

Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário

Quality of Life in Patients Suffering from Upper Aerodigestive Tract Cancer at a University Hospital

Calidad de Vida en las Personas Afectadas por Cáncer en el Tracto Aerodigestivo Superior en un Hospital Universitario

Amanda Ferreira de Almeida¹; Renata da Conceição Alves²; Janaína Dumas Felix³; Denise Silveira de Castro⁴; Eliana Zandonade⁵; Ricardo Mai Rocha⁶

Resumo

Introdução: As neoplasias de cabeça e pescoço atingem 5% de todos os casos diagnosticados de câncer no mundo. E este pode afetar a Qualidade de Vida das pessoas acometidas, pois o tratamento é agressivo (mutilador) mesmo anos após o tratamento. **Objetivo:** Traçar o perfil das pessoas acometidas por câncer no trato aerodigestivo superior, atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM); identificar os domínios de Qualidade de Vida afetados com o tratamento para este câncer; e relacionar os dados sociodemográficos e clínicos com domínios afetados de Qualidade de Vida dos pacientes pesquisados. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa. Utilizaram-se os instrumentos: Inventário I com dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, instrumentos da *Organização Europeia para Pesquisa e o Tratamento do Câncer* (EORTC) QLQ-C30 (versão 3) e QLQ-H&N35. **Resultados:** Os pacientes com três tipos de tratamento combinado e estágio avançado apresentaram função física menor com significância estatística ($p=0,031$ e $p=0,010$ respectivamente). A localização primária da laringe teve maior associação com Saúde/Qualidade de Vida Global, desempenho de papel e função social, com significância estatística ($p=0,037$, $p=0,045$ e $0,047$, respectivamente). **Conclusão:** O diagnóstico tardio interfere na escolha da terapêutica, sendo mais comum o uso de tratamento combinado e mais agressivo, acarretando inúmeras consequências que influenciam na Qualidade de Vida. Há necessidade de conhecer os domínios que estão sendo prejudicados na realização do tratamento para uma abordagem adequada visando à atenção integral desses pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Fatores de Risco; Qualidade de Vida; Terapêutica

¹ Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento de Enfermagem. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* amandaf14@hotmail.com.

² Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento de Enfermagem. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* renata2.co@hotmail.com.

³ Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira Registradora de Câncer do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* janainadumas@hotmail.com.

⁴ Professora-Associada do Departamento de Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* dsmdcastro@terra.com.br.

⁵ Professora-Associada do Departamento de Estatística. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* elianazandonade@uol.com.br.

⁶ Médico-Cirurgião de Cabeça e Pescoço no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Departamento de Medicina. Vitória (ES), Brasil. *E-mail:* ricardomai@gmail.com.

Endereço para correspondência: Amanda Ferreira de Almeida. Rua Aristóbulo Barbosa Leão, nº151, apto. 102. Ed.: Barão de Lucena - Jardim da Penha. Vitória (ES), Brasil. CEP: 29.060-010.

INTRODUÇÃO

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência de câncer na população mundial em 2030 será de 27 milhões de casos e o número de mortes por esta patologia alcançará 17 milhões anualmente¹.

Esse número crescente de casos a cada ano e o impacto negativo dessa patologia em países de baixa e média renda, com poucos recursos financeiros disponíveis, tem evidenciado esse tema como um problema de Saúde Pública mundial. Os tipos de neoplasias mais comuns em populações menos favorecidas no mundo são de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero¹.

No Brasil, estima-se que ocorrerão 518.510 casos novos de câncer para 2012, que equivalem para o ano de 2013, sendo que 9.990 neoplasias são de cavidade oral e 6.110 de laringe¹.

As neoplasias de cabeça e pescoço atingem as cavidades nasais, seios paranasais, cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, glândulas salivares e glândula tireoide, essa atinge 5% de todos os casos diagnosticados no mundo de câncer².

As consequências desse tipo de neoplasia podem afetar profundamente a Qualidade de Vida (QV) das pessoas acometidas, pois o tratamento é agressivo (mutilador) mesmo anos após o tratamento, interferindo nas atividades da vida diária, no que se refere à funcionalidade e à autoimagem³.

Segundo The WHOQOL (*World Health Organization of Quality of Life*) Group, QV é "(...) a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (...)"⁴.

Fatores como a idade, ocupação, *performance status*, comorbidades, complicações, tipo de patologia, estágio da doença e impactos do tratamento como as cirurgias mutiladoras podem influenciar significativamente na QV dessas pessoas³.

Os resultados encontrados pelo Grupo de Estudo de Câncer de Laringe *Veterans Affair* (VA) e a Organização Europeia para Pesquisa e o Tratamento do Câncer (EORTC) vêm incentivando a estratégia de preservação de órgãos nos últimos anos. Na escolha do "melhor tratamento" para neoplasias de cabeça e pescoço, não é levado em consideração somente o conhecimento do câncer e a representação das opções de tratamentos, são analisadas outras variáveis como o acesso ao serviço de saúde, o fator econômico da administração da terapia e os recursos disponíveis. Além disso, leva-se em conta a condição do paciente maximizando a melhor evolução em relação à funcionalidade e aparência².

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo traçar o perfil das pessoas acometidas por câncer no trato

aerodigestivo superior atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), identificar os domínios de QV afetados com o tratamento para esse câncer e relacionar os dados sociodemográficos e clínicos com domínios afetados de QV dos pacientes pesquisados.

MÉTODO

Este estudo tem o delineamento quantitativo, do tipo descritivo transversal, realizado no ambulatório do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (ambulatório 3) do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), no período de dezembro de 2010 a Junho de 2011.

A amostra constituiu-se de pacientes com diagnóstico confirmado por exame histopatológico de câncer no trato aerodigestivo superior (excluindo de pele e glândula) em seguimento no ambulatório 3, no período de 2005 a 2010.

Inicialmente foi realizado um levantamento da listagem de nomes das pessoas com o perfil da pesquisa no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da instituição, com o total de 175 indivíduos. Destes, foram localizados 46 pacientes. Os demais eram originários de municípios no interior do Espírito Santo e da Bahia ou estavam com dados incompletos para serem localizados.

Um dos instrumentos utilizados foi o Inventário I composto de dados de caracterização sociodemográficos e clínicos: idade, sexo, procedência, raça/cor, ocupação, grau de instrução, estado civil, alcoolismo, tabagismo, localização e tipo de neoplasia, estadiamento, tipo de tratamento(s) oncológico(s), *performance status*, metástase, outro tipo de neoplasia e situação atual da patologia (sem ou com evidência da doença).

Os dados do Inventário I foram levantados através do prontuário clínico dos pacientes presentes no serviço e complementados no momento da entrevista. No item raça/cor, utilizou-se o critério autorreferida. A entrevista foi realizada no dia da consulta no ambulatório ou em lugar combinando com o paciente.

O EORTC QLQ-C30 (versão 3) e o EORTC QLQ-H&N35, desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), foram os instrumentos aplicados para mensurar a QV, e são devidamente validados no Brasil⁵⁻⁷. O EORTC QLQ-C30 (versão 3) aborda a QV para todos os tipos de neoplasias e o módulo QLQ-H&N35 é direcionado para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os instrumentos devem ser aplicados conjuntamente abordando aspectos globais e específicos desse tipo de neoplasia⁸.

Nos questionários constam os seguintes domínios: Saúde/QV Geral, escala funcional e de sintomas. A escala de sintomas é constituída dos seguintes itens: fadiga,

náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras. A escala funcional é composta de função física, desempenho funcional, função emocional, cognitiva e social. Em cada função, é calculado o escore de 0 a 100 de acordo com as diretrizes da EORTC. A pontuação alta da escala de função é avaliada como boa funcionalidade e de Saúde/QV Geral é de bom estado de saúde e de boa QV, já a escala de sintomatologia está relacionada com os problemas dos sintomas. Esse instrumento foi elaborado para ser autoadministrável, no entanto optou-se pela entrevista devido à população do estudo ser em sua maioria de baixa escolaridade e analfabetos, o mesmo método foi empregado em estudos publicados pela Revista da Escola de Enfermagem-USP⁹ e em boletim eletrônico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia¹⁰.

Para a organização dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel*® 2007 for Windows para as tabelas de frequência e estatísticas descritivas. O programa estatístico utilizado foi o *Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 11.5; realizou-se a análise estatística através dos testes de hipótese não paramétricos de Mann-Whitney (para as variáveis que possuem duas categorias) e Kruskal-Wallis (para as variáveis que possuem mais de duas categorias)¹¹⁻¹². Nos casos em que foi detectada associação estatisticamente significativa, usou-se o teste de Post-Hoc de Conover-Inman para comparação de categorias duas a duas¹³.

A opção por uma abordagem não paramétrica neste estudo nas associações (teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) deve-se ao fato de não garantirmos que as variáveis em questão seguem distribuição normal, uma vez que se trata de escores, e de grupos de comparação com tamanhos consideravelmente distintos.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o registro nº 091/10, de 25 de agosto de 2010. A participação dos pacientes foi confirmada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

A amostra estudada constituiu-se de 46 pessoas, predominando o sexo masculino (87% dos pacientes), aproximadamente 80% apresentavam idade entre 50 e 70 anos, com mediana de 61 anos.

Em relação à raça/cor, 63% da amostra eram pardos. Quanto ao grau de instrução, 31 pessoas (67,4%) não haviam concluído ensino fundamental e sete (15,2%) eram analfabetos. Estes abrangem 82,6% da amostra com baixa escolaridade, justificando a dificuldade da autoadministração do instrumento.

No quesito ocupação, os dados foram divididos em quatro grupos: aposentados, desempregados (incluído lar), autônomos e trabalhadores formais (pedreiro, motorista, mecânico, pintor, balconista de bar, entre outros), sendo que a maioria, 54,3% dos pacientes, fazia parte deste último grupo. Com relação ao estado civil, 34 (73,9%) eram casados.

Em relação ao uso de tabaco e álcool, 44 (95,7%) e 38 (82,6%) pessoas, respectivamente, já usaram ou fazem uso dessas substâncias, todos que estão no grupo do uso de álcool também estão no grupo de tabaco, ou seja, todos que utilizam ou utilizaram álcool também utilizam ou utilizaram tabaco.

Tabela 1. Caracterização clínica dos pacientes acometidos por câncer no trato aerodigestivo superior. Vitória (ES), 2010 e 2011

| Variável | Categoria | Frequência | % |
|--------------|---|------------|-------|
| Localidade | Lábio e cavidade oral | 15 | 32,6 |
| | Laringe | 13 | 28,3 |
| | Faringe | 17 | 37,0 |
| | Laringe e faringe | 1 | 2,2 |
| | Total | 46 | 100,0 |
| Estadiamento | Inicial (I e II) | 13 | 28,3 |
| | Avançado (III e IV) | 33 | 71,7 |
| | Total | 46 | 100,0 |
| Tratamento | Radioterapia | 10 | 22,2 |
| | Cirurgia | 9 | 20,0 |
| | Radioterapia + cirurgia | 8 | 17,8 |
| | Radioterapia + quimioterapia | 16 | 33,3 |
| | Cirurgia + radioterapia + quimioterapia | 3 | 6,7 |
| | Total | 46 | 100,0 |

Todos os pacientes foram diagnosticados de carcinoma espinocelular ou epidermoide. A localização primária do tumor foi predominante na faringe (37%). A maioria quando diagnosticada estava em estádios avançados III e IV e 33,3% realizaram radioterapia associada à quimioterapia.

A análise de progressão da patologia, e do quanto esta tem impacto funcional nas atividades habituais do paciente, dada pelo índice de *performance status* (PS)¹⁴, revelou que em 37% dos casos não havia impacto importante nas atividades habituais de autocuidado e de trabalho (PS=0 e 1); em 26,1% havia limitação considerável às atividades de trabalho (PS=2); e em 10,1% havia limitação parcial inclusive às atividades de autocuidado (PS=3).

Cinco pessoas da amostra tiveram recidiva da neoplasia e duas tiveram metástase cervical. No dia da entrevista, um paciente apresentava evidência da doença (CED) e os outros 45 estavam estáveis, sem evidência da doença (SED).

A média, a mediana, o desvio-padrão, a máxima e a mínima do escore do instrumento EORTC QLQ-C30 estão apresentados na Tabela 2. A Saúde/QV Global teve mediana de 70,8, o qual evidencia uma classificação satisfatória dos pacientes sobre a própria saúde e QV. Em relação à escala de função, a mediana variou entre 66,7 a 100, o menor número corresponde à função cognitiva (dificuldade de concentração e de memória) e o maior encontrou-se na função social (condição física ou tratamento médico interferindo na vida familiar e social) e desempenho de papel (restrição em realizar atividades diárias e de lazer). Já na escala de sintomas, os valores variaram entre 0 e 33,3. Náusea e vômito, dispneia, falta de

apetite, diarreia e dificuldade financeira tiveram o escore 0, enquanto insônia obteve o escore, 33,3. É válido ressaltar, que em oito dos 15 sintomas abordados, o desvio-padrão é maior que a média, identificando uma variabilidade entre as respostas dos participantes da pesquisa.

A Tabela 3 expõe valores referentes ao instrumento EORTC QLQ-H&N35 que apresenta aspectos da sintomatologia específicos para neoplasia de cabeça e pescoço. A mediana dos escores variou de 0 a 33,3, sendo o maior valor para o uso de analgésicos, boca seca e saliva pegajosa; e o menor para problemas na fala e com contato social, sexualidade rebaixada, problemas com dente e na abertura da boca, sentindo-se mal, suplementos nutricionais, sondagem para alimentação e perda e ganho peso. Pode-se observar também a variabilidade desses dados, pois quase todos os itens possuem desvio-padrão maior ou próximo ao valor da média.

Neste estudo, optou-se por estudar as associações entre Saúde/QV Global, função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva, função social com as variáveis: sexo, idade, estadiamento, alcoolismo, localização primária do tumor e tipo de tratamento.

Segundo o Teste de Mann-Whitney, usado nas associações com sexo, estadiamento e alcoolismo, a única associação estatisticamente significativa encontrada foi entre a função física e o estadiamento $p=0,010$. Assim, pode-se concluir que aqueles que estão com estadiamento avançado possuem um escore significativamente de função física menor que aqueles que estão num estágio inicial da doença. Contudo, vale ressaltar que o p -valor da associação entre função cognitiva e estadiamento foi igual a 0,078, próximo ao nível de significância adotado.

Tabela 2. Estatísticas descritivas - QV dos pacientes acometidos por câncer no trato aerodigestivo superior, instrumento EORTC QLQ-C30. Vitória (ES), 2010 e 2011

| | Mínimo | Máximo | Média | Mediana | Desvio-Padrão |
|------------------------|--------|--------|-------|---------|---------------|
| Saúde/QV Global | 16,7 | 100,0 | 69,7 | 70,9 | 19,9 |
| Função física | 20,0 | 100,0 | 85,8 | 93,3 | 17,7 |
| Desempenho de papel | 0,0 | 100,0 | 83,3 | 100,0 | 25,8 |
| Função emocional | 0,0 | 100,0 | 68,9 | 75,0 | 25,0 |
| Função cognitiva | 16,7 | 100,0 | 75,0 | 66,7 | 20,4 |
| Função social | 0,0 | 100,0 | 84,8 | 100,0 | 25,5 |
| Fadiga | 0,0 | 77,8 | 20,3 | 11,0 | 23,9 |
| Náusea e vômito | 0,0 | 50,0 | 2,5 | 0,0 | 9,3 |
| Dor | 0,0 | 100,0 | 24,2 | 16,7 | 22,7 |
| Dispneia | 0,0 | 66,7 | 8,7 | 0,0 | 16,4 |
| Insônia | 0,0 | 100,0 | 23,9 | 33,3 | 25,0 |
| Falta de apetite | 0,0 | 66,7 | 18,8 | 0,0 | 22,9 |
| Constipação | 0,0 | 100,0 | 26,8 | 16,7 | 33,4 |
| Dificuldade financeira | 0,0 | 100,0 | 16,7 | 0,0 | 27,9 |
| Diarreia | 0,0 | 33,3 | 1,4 | 0,0 | 6,9 |

Tabela 3. Estatísticas descritivas de QV dos pacientes acometidos por câncer no trato aerodigestivo superior, instrumento EORTC QLQ-H&N35. Vitória (ES), 2010 e 2011

| | Mínimo | Máximo | Média | Mediana | Desvio-Padrão |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|---------|-------------------|
| Dor | 0,0 | 75,0 | 14,9 | 8,3 | 15,8 |
| Deglutição | 0,0 | 58,3 | 15,4 | 8,3 | 16,8 |
| Problemas sensoriais | 0,0 | 100,0 | 19,5 | 16,6 | 23,6 |
| Problemas na fala | 0,0 | 77,7 | 14,2 | 0,0 | 21,1 |
| Problema em alimentar-se socialmente | 0,0 | 66,6 | 14,6 | 8,3 | 18,5 |
| Problema com o contato pessoal | 0,0 | 66,6 | 8,6 | 0,0 | 15,6 |
| Sexualidade rebaixada | 0,0 | 100,0 | 17,4 | 0,0 | 30,0 |
| Problema com os dentes | 0,0 | 100,0 | 5,1 | 0,0 | 17,2 |
| Abertura da boca | 0,0 | 100,0 | 10,9 | 0,0 | 23,3 |
| Boca seca | 0,0 | 100,0 | 32,6 | 33,3 | 31,8 ^b |
| Saliva pegajosa | 0,0 | 100,0 | 29,0 | 33,3 | 34,1 ^a |
| Tosse | 0,0 | 100,0 | 21,7 | 16,7 | 26,5 ^a |
| Sentindo-se mal | 0,0 | 100,0 | 10,9 | 0,0 | 19,9 ^a |
| Uso de analgésico | 0,0 | 33,3 | 21,7 | 33,3 | 16,0 ^b |
| Suplementos nutricionais | 0,0 | 33,3 | 5,8 | 0,0 | 12,8 ^a |
| Sondagem para alimentação | 0,0 | 33,3 | 1,4 | 0,0 | 6,9 ^a |
| Perda de peso | 0,0 | 33,3 | 14,5 | 0,0 | 16,7 ^a |
| Ganho de peso | 0,0 | 33,3 | 5,1 | 0,0 | 12,1 ^a |

De acordo com o Teste de Kruskal-Wallis, utilizado nas correlações com idade, não há evidências para afirmar que a mesma esteja associada a qualquer das variáveis. Na tabela em um nível de significância de 5%, a localização primária do tumor está associada à Saúde/QV Global ($p=0,037$), ao desempenho de papel ($p=0,045$) e à função social ($0,047$). Há significância estatística também entre a associação de tipo de tratamento e a função física com $p=0,031$ (Tabela 4).

No teste *Post-Hoc de Conover-Inman*, ao estudar a localização primária do tumor com a Saúde/QV Global, desempenho de papel e função social, verifica-se que o sítio primário do tumor, a laringe, apresenta diferença estatisticamente significativa, ou seja, interferem mais na QV em relação a esses itens. Em relação à associação entre o tratamento e a função física, cirurgia + radioterapia + quimioterapia têm influência significativamente maior nesse domínio.

DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica predominaram os pacientes do sexo masculino, de raça/cor parda, casado, de baixa escolaridade e idade média de 61,7 anos. O perfil observado nesta pesquisa corroboram outros estudos realizados em Portugal e São Paulo, nos anos de 2010 e de 2000 a 2006, respectivamente¹⁵⁻¹⁶.

O carcinoma escamocelular (CEC) também é denominado de carcinoma espinocelular ou epidermoide e

é o tipo histológico mais comum nas neoplasias de cabeça e pescoço, principalmente no câncer de boca e de orofaringe. Acomete principalmente o gênero masculino, com idade superior a 50 anos, baixa condição socioeconômica e tabagistas e/ou alcoolistas¹⁷.

Na maioria dos estudos, a cavidade oral é a localização primária do tumor predominante nas neoplasias de cabeça e pescoço; no entanto nesta pesquisa foram encontrados 37% na região da faringe e 32% no lábio e cavidade oral, é válido ressaltar a proximidade entre esses valores¹⁵.

No momento da pesquisa, mais de 80% dos pacientes relataram uso prévio e/ou atual de tabaco e/ou álcool, esses hábitos são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer nesta região e também podem interferir no prognóstico e tratamento oncológico¹⁸.

Os pacientes foram, em sua maioria, diagnosticados em estágio avançado, isso pode ser influenciado pelo fluxo de atendimento deficiente na rede oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS), e também ao desconhecimento dos fatores de risco e dos sinais e sintomas da doença. Neste estudo, o índice de pessoas expostas ao álcool e tabaco e sua associação é alto, o que potencializa o risco em contrair essa doença¹⁹.

A avaliação da QV entre os pacientes em estágio avançado e os que apresentavam fase inicial demonstra uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à função física, comprovando que os indivíduos com estágio avançado apresentam uma QV menor que aqueles diagnosticados inicialmente.

Tabela 4. Teste qui-quadrado - associação das variáveis de localização primária, Saúde/QV Global e escala funcional dos pacientes acometidos por câncer no trato aerodigestivo superior. Vitória (ES), 2010 e 2011

| Variável | Localidade | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão | Qui-quadrado | P-valor |
|---------------------|-----------------------|--------|--------|-------|---------------|--------------|--------------|
| Saúde/QV Global | Lábio e cavidade oral | 16,7 | 100,0 | 76,1 | 23,5 | 6,580 | 0,037 |
| | Laringe | 25,0 | 83,3 | 59,6 | 19,2 | | |
| | Faringe | 58,3 | 100,0 | 73,0 | 14,0 | | |
| | Total | 16,7 | 100,0 | 70,2 | 19,9 | | |
| Função física | Lábio e cavidade oral | 46,7 | 100,0 | 87,1 | 14,6 | 2,123 | 0,346 |
| | Laringe | 20,0 | 100,0 | 79,0 | 24,2 | | |
| | Faringe | 46,7 | 100,0 | 89,8 | 14,3 | | |
| | Total | 20,0 | 100,0 | 85,8 | 17,9 | | |
| Desempenho de papel | Lábio e cavidade oral | 50,0 | 100,0 | 90,0 | 15,2 | 6,192 | 0,045 |
| | Laringe | 0,0 | 100,0 | 66,7 | 35,4 | | |
| | Faringe | 33,3 | 100,0 | 89,2 | 20,4 | | |
| | Total | 0,0 | 100,0 | 83,0 | 26,0 | | |
| Função emocional | Lábio e cavidade oral | 16,7 | 100,0 | 77,2 | 24,7 | 4,160 | 0,125 |
| | Laringe | 16,7 | 100,0 | 60,9 | 23,2 | | |
| | Faringe | 0,0 | 100,0 | 65,7 | 25,1 | | |
| | Total | 0,0 | 100,0 | 68,2 | 24,8 | | |
| Função cognitiva | Lábio e cavidade oral | 50,0 | 100,0 | 75,6 | 18,7 | 1,061 | 0,588 |
| | Laringe | 50,0 | 100,0 | 71,8 | 19,7 | | |
| | Faringe | 16,7 | 100,0 | 77,5 | 23,5 | | |
| | Total | 16,7 | 100,0 | 75,2 | 20,6 | | |
| Função social | Lábio e cavidade oral | 33,3 | 100,0 | 90,0 | 19,7 | 6,110 | 0,047 |
| | Laringe | 0,0 | 100,0 | 73,1 | 29,3 | | |
| | Faringe | 0,0 | 100,0 | 88,2 | 26,2 | | |
| | Total | 0,0 | 100,0 | 84,4 | 25,7 | | |

O diagnóstico tardio interfere na escolha da terapêutica, sendo mais comum o uso de tratamento combinado e mais agressivo, causando consequências maiores como a diminuição da capacidade da função física na região de cabeça e pescoço e QV¹⁶.

Isso evidencia o achado deste estudo, a maioria teve como forma de tratamento a quimioterapia e radioterapia, essa combinação visa à preservação de órgãos. No entanto, acarretam inúmeras reações adversas na cavidade oral, por radioterapia, como: xerostomia, mucosite, candidíase, cáries por radiação, necrose do tecido mole e disgeusia e reações sistêmicas por quimioterapia, como: estomatite, náusea, vômito, alopecia, anorexia, entre outros^{20,9}.

O *performance status* é um importante instrumento de avaliação do paciente em relação ao prognóstico e tratamento, a incompletude desse dado no estudo é justificada pela implantação recente no serviço dessa ferramenta.

Entre as localidades do tumor, a laringe apresentou uma influência maior na QV que os outros sítios em relação a associações significativas. Os pacientes com esse tipo de câncer mesmo após o tratamento apresentam comprometimento das funções dessa região (deglutição, respiração e fonação), isso pode causar alteração significativa na QV. Um dos tratamentos propostos para esse tipo de neoplasia é a laringectomia total, o paciente necessita de traqueostomia, um procedimento por muitas

vezes irreversível que compromete a voz e dificulta a capacidade de comunicação e o relacionamento social¹⁰.

Entre tratamento e função física, pode-se comprovar que os pacientes que realizaram as três formas da terapêutica associadas (cirurgia + radioterapia + quimioterapia) têm uma QV menor. De acordo com o instrumento utilizado, esses itens abordam dificuldades do paciente em sua vida diária, nas atividades do cotidiano (por exemplo, carregar bolsas de compras), dificuldades para se alimentar e se vestir sozinho e necessidade de ficar numa cama ou uma cadeira durante o dia.

Observou-se na escala de sintomas (Tabela 2 e 3) variabilidade nas respostas, isto se deve ao fato de a amostra ser heterogênea em relação ao tempo pós-tratamento (variação de dias a anos), evidenciando que o momento da aplicação dos instrumentos influencia nos resultados encontrados. Além disso, deve-se levar em consideração que o trato aerodigestivo superior engloba a boca e cavidade oral, faringe e laringe e essas topografias necessitam de tratamentos diferentes, impactando a vida dessa população distintamente. A peculiaridade individual também contribui para a variação nas respostas, cada um reage de forma diferente ao tratamento mesmo que a terapêutica e condições clínicas sejam semelhantes.

Na Saúde/QV Global, a mediana de 70,9 demonstra uma boa avaliação desse quesito, trata-se de valores obtidos através do julgamento que o paciente faz da sua saúde e da sua QV. Portanto, esse valor pode variar de acordo com a percepção do paciente sobre esses itens, indo ao encontro do conceito *The Whoqol Group*, o qual define a QV como uma manifestação individual no que diz respeito a seus valores, contexto cultural e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁴.

CONCLUSÃO

Os aspectos sociodemográficos e clínicos desse estudo corroboraram outras pesquisas que abordaram o tema. A QV foi afetada em relação à função física nos indivíduos que tiveram como tratamento cirurgia + radioterapia + quimioterapia e estadiamento avançado. E em relação à localização primária do tumor, a laringe teve maior influência na associação significativa com Saúde/QV Global, desempenho de papel e função social.

Diante desses resultados e do que foi discutido, observa-se que a incorporação da avaliação da QV na prática clínica é de grande relevância, pois permite a reflexão da efetividade do tratamento conjuntamente com a diminuição de ações adversas, podendo interferir positivamente no prognóstico do câncer e na QV.

Há necessidade de conhecer os domínios que estão sendo prejudicados no tratamento que foi proposto

para que seja oferecida uma abordagem adequada às necessidades dos pacientes para que esses possam ter uma melhora na sobrevida.

É válido ressaltar a necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada no tratamento oncológico visando ao cuidado integral ao paciente e sua família, levando em consideração as expectativas e as escolhas do paciente.

CONTRIBUIÇÕES

Amanda Ferreira de Almeida contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica. Renata da Conceição Alves contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados. Janaina Daumas Felix contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica. Denise Silveira de Castro contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados. Eliana Zandonade contribuiu na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica. Ricardo Mai Rocha contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [acesso 2012 dez 10]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabela_estados.asp?UF=BR..
2. Pollock RE, Doroshow JH, editores. UICC Manual de Oncologia Clínica. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. 919p.
3. Onakoya PA, Nwaorgu OG, Adenipekun AO, Aluko AA, Ibekwe TS. Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancers. *J Natl Med Assoc.* 2006; 98(5): 765-70
4. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneve: World Health Organization; 1997 [acesso 2011 jan 15]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
5. EORTC Quality of life 2003 [Internet]. Bruxelas: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2010 [acesso 2010 dez 13]. Disponível em: <http://www.eortc.be/home/qol>.
6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for

- Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85(5):365-76.
7. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CL, Toyota J, McDowell JA, et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2006; 28(12): 1115-21.
 8. Vartanian JG, Carvalho AL, Furia CLB, Castro Junior G, Rocha CN, Sinitcovisky IML, et al. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço* 2007; 36(2): 108-15.
 9. Sawada NO, Nicolussi AD, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev esc enferm USP.* 2009; 43(3): 581-87.
 10. Achette D, Menezes MB, Nakay MY, Prandini B, Kikuchi W, Gonçalves AJ. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe no pós-operatório tardio. *Boletim Eletrônico SBPO* 2009; 4(3): 1-7.
 11. IBM. SPSS 11.5 for windows 2003 [Internet]. New York: IBM; 2011 [acesso 2011 jun]. Disponível em: <http://www.spss.com>
 12. Siegel S. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Pensilvânia: Makon Books do Brasil, 1975. 320p.
 13. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley & Sons 1999. 584p.
 14. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5(6): 649-55.
 15. Angelo AR, Medeiros AC, De Biase RCCG. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. *Rev Odontol UNESP.* 2010; 39(1): 1-7.
 16. Silveira A, Gonçalves J, Siqueira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, et al. Oncologia de cabeça e pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15(1): 38-48.
 17. Bergamasco VD, Marta GM, Kowalski LP, Carvalho AL. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço* 2008; 37(1): 15-19.
 18. Araujo SSC, Padilha DMP, Baldisseratto J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. *Rev bras cancerol.* 2009; 55(2): 129-138.
 19. Leite ICG, Nunes LC, Moreira, RC, Couto CA, Teixeira MTB. Mortalidade por câncer de boca e faringe em cidade de médio porte na região sudeste do Brasil, 1980-2005. *Rev bras cancerol.* 2010; 56(1): 17-23
 20. Jbam BC, Freira ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. *Rev. bras. otorrinolaringol.* 2006; 72(5): 704-8.

Abstract

Introduction: Cancers of the head and neck reach 5% of all diagnosed cases of cancer in the world. And this can affect the quality of life of the affected people, because the treatment is aggressive (mutilating) even years after treatment. **Objective:** To profile the people affected by cancer in the upper aerodigestive tract treated at Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes (HUCAM); to identify Quality of Life domains affected by the treatment for this cancer and relate the sociodemographic and clinical domains affected Quality of Life of patients surveyed. **Method:** for this study of quantitative approach, we used the following instruments: Inventory I with sociodemographic and clinical data from patients, the instruments of *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30 (version 3) and QLQ-H&N35. **Results:** Patients with three types of combined treatment and advanced stage presented a lower Physical Function with statistical significance ($p = 0.031$ and $p = 0.010$ respectively). The Primary Location of Larynx had greater association with Global Health/Quality of Life, Role Performance and Social Function, with statistical significance ($p = 0.037$, $p=0.045$ and 0.047 respectively). **Conclusion:** the late diagnosis interferes in the choice of therapy, but is more common to use a combined, more aggressive treatment causing numerous consequences which influence the quality of life. There is a need to know the domains that are being harmed in the creation of treatment for a proper approach to the Full Attention of those patients.

Key words: Head and Neck Neoplasms; Risk Factors; Quality of Life; Therapeutics

Resumen

Introducción: Las neoplasias de cabeza y cuello alcanzan el 5% de todos los diagnósticos del cáncer en el mundo. Y esto puede afectar a la calidad de vida de las personas afectadas, ya que el tratamiento es agresivo (mutilador), incluso años después del tratamiento. **Objetivo:** Trazar perfiles de las personas afectadas por el cáncer en el tracto aerodigestivo superior, atendidas en el Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes (HUCAM); identificar los dominios de calidad de vida afectados por el tratamiento para este tipo de cáncer y relacionar los datos sociodemográficos y clínicos con dominios afectados de la calidad de vida de los pacientes estudiados. **Método:** estudio de abordaje cuantitativo. Se han utilizado los instrumentos: Inventario I con datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes, instrumentos de *La Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer* (EORTC) QLQ-C30 (versión 3) y QLQ-H&N35. **Resultados:** Los pacientes con tres tipos de tratamiento combinados y estadio avanzado presentaron una Función Física más pequeña con significancia estadística ($p=0,031$ y $p=0,010$ respectivamente). La Ubicación Primaria de la Laringe tuvo mayor asociación con Salud/Calidad de Vida Global, Desarrollo del papel y Función Social, con significancia estadística ($p=0,037$, $p=0,045$ y $0,047$ respectivamente). **Conclusión:** El diagnóstico tardío interfiere en la elección de la terapia, siendo más común el uso del tratamiento combinado y más agresivo, provocando numerosas consecuencias que influyen en la calidad de vida. Hay la necesidad de conocer los dominios que están siendo perjudicados en la realización del tratamiento para un abordaje adecuado destinado a la Atención Integral de estos pacientes.

Palabras clave: Neoplasias de Cabeza y Cuello; Factores de Riesgo; Calidad de Vida; Terapéutica