXT. Pauloski *et al.* (1998) analisaram a fala e a deglutição de pacientes com câncer oral irradiados e não irradiados no pós-cirúrgico e encontraram que a radiação não produziu impacto sobre a fala. Apenas no fonema nasal uma significativa piora foi notada para os pacientes irradiados.

Costa Bandeira (2004) encontrou valores discretamente aumentados para os pacientes com tempo de pós-tratamento maior que 24 meses nos três diferentes domínios (funcional, físico e emocional) e no escore final. Embora não tenham sido observados valores com diferença estatística, a autora verificou baixos escores, ou seja, bons resultados para QV relacionada à voz após 1 (um) ano do tratamento cirúrgico. Relatou também não ter encontrado valores elevados no *VHI* e nenhum resultado com diferença estatística, comparando-se pacientes submetidos ou não à radioterapia, resultado semelhante ao presente estudo.

Embora seja difícil, é importante sublinhar que na interpretação dos resultados dos questionários, deve-se sempre separar significância estatística de significância clínica (Fayers *et al.* 2000). No que pese esse aspecto, é importante enfatizar a relevância dos resultados para orientar o planejamento de futuras pesquisas no país. O uso regular desse tipo de avaliação pode

produzir conhecimento científico sistemático sobre o impacto das aplicações terapêuticas, e contribuir para a orientação e condução dos tratamentos.

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados, pode-se concluir que, decorridos seis a doze meses do tratamento oncológico, a população do estudo:

1. Apresentou um leve comprometimento da qualidade geral de vida. Nos pacientes que foram submetidos à RXT, houve uma piora na QV nos domínios da escala de sintomas em perda de apetite ($p=0,052$), e melhora na constipação ($p=0,078$) e na diarreia ($p=0,054$).
2. Em relação a aspectos específicos de QV relacionados aos portadores de câncer de cabeça e pescoço, o impacto foi pequeno. Os pacientes submetidos à RXT, apresentaram maior impacto nos domínios deglutição ($p=0,009$), abertura de boca ($p=0,014$), saliva espessa ($p=0,070$), percepção de olfato e paladar ($p<0,000$), comer socialmente ($p<0,000$) e problemas para falar ($p=0,016$). Emprego de suplementação alimentar também foi maior nesses pacientes ($p=0,008$).
3. Quanto à deglutição, notou-se ligeiro comprometimento da QV. Nos pacientes submetidos à RXT, houve uma tendência de diferença estatisticamente significativa no domínio sono ($p=0,082$).
4. Não foi notado comprometimento da QV relacionada à desordem da voz, porém nos pacientes submetidos à RXT, o impacto na QV foi maior nos domínios funcional ($p=0,024$) e físico ($p=0,070$) com pior escore final ($p=0,036$).

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*. 1988;111:231-49.
2. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Rzavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85:365-76.
3. Araújo NS. Patologia Bucal. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F. *The European Ed Artes Médicas*. 1984;127-134.
4. August M, *et al.* Complications associated with therapeutics neck radiation. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996;54:1409-1415.
5. Bandeira AKC. Qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição após tratamento para câncer de língua. [Dissertação de Mestrado em Ciências] – *Fundação Antonio Prudente*, São Paulo, 2004.
6. Barbosa AMG. *Câncer: direito e cidadania. Informação que pacientes e familiares precisam ter em mente*. Ed. Bargaço, Recife, 2002.
7. Bayés R,. *Calidad de vida y cáncer infantil*. In: I Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar el Niños Oncológicos. 1993;147-54.
8. Bjordal K, Kaasa S. Psychometric validation of the EORTC Core Quality of life Questionnaire, 30 item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncol*. 1992;31(3):311-321.
9. Bjordal K, Kaasa S, Mastekaasa A. Quality of life in patients treated for head and neck cancer: A follow-up study 7 to 11 years after radiotherapy. *Int J Radiation Biol Phys*. 1994;28:847-56.
10. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, *et al.* Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the EORTC QLQ-H&N35. *J Clin Oncol*. 1999;17:1008-19.
11. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, van Pottelsberghe C, Curran D, Ahlner-Elmqvist M, Maher EJ, Meyza JW, Brédart A, Söderholm AL, Arraras JJ, Feine JS, Abendstein H, Morton RP, Pignon T, Huguenin P, Bottomly A, Kaasa S. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *Eur J Cancer*. 2000;36(14):1796-807.

12. Breitbart W, Holland J. Psychosocial aspects of head and neck cancer. *Seminars in Oncology*. 1988;15:61-9.
13. Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M.D. Anderson dysphagia inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127:870-6.
14. Chen JK, et al. Changing trends in oral cancer in The United States, 1935 to 1985: A Connecticut study. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991;49:1152-1158.
15. Cohen LK: The emerging field of oral health-related quality of life outcomes research. In: Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
16. Costa Neto SB. Os serviços de psico-oncologia da associação de combate ao câncer em Goiás. *A psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summ Editorial, 1998;85-130.
17. Costa Neto SB, Araújo TCCF, Curado MP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncol Bras*. 2000;20:96-104.
18. Costa-Neto S, Araújo TCCF, Curado MP. Avaliação da Qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira*. 2003; 1-21, (online) Art15/00: www.qualidadedevida.com.br/cancerdecabeçaepescoço.html
19. Dancey J, Zee B, Osoba D, et al. Quality of life scores: an independent prognostic variable in a general population of cancer patients receiving chemotherapy. The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Qual Life Res*. 1997;6:151-8.
20. De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JA, Ryckman RM. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;120:427-436.
21. De Graeff A, Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JA. A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. *Oral Oncol*. 1999;27(1):27-32.
22. De Graeff A, Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Wynand JGR, Winnubst JAM. Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer. *Head & Neck*. 2000;22:398-407.
23. Deleyannis FWB, Weymuller EA, Coltrera. Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III and IV) oropharyngeal cancer. *Head Neck*. 1997;19:466-73.
24. Drettner B, Ahlbom A. Quality of life and state of health for patients with cancer in the head and neck. *Acta Otolaryngol*. 1983;96:307-14.
25. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychologicological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17:139-46.

26. Epstein JB, Stewart KH. Radiation therapy and pain in patients with head and neck cancer. *Oral Oncol Eur J Câncer*. 1993;29B:191-9.
27. Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Stevenson-Moore P, Osoba D. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head and Neck Cancer*. 1999;21:1-11.
28. Espie CA, Freedlander E, Campsie LM, Soutar DS, Robertson AG. Psychological distress at follow-up after major surgery for intra-oral cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 1989;33:441-8.
29. Fang FM, Liu YT, Tang Y, Wang CJ, Ko SF. Quality of life as a survival predictor for patients with advanced head and neck carcinoma treated with radiotherapy. *Cancer*. 2004;100(2):425-32.
30. Fayers PM, Hand DJ, Bjordal K, Groenvold M. Causal indicators in quality of life research. *Quality of Life Reserch*. 1997;6:393-406.
31. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Curran D, Groenvold M. The EORTC QLQ-C30 Scoring manual, 2^a ed. Brussels: *European Organization for Research and Treatment of Cancer*;1999.
32. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Curran D, Groenvold M, Bottomley A. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3^a Edition). Published by: *European Organization for Research and Treatment of Cancer*; Brussels. 2001.
33. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. *Chichester*: John Wiley & Sons;2000.
34. Fisher J, Scott C, Scarantino CW, et al. Phase III quality of life study results: impact on patients quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head-and-neck cancer – RTOG 97-09. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003;56:832-836.
35. Fisher SE, Shepherd KL. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology*. 2004;40(7):751-7.
36. Fung K, Jeffrey E Terrel. *Outcomes Research in Head and Neck Cancer*. 2004;66:207-213.
37. Gamba A, Romano M, Grosso IM, et al. Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer. *Head and Neck*. 1992;14:218-23.
38. Genden EM, Okay D, Stepp MT, et al. Comparasion of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatamaxillary reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:775-80.
39. Glicklich RE, Goldsmith TA, Funk GF. Are head and neck specific quality of life measures necessary. *Head Neck*. 1997;19:474-80.
40. Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol*. 1999;17:352-60.

41. Grond S, Zech D, Lynch J, Diefenbach C, Schug SA, Lehmann KA. Validation of World Health Organization guidelines for pain relief in head and neck cancer. A prospective study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1993;102:342-8.
42. Hammerlid E, Taft C. Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *Br J Cancer*. 2001a;84:149-156.
43. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer: a longitudinal study. *Head Neck*. 2001b;23:113-25.
44. Hammerlid E, Bjordal K, Elmovist MA, Jannert M, Kaasa S, Sullivan M, Westin T. Prospective, longitudinal quality-of-life study of patients with head and neck cancer: A feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 1997;116(6):666-73.
45. Hassan SJ, Weymuller EA. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck*. 1993;15:485-96.
46. Hobart JC, Williams LS, Moran K, Thompson AJ. Quality of life measurement after stroke – uses and abuses of the SF-36. *Stroke* 2002;33:1348-56.
47. [INCA] Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.
48. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, *et al*. The voice handicap index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*. 1997;6:66-70.
49. Jamil MU, Schliephake H. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31:427-433.
50. Joel B Epstein, Nhu DLE, Peter Stevenson-Moore. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head and Neck Cancer*. 1999;21:1-11.
51. Jotz GP, Dornelles S. Auto-avaliação da voz: Voice Handicap Index. *Arq Médicos*. 2000;3:43-50.
52. Klug C, Neuburg J, Glaser C, Schwarz B, Kermer C, Millesi W. Quality of life 2-10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31:664-9.
53. Konstantinovic VS. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. *In J Cranio-Maxillofac Surg*. 1999;27(3):192-7.

54. Kowalski LP, Carvalho AL, Magrin J. Cirurgia reparadora em câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de Angelis E, Fúria CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo: *Lovise*. 2000;127-133.
55. Krutchkoff DJ. Oral Câncer: a survey of 586 cases from the University of Connecticut Oral Pathology Biopsy Service, 1975-1986. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990;70:192-8.
56. Langius A, Bjorvell H, Lind MG. Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head Neck*. 1994;16:559-68.
57. Lazarus CL, Logemann JA, Pauloski BR et al. Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope*. 1996;106:1157-66.
58. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*. 1990;66:564-9.
59. List MA Stracks J, Colangelo L, et al. How do head and neck cancer patients prioritize treatment outcomes before initiating treatment. *J Clin Oncol*. 2000;18:877-84.
60. Matias KS. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
61. McHorney CA, Bricker DE, Robbins J, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell KA. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*. 2000;15(3):122-33. Comment in: 2000 Summer;15(3):134-5.
62. McHorney CA, Bricker DE, Robbins J, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell KA, Logemann JA, Clarke C. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*. 2000;15(3):115-21. Comment in: *Dysphagia*. 2000 Summer;15(3):134-5.
63. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for orofaryngeal dysphagia in adults: III – Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17:97-114.
64. [MS] Ministério da Saúde. Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional. Rio de Janeiro. *Instituto Nacional do Câncer*. 1995;II.
65. Mohr C, Bohndorf W, Caestens J. Preoperative radiochemotherapy and radical surgery in comparison with radical surgery alone. A prospective, multicentric randomized DOESAK study of advanced squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx (a 3-year follow-up). *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1994;23:140-8.
66. Novaes PERS, D EC, B CL, M LF, K LP. *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. Editora Lozife. 2000;3:32-41.

67. [OMS] Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão, 1993. *Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português*. São Paulo, 1993.
68. Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85:663-73.
69. Pauloski BR, Logemann JA, Rademaker AW et al. Speech and swallow function after anterior tongue resection with distal flap reconstruction. *J Speech Hear Res*. 1993;36:267-76.
70. Pauloski BR, Logemann JA, Rademaker AW et al. Speech and swallow function after oral and oropharyngeal resections: one year followup. *Head Neck*. 1994;16:313-22.
71. Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Colangelo LA. Speech and swallowing in irradiated and nonirradiated postsurgical oral cancer patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118:616-24.
72. Parliament MB, Scrimger RA, Anderson SG, et al. Preservation of oral health-related quality of life and salivary flow rates after inverse-planned intensity-modulated radiotherapy (IMRT) for head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004;58:663-73.
73. Radford K, Woods H, Lowe D, Rogers SN. A UK multi-centre pilot study of speech and swallowing outcomes following head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2004;29(4):376-81.
74. Rampling T, King H, Mais KL, et al. Quality of life measurement in the head and neck cancer radioterapy clinic: is it feasible and worthwhile. *Clin Oncol (R Coll a Radiol)*. 2003;15:205-210.
75. Rapaport A, Amar A, Franzi SA, Bisordi C, Lehn CN. Quality oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993; 85:365-376. Of life and prognosis of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2002; 68(3).
76. Richard LH, James LH, Anne MM, Peter ML, Katherine BM, Bruce HC. Psychosocial effects in long-term head and neck cancer survivors. *Head Neck*. 2005;27:281-288.
77. Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brow JS, Vaughan ED. A comparison between the University of Washington Head and Neck Disease-Specific measure and the Medical Short Form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC Head and Neck 35. *Oral Oncol*. 1998;34(5):361-72.
78. Rogers SN, Humphris G, Lowe D, Brow JS, Vaughan ED. The impact of surgery on quality of life as measured by the medical outcomes short form 36. *Oral Oncology*. 1998a;34:171-9.
79. Rogers SN, Hannah L, Lowe D, Magennis P. Quality of life 5-10 years after primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. *J Craniomaxillofac Surg*. 1999;27(3):187-91.

80. Rogers SN, Fisher SE, Woolgar JA. A review of quality of life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28(2):99-117.
81. Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brow JS, Vaughan ED. The relationship between length of stay and health-related quality of life in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofacial Surg.* 2001;30(3):209-15.
82. Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brow JS, Vaughan ED. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofacial Surg.* 2002a;40:11-8.
83. Ruhl CM, Gleich LL, Gluckman JL. Survival, function, and quality of life after total glossectomy. *Laryngoscope.* 1997;107:1316-21.
84. Sartori LC. *Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família.* São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
85. Schliephake H, Ruffert K, Schneller T. Prospective study of the quality of life of cancer patients after intraoral tumor surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54:664-669.
86. Shepherd KL, Fisher SE. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology.* 2004;40(7):751-7.
87. Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM. Quality of life assessment in clinical Trials: methods and practice. Oxford: *Oxford University Press*;1998.
88. Sundefeld MLMM, *et al.* O estudo descritivo da ocorrência do câncer de boca na população da 9ª região administrativa do estado de São Paulo. *Odontol. UNESP.* 1993; 22:135-45.
89. Talmi YP. Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *J Laryngology & Otology.* 2002;116:785-90.
90. Tang Yeh, Fang FM, Liu YT, Wang CJ, Ko SF. Quality of Life as a survival predictor for patients with advanced head and neck carcinoma treated with radiotherapy. *Cancer.* 2004;100(2):425-32.
91. Terrel JE, Ronis DL, Fowler KE, *et al.* Clinical predictors Quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130:401-8.
92. Tschudi D, Stoeckli S, Schmid S. Quality of life after different treatment modalities for carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope.* 2003;113(11):1949-54.
93. Vicente LCC, Forte AP, Martins L, Soneghet R. Tumores de cavidade oral e orofaringe – Atuação fonoaudiológica. In: Lopes Filho O, editor. *Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 1997.1079-1102.
94. Zelefsky MJ, Gaynor J, Graus D, Strong EW, Shah JP, Harrison LB. Long-term subjective functional outcome of surgery plus postoperative radiotherapy for advanced stage oral cavity and oropharyngeal carcinoma. *Am J Surg.* 1996;171:258-61.

95. Zuydam AC, Rogers SN, Brown JS, Vaughan ED, Magennis P. Swallowing rehabilitation after oropharyngeal resection for squamous cell carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(5):513-8.

