FABIANA PAULA DE ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE:
VALORES DE REFERÊNCIA**

São Paulo
2008

Fabiana Paula de Andrade

**Qualidade de vida e câncer de boca e orofaringe:
valores de referência**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

São Paulo

2008

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Andrade, Fabiana Paula de

Qualidade de vida e câncer de boca e orofaringe: valores de referência / Fabiana Paula de Andrade; orientador José Leopoldo Ferreira Antunes. -- São Paulo, 2008.

56p. : tab., fig.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Neoplasias bucais – Qualidade de vida 2. Neoplasias orofaríngeas – Qualidade de vida 3. Odontologia social

CDD 617.63
BLACK D791

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andrade FP. Qualidade de vida e câncer de boca e orofaringe: valores de referência [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

São Paulo, / /

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus.

Aos meus amados pais José e Elza que são meus exemplos de honestidade, superação, simplicidade, dedicação, fé e amor incondicional. Tudo que sou devo inteiramente a eles.

Aos meus irmãos Cristiane e Rafael pelo amor, carinho e compreensão que nos une.

Ao meu esposo Roberto Tatsuya Saito (Hare) que faz a minha vida mais divertida, iluminada e feliz. Ele é o meu grande amor.

Aos meus queridos amigos que são parte da minha família.

A minha calorosa família (avó, tios e primos) que faz parte da base que sustenta minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes pelas oportunidades, pela paciência, pela rica convivência, e pela forma com a qual tem me ensinado a caminhar pelo mundo da ciência.

À Universidade de São Paulo e a Faculdade de Odontologia (FOUSP) por disponibilizar todas as ferramentas necessárias para se construir profissionais e cidadãos competentes e conscientes.

Ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar Heliópolis, na pessoa do Prof. Dr. Marcos Brasilino de Carvalho, que disponibilizou seus pacientes para esta pesquisa.

Ao diretor do Ambulatório do Complexo Hospitalar Heliópolis, Dr. Ricardo Vipich, que disponibilizou os pacientes das Clínicas Médica e Dermatológica para esta pesquisa.

As secretárias do departamento de Odontologia Social por toda ajuda e disponibilidade.

A(s) bibliotecária(s) da FOUSP pela disponibilidade e carinho.

Aos amigos do departamento e da pós-graduação por compartilhar as dificuldades, dúvidas e frutos da pesquisa.

A minha grande amiga Tatiana Natasha Toporcov por toda ajuda e dedicação a este trabalho e a nossa amizade.

A todos os professores que fizeram parte do meu caminho de aprendizado.

A Fundação de Amparo a Pesquisa (FAPESP) pela bolsa de estudos concedida (Processo nº 2006/58228-3).

"a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos".

Fleck et al., 1999.

Andrade FP. Qualidade de vida e câncer de boca e orofaringe: valores de referência [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

RESUMO

O auto-relato de qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço é registrado por questionários que dimensionam impactos da doença e do tratamento sobre diferentes domínios de ordem fisiológica, psicológica e social. O presente estudo objetivou estimar valores de referência para os diferentes domínios de qualidade de vida incluídos no Questionário da Universidade de Washington sobre Qualidade de Vida (UW-QOL, 4ª edição) para pessoas sem câncer e comparar estes valores com aqueles obtidos para os pacientes com câncer de boca e orofaringe em estágio pré-cirúrgico. Para estimar os valores de referência foram entrevistados 141 pacientes atendidos nos ambulatórios do Hospital Heliópolis, pareados por sexo e idade com 47 pacientes com câncer de boca e orofaringe em estágio pré-cirúrgico, atendidos no mesmo hospital. A média global e os escores específicos dos domínios de qualidade de vida podem variar de 0 a 100, com valores mais elevados indicando melhor condição funcional. A pontuação média de QV para pacientes sem câncer foi 91,1. Essa medida foi significativamente ($p<0,01$) mais elevada que para os pacientes com câncer, cuja pontuação global foi 80,6. Para os pacientes sem câncer, os escores de ombros, recreação ansiedade e mastigação foram modificados por sexo, estado conjugal, renda, grau de instrução e presença de problemas na boca.

A pequena redução dos valores de referência, em relação aos parâmetros máximos passíveis de aferição (100%) indica favoravelmente a especificidade do questionário. No entanto, nem toda redução de QV dos pacientes com câncer de boca e orofaringe pode ser atribuída à doença ou ao tratamento, pois uma redução do escore médio global de cerca de 9% pode ser decorrente de perdas naturais sofridas pelos indivíduos ao longo da vida. Os domínios dor, aparência, deglutição, fala, paladar e ansiedade apresentaram escores significativamente mais reduzidos nos pacientes com câncer de boca e orofaringe que nos pacientes não afetados pela doença.

Palavras-Chave: Qualidade de vida, UW-QOL, Valores de referência, Neoplasias bucais

Andrade FP. Quality of life and oral and oropharyngeal cancer: reference value [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

ABSTRACT

The self report of quality of life, for patients with head and neck cancer is documented by questionnaires assessing the impact of the disease and its treatment on several physiological, psychological and social domains. This study aimed at assessing reference values for quality of life domains comprised by the University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL, 4th edition) for persons without cancer, and comparing their answers with results obtained for patients with oral and oropharyngeal cancer previously to the primary surgery of tumor resection. A total of 141 patients attended at outpatients units of the Heliópolis Hospital were interviewed to assess reference values for the UW-QOL questionnaire, paired by sex and age with 47 patients hospitalized for surgery of oral and oropharyngeal cancer in the same hospital. Overall and domain specific ratings for QOL can vary from 0 to 100, with higher figures for improved functional status. The overall rating of QOL for patients without cancer was 91.1. This rating was significantly ($p<0.01$) higher than the corresponding figure for patients affected by cancer, whose global score was 80.6. For patients without cancer, ratings for shoulders, recreation, anxiety and chewing were modified by sex, conjugal status, income, instruction and the self-report of problems in the mouth. The small reduction of reference values, in relation to the maximum parameters that may be assessed (100%) suggests that the questionnaire is specific for head and neck cancer. However, the reduction of QOL for patients with oral and oropharyngeal cancer should not be entirely attributed to

the disease and its treatment, because nearly 9% of reduction in QOL ratings may be due to other causes associated with the aging process. Pain, appearance, swallowing, speech, taste and anxiety were the QOL domains with ratings significantly lower for patients with oral and oropharyngeal cancer, in the comparison with those not affected by the disease.

Keywords: Quality of life, UW-QOL, Reference values, Mouth neoplasms

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Valores de referência do questionário UW-QOL: escores médios informados por pacientes sem câncer e intervalo de confiança (95%).....	35
Tabela 5.2 – Valores de comparação do questionário UW-QOL: escores médios informados por pacientes com câncer de boca e orofaringe, e respectivos intervalos de confiança (95%).....	36
Tabela 5.3 – Análise comparativa dos escores médios globais segundo fatores de modificação da qualidade de vida e identificação dos domínios de qualidade de vida com diferenças estatisticamente significantes em pacientes sem câncer de boca e orofaringe.....	38
Tabela 5.4 – Análise comparativa dos escores médios dos domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa segundo o fator de modificação da qualidade de vida em pacientes sem câncer de boca e orofaringe.....	39

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1 - Mapa de incidência mundial de câncer bucal (CID – 10º Revisão: C00-C08) em homens, padronizado por idade para cada 100.000 habitantes (FERLAY et al., 2002).....	15
Figura 5.1 – Escores médios de cada questão de qualidade de vida de pacientes com câncer e pacientes sem câncer de boca e orofaringe.....	37
Quadro 2.1 - Evolução do questionário UW-QOL, revisões e características gerais.	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EORTC	Organização Européia para pesquisa e tratamento de câncer
EORTC-HN35	Organização Européia para pesquisa e tratamento de câncer – cabeça e pescoço – 35 questões
EORTC-QLQ- C33	Organização Européia para pesquisa e tratamento de câncer - questionário de qualidade de vida
FACIT	Avaliação funcional das terapias para doenças crônicas
FACT-G	Avaliação funcional das terapias de câncer – Geral
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HADS	Escala hospitalar de ansiedade e depressão
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSS-HN	Escala das condições de desempenho – cabeça e pescoço
QV	Qualidade de vida
SF-36	Questionário de Qualidade de vida em formato abreviado
SIP	Perfil do impacto da Doença
UW-QOL	Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington
VC	Valores de comparação
VR	Valores de referência
WHOQOL	Organização Mundial da Saúde –Qualidade de vida

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Epidemiologia do câncer	14
1.2 Qualidade de vida.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Questionários	18
2.2 Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington	20
2.3 Validação.....	25
2.4 Valores de referência	28
3 OBJETIVOS.....	30
4 MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1 Considerações éticas	31
4.2 Coleta dos dados	31
4.3 Categorização das variáveis e análise dos dados	33
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS.....	52
APÊNDICE.....	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia do Câncer

No Brasil, em 2006, o câncer estava entre as três principais causas de morte no país. O Instituto Nacional do Câncer estima para os anos de 2008 e 2009 que tenhamos 466.730 novos casos (INCA, 2008).

O câncer de boca é a neoplasia mais freqüente entre as de cabeça e pescoço com cerca de 390.000 novos casos ao ano numa escala mundial. Ele ocupa a oitava posição entre os cânceres de maior incidência no mundo em homens, nos países em desenvolvimento esta incidência é ainda maior (STEWART; KLEIHUES, 2003). O Brasil aparece no mapa (Figura 1.1) como um dos países de alta incidência de câncer de boca em homens, acompanhado pela Índia, sudeste Europeu, Austrália, entre outros (FERLAY et al., 2002).

As causas do câncer bucal não são suficientemente compreendidas. Evidências epidemiológicas (DOBRÓSSY, 2005) sugerem que muitos fatores combinados ou individualmente aumentam a probabilidade ou o risco de desenvolvimento destes tumores.

O consumo de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar são os principais fatores de aumento de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço (SCHLECHT et al., 1999). Uma alimentação pobre em frutas e vegetais (STEWART; KLEIHUES, 2003) e maus hábitos de higiene bucal (ROSENQUIST et al., 2005) também podem contribuir para o desenvolvimento da doença.

Antunes et al. (2001) apontam os índices de mortalidade por câncer de boca na cidade de São Paulo como estacionários em níveis elevados no período de 1980 a 1998. Com dados abrangendo até 2002 e Outro estudo, apresentando dados até 2002 e incluindo os tumores de orofaringe, identificou tendência global de aumento na mortalidade sendo o câncer de língua responsável por mais de um terço dos óbitos (BIAZEVIC et al., 2006).

Em artigo de revisão, Wünsch-Filho (2002) verificou que no Brasil em 2000, 50% dos pacientes chegaram aos serviços de saúde no estágio IV (avançado) da doença enquanto que 8,7% em estágio I (inicial). O diagnóstico tardio e a grande demanda nos hospitais fazem com que os pacientes recebam tratamento em momentos mais tardios, quando procedimentos mais invasivos são necessários.

Figura 1.1- Mapa de incidência mundial de câncer bucal (CID – 10ª Revisão: C00-C08) em homens, padronizado por idade para cada 100.000 habitantes (FERLAY et al., 2002)

As terapêuticas existentes e os programas de diagnóstico precoce visam não somente a sobrevida e redução de danos, mas também a manutenção da qualidade de vida dos pacientes. Estas considerações justificam a importância de estudos epidemiológicos avaliando a carga da doença na população, no contexto brasileiro. O presente estudo procura focalizar o aspecto da qualidade de vida desses pacientes.

1.2 Qualidade de vida

“Qualidade de vida” é um conceito crescentemente empregado na avaliação das condições de saúde de uma população (hábitos alimentares, condições de moradia, emprego, lazer, etc..) e do impacto das aplicações terapêuticas associadas a diferentes grupos de enfermidades (WHOQOL GROUP, 1994). O auto-relato de qualidade de vida é um conceito multidimensional que compreende componentes físicos, emocionais e sociais associados à doença, o que dificulta a formulação de uma definição para tal conceito.

Embora não haja um consenso sobre como conceituar qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse constructo foram firmados por um grupo de especialistas de diferentes culturas estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito deve abranger a subjetividade do paciente, precisa ser multidimensional e avaliar dimensões positivas, como mobilidade, e negativas, como

dor. Estes pesquisadores propuseram uma definição transcultural para esse conceito, o qual seria compreendido como:

A percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação a seus objetivos, parâmetros e relações sociais. É um conceito amplo; afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, seu estado psicológico, nível de dependência, relações sociais e suas relações a características salientes do meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1994).

O auto-relato da qualidade de vida pode ser obtido de forma sistemática por meio de entrevistas semi-estruturadas, avaliações qualitativas e aplicação de questionários auto preenchidos, sendo este último o principal caminho utilizado pela maioria dos trabalhos publicados na literatura científica por ter um custo mais acessível e facilidade na manipulação dos dados e obtenção dos resultados (RINGASH; BEZJAK, 2001; ROGERS; FISHER; WOOLGAR, 1999).

Para pacientes com câncer em especial, o auto-relato de qualidade de vida é amplamente utilizado como ferramenta de auxílio na conduta clínica por mensurar a resposta do paciente frente à doença e às terapêuticas apresentadas. Rogers et al. (2002) compararam resultados das funções bucais, obtidos por meio de exame clínico, com resultados obtidos por meio de repostas ao questionário de qualidade de vida, encontrando grande correlação entre ambos. Como conclusão, o estudo indicou que os questionários podem ser úteis ao fornecer informações seguras da condição funcional dos pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Questionários

A escolha de um questionário de qualidade de vida está ligada à proposta do estudo e ao seu desenho. Esses questionários focalizam a avaliação das condições físicas, emocionais e sociais dos pacientes.

Rogers, Fisher e Woolgar (1999), em revisão de literatura, selecionaram artigos publicados entre 1980 a 1997 sobre o tema da qualidade de vida e câncer bucal. Os questionários utilizados nestes trabalhos foram classificados em quatro grupos principais: questionários globais, questionários utilizados para câncer em geral, questionários para câncer de cabeça e pescoço e categoria de desempenho funcional dos pacientes. Os trabalhos também foram classificados quanto ao tipo de acompanhamento: transversal ou longitudinal.

A revisão identificou 65 trabalhos, dos quais 77% foram desenvolvidos de forma transversal; 72% envolveram grupo heterogêneo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e 38% envolveram pacientes tratados especificamente por cirurgia (com ou sem radioterapia coadjuvante). Os questionários para câncer em geral mais utilizados foram o da Organização Européia para pesquisa e tratamento de câncer (EORTC) n=10 e o Avaliação funcional das terapias de câncer – Geral (FACT-G) n=5.

Os questionários específicos para câncer de cabeça e pescoço mais utilizados neste período foram: Escala das condições de desempenho (PSS-HN)

n=12, Organização Europeia para pesquisa e tratamento de câncer – cabeça e pescoço (EORTC-HN) n=6 e Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) n=7. O primeiro apresenta somente elementos que investigam a função bucal enquanto os outros dois apresentam elementos de função e desempenho das atividades do paciente. O trabalho de revisão discutiu a enorme variedade de questionários disponíveis e a necessidade de escolha baseada no desenho e objetivos do estudo. Abordou também a diversidade de informações disponíveis para que os clínicos possam conhecer e incluir a dimensão de “qualidade de vida” na rotina dos atendimentos.

Uma nova revisão (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007) reuniu trabalhos publicados entre os anos de 2000 e 2005 nas bases de dados Pub-Med e Ovid, com os termos “qualidade de vida”, “questionário” e “câncer de cabeça e pescoço”. Os trabalhos encontrados foram divididos em cinco temas principais:

- Preditores de qualidade de vida auto relatada: artigos avaliando fatores do tratamento ou características da doença que poderiam influenciar no relato de qualidade de vida;
- Resultados funcionais: estudos que englobaram o auto-relato da qualidade de vida na avaliação de limitações funcionais causadas pela doença;
- Desenvolvimento/validação de questionários: estudos que objetivaram explorar as propriedades psicométricas dos questionários, usando comparações de ferramentas ou populações;
- Estudos clínicos randomizados: estudos que utilizaram os resultados do auto-relato de qualidade de vida como parâmetro de seleção em estudos randomizados;

- Revisões ou editoriais: estudos que focalizaram revisões da literatura sobre este tema.

Foram selecionados 165 artigos. A maioria dos estudos encontrados foi desenhada de forma longitudinal (59%), estudos de corte transversal totalizaram 35% e estudos de revisão 6%. Estudos preditores de qualidade de vida foram mais freqüentes (37%). O questionário mais utilizado nesta categoria de estudo foi o EORTC. O Questionário de Qualidade de Vida da Universidade Washington (UW-QOL) foi utilizado em 23% dos trabalhos, em especial por estudos avaliando resultados funcionais. Trinta por cento dos trabalhos avaliados utilizaram outros questionários, o que, segundo os autores, reflete a multi-dimensão do auto-relato de qualidade de vida e a variedade de assuntos envolvidos. Os autores da revisão observaram que apesar do grande número de publicações a respeito do tema qualidade de vida apresentados nestes cinco anos, muitos estudos incorporaram o tema como desfecho secundário de ensaios clínicos, não sendo então, o foco principal do estudo.

2.2 Questionário de qualidade de Vida da Universidade de Washington

O Questionário da Universidade de Washington (University of Washington Quality of Life - UW-QOL) é um dos instrumentos mais utilizados no contexto internacional para mensurar qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Esta ferramenta foi especificamente desenvolvida para pacientes com câncer de cabeça e pescoço e continha originalmente nove itens. Com uma

pontuação de no máximo 100 pontos para cada item, a escala global variava entre 0 e 900 pontos, com três a cinco opções de escolha em cada item.

Hassan e Weymuller (1993) realizaram o primeiro estudo descrevendo resultados da aplicação do UW-QOL, com a participação de 75 pacientes com câncer de cabeça e pescoço desde o estágio pré-cirúrgico até três meses após o tratamento. Os resultados obtidos foram comparados com a resposta a outros questionários anteriormente validados: a Escala de Desempenho Karnofsky (Karnofsky Performance Scale) e o Perfil de Impacto da doença (Sickness Impact Profile - SIP). Os três questionários foram comparados em três fatores: aceitabilidade, validade e responsividade. Quanto à aceitabilidade, o UW-QOL obteve 97% de aceitação, sendo preferido aos demais, por ser mais conciso e fácil de responder. Quanto à validade, ou seja, a capacidade do questionário em de fato expressar as condições que se propõe avaliar, o UW-QOL obteve bons indicadores de concordância com o questionário SIP, considerado padrão ouro para este parâmetro. Quanto à responsividade, isto é, a capacidade de identificar modificações de qualidade de vida associadas a mudanças de estado clínico dos pacientes, o UW-QOL foi considerado superior aos outros dois questionários. Como o questionário deve ser preenchido pelo próprio paciente, não caberia a avaliação de reprodutibilidade do instrumento.

Rogers et al. (1998) comparou os questionários UW-QOL com três instrumentos já validados: Questionário de Qualidade de vida em formato abreviado (Medical Short Form 36 - SF-36) e os questionários da EORTC (QLQ-C33 e Head and Neck 35), para pacientes que fariam a primeira cirurgia de câncer bucal. Os autores enfatizaram as dificuldades desse tipo de determinação, pois muitos pacientes têm dificuldades em responder sozinhos questionários extensos. O estudo

permitiu concluir que o UW-QOL era apropriado para uso na prática clínica, seu preenchimento era simples e rápido para os pacientes, o processamento de seus dados era fácil e de baixo custo, além de ser válido para a apreciação do estado funcional dos doentes.

Em uma versão revisada do UW-QOL (WEYMULLER et al., 2001), foram retiradas do questionário as perguntas relativas a secura na boca e emprego, por serem considerados fatores pouco relacionados aos demais itens. Após a administração em mais de 500 pacientes, os autores indicaram as vantagens do UW-QOL corrigido, reiterando a facilidade de sua aplicação e interpretação, sua aceitabilidade e validade, além do fato de não requerer treinamento de examinadores para administrá-lo. Rogers et al. (2002) propôs a inclusão no questionário das dimensões humor e ansiedade, considerando ser necessário abordar aspectos emocionais dos pacientes. Esta nova versão do UW-QOL foi aplicada em 183 pacientes e os resultados comparados com os obtidos pela aplicação do EORTC C30. Os autores encontraram correlação positiva entre as comparações dos domínios relacionados e concluíram que o UW-QOL – 4ª edição pode ser utilizada como ferramenta completa de avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de boca e orofaringe.

Abaixo apresentamos o quadro 2.1 que mostra a evolução das modificações sofridas pelo questionário ao longo do tempo:

Edição	Ano	Características gerais
1 ^a	1993	9 questões dirigidas e texto livre.
2 ^a	1999	Acréscimo: 9 itens para escolha dos problemas mais importantes nos últimos 7 dias, 2 questões sobre a saúde geral e 1 questão específica de qualidade de vida no contexto geral de saúde.
3 ^a	2001	10 questões dirigidas, 1 item para escolha dos 3 problemas mais importantes nos últimos 7 dias, 3 questões sobre qualidade de vida no contexto geral de saúde e espaço para texto livre. Retirada: Questão sobre emprego e secura na boca, Acréscimo de questões sobre sabor e saliva.
4 ^a	2002	12 questões dirigidas. Acréscimo de humor e ansiedade.

Quadro 2.1 - Evolução do questionário UW-QOL, revisões e características gerais

O UW-QOL tem sido aplicado em países de língua não inglesa, e suas versões vêm sendo consideradas adequadas para a produção de resultados passíveis de comparações internacionais. Wang et al. (2002) realizou em seu estudo um teste de campo de uma versão em chinês do UW-QOL para pacientes com câncer de laringe, e concluiu que o instrumento seria apropriado para aplicação em seu país. Uma versão em espanhol do mesmo questionário foi julgada compatível com os níveis de escolaridade prevalentes na Argentina, após estudo de uma coorte de 100 pacientes com câncer de cabeça e pescoço (GONZÁLEZ-AGUILAR, 2000). Também no Brasil o questionário tem sido alvo de pesquisas que realizaram testes de campo da ferramenta.

Vartanian et al. (2004) utilizou o UW-QOL – 3ª edição traduzida para o português, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Em relação ao câncer de cavidade bucal e orofaringe, os autores concluíram que pacientes com menos de 60 anos relataram pior condição na aparência que pacientes com mais de 60 anos; as mulheres relataram mais dor que os homens; pacientes com tumores em estágios T3 e T4 obtiveram piores escores que os pacientes com T1 e T2. Pacientes com metástases regionais relataram piora nos escores recreação, mastigação, deglutição, fala e ombros. O tratamento (cirurgia com radioterapia) foi associado com piora dos escores de aparência, mastigação, deglutição, recreação e fala. O estudo concluiu que a diferença na composição dos escores dos pacientes com comprometimento de linfonodos e tratamento combinado (cirurgia e radioterapia) não foi estatisticamente significativa, apesar de clinicamente importante.

Outros estudos realizaram testes de campo com o UW-QOL no contexto brasileiro (ANDRADE; ANTUNES; DURAZZO, 2006; MATIAS; LEHN; ANTUNES 2007). No primeiro estudo um grupo de 100 pacientes em diversos estágios do tratamento e diversos graus de acometimento das lesões de câncer de boca e orofaringe, atendidos em um hospital de referência na cidade de São Paulo respondeu o questionário. Foi utilizada uma tradução do UW-QOL – 3º versão para a composição inicial da base de dados e após um ano foi realizada novamente a aplicação do questionário. Por meio da análise comparativa dos valores obtidos para os itens de qualidade de vida (QV) o estudo encontrou no item mastigação a menor pontuação seguida por dificuldade em engolir, dor e redução do fluxo salivar. Pacientes com tumores mais avançados, tumores na parte posterior da boca, e pacientes idosos relataram piora na qualidade de vida após o diagnóstico e o tratamento. As conclusões apontaram que o questionário foi efetivo na avaliação da

qualidade de vida dos pacientes com câncer de boca e orofaringe, além de ter sido bem aceito pelos respondentes, prático e de baixo custo.

O segundo estudo publicado em 2007 utilizou a 4ª edição do UW-QOL. O questionário foi aplicado a uma amostra heterogênea de 143 pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Heliópolis. Os resultados apontaram piores pontuações para os itens mastigação, ansiedade, deglutição e saliva. As queixas mais freqüentes na semana que antecedeu a entrevista foram dor, engolir, mastigar e saliva. O estudo também apontou a facilidade de aplicação e aceitabilidade do questionário pelos pacientes.

2.3 Validação

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propôs um guia para auxiliar pesquisadores no processo de adaptação de questionários já validados em um contexto cultural para ser utilizado em países com línguas e culturas diferentes. Este processo compreende parte da validação da ferramenta.

Vartanian et al. (2006) realizaram a tradução para o português falado no Brasil e a validação psicométrica do UW-QOL. Para a tradução e o processo de adaptação transcultural para o contexto brasileiro, os autores seguiram diretrizes de tradução reversa, aceitas internacionalmente (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Inicialmente, dois profissionais com proficiência em ambas as línguas (português e inglês), sendo um deles não pertencente à área da saúde, realizaram a tradução do inglês para o português. Um terceiro tradutor consolidou as duas versões em um documento único em português. Depois de

traduzido, o questionário foi enviado para a cidade de Washington para ser repassado para o inglês por profissionais bilíngües. A comparação desta versão com o questionário original foi realizada pela equipe de tradutores, e não foram observadas diferenças relevantes entre os termos incluídos nas duas versões. O questionário em português foi então encaminhado para ser respondido pelos pacientes.

O processo de validação segundo os autores contempla três pontos principais: conteúdo, critério e construção. A validação de conteúdo foi estabelecida com uma rigorosa aproximação do conteúdo do questionário original com o utilizado na publicação, o que foi garantido pelo processo de tradução e adaptação transcultural. Para a validação de critério, dever-se-ia testar o desempenho da escala em comparação com um padrão ouro. Entretanto, esta dimensão não foi avaliada, pois nenhum questionário é considerado padrão ouro para mensurar QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A validação de construção se dá quando os valores apresentados estão de acordo com hipóteses de relacionamento, relativas aos questionários pré-existentes que avaliaram pontos semelhantes. Neste estudo, os autores utilizaram os questionários SF-36 e a escala de depressão HADS para avaliação de construção do UW-QOL.

Os pacientes responderam o questionário UW-QOL no ambulatório do Hospital AC Camargo e após 15 dias receberam em casa uma cópia do mesmo questionário para responder novamente, com o objetivo de testar a confiabilidade da ferramenta. Cada domínio de qualidade de vida foi contabilizado em uma escala que varia de 0 (pior condição) a 100 (melhor condição). Como resultados, os autores encontraram que a tradução obteve sucesso por não apresentar nenhuma discrepância substancial entre os tradutores. Além de considerarem o questionário

confiável e com validade de construção, os autores descreveram que o questionário apresentou resultados diferentes quando ocorriam mudanças de estado clínico dos pacientes (mesmo para pequenas mudanças).

O UW-QOL também foi validado na Índia em dois idiomas: o hindu e o magadhi (D'CRUZ et al., 2007). Após avaliarem os resultados obtidos com uma amostra de 147 pacientes, os autores concluíram que houve grande correlação entre domínios similares da tradução do UW-QOL e do EORTC (questionário de comparação). Com isso, o questionário foi considerado válido e confiável para o contexto indiano.

A versão validada do questionário em português foi aplicada recentemente em um estudo que avaliou o impacto imediato da cirurgia em pacientes com câncer de boca e orofaringe (BIAZEVIC et al., 2008). O estudo revelou que os pacientes tiveram uma redução de 31% no total dos domínios de qualidade de vida logo após a cirurgia, em comparação com as respostas obtidas no pré-operatório. Os principais itens afetados foram mastigação, dor, paladar, deglutição e fala. O item ansiedade foi o único que obteve maiores pontuações após a cirurgia, indicando que os pacientes tendem a se sentir confiantes e esperançosos ao terem ficado livres da doença. Estas informações são relevantes para os pacientes e para a equipe médica, em seu esforço de antecipar o prognóstico e reduzir a ansiedade pré-operatória.

2.4 Valores de referência

Um aspecto importante para a validação dos questionários de qualidade de vida está relacionado à estimação de “valores de referência”. Não é razoável supor que toda a redução identificada nos diferentes domínios de qualidade de vida seja imputável à doença, ou que a redução de qualidade de vida tenha como termo de comparação os valores máximos atribuíveis a cada domínio. Daí a importância de se estimar valores de referência para o questionário, por meio de sua aplicação a pessoas sem experiência anterior ou atual de câncer.

Dados populacionais de referência já existem para alguns dos questionários mais utilizados para mensurar qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço como o SF-36 (BRAZIER; HARPER; JONES, 1992), EORTC C30 (MICHELSON et al., 2000) e o FACIT (CELLA; NOWINSKI, 2002).

Rogers et al. (2006) realizaram estudo com o objetivo de gerar valores de referência para o UW-QOL, além de comparar estes valores com os dados obtidos de pacientes tratados cirurgicamente por câncer de boca e orofaringe. A metodologia do estudo consistiu em aplicar a 4ª edição do UW-QOL em pacientes que aguardavam para serem atendidos em consulta odontológica em uma clínica de pós-graduação. Os pacientes foram pareados por idade e sexo com um grupo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Participaram do estudo 349 pacientes que possuíam consultas agendadas e 23 pacientes atendidos em regime de emergência. Nos resultados, os pacientes com consulta agendada pontuaram de forma mais elevada em comparação aos pacientes de emergência, os quais

relataram mais dor, ansiedade e depressão, além de restrição de atividade e recreação. Pacientes mais velhos relataram piora global na qualidade de vida. Na comparação entre homens e mulheres, apenas as questões que abordavam problemas nos ombros e saliva obtiveram resultados com diferença estatisticamente significantes. Os pacientes com câncer de boca e orofaringe obtiveram baixa pontuação nos itens de função: mastigação, deglutição, fala, sabor e saliva em comparação aos pacientes sem câncer. O estudo discutiu suas limitações em relação aos possíveis vieses de amostra e seleção, porém apontou a importância de ser o primeiro trabalho a oferecer valores de referência para o questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington. Foi observada uma pequena diferença na pontuação dos pacientes mais idosos, com menor pontuação global e em alguns domínios específicos.

A estimação de valores de referencia é um importante componente para a validação do questionário e auxilia na interpretação dos resultados apresentados pelos diferentes domínios do questionário.

3 OBJETIVOS

O objetivo do estudo foi estimar valores de referência para os diferentes domínios de qualidade de vida incluídos no questionário da Universidade de Washington sobre Qualidade de Vida (UW-QOL – 4ª edição), por meio de sua aplicação a pessoas sem câncer, e comparar estes valores com aqueles obtidos para os pacientes com câncer de boca e orofaringe em estágio pré-cirúrgico.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Considerações éticas

Todos os pacientes entrevistados assinaram o termo de consentimento preparado segundo as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). O projeto de estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Heliópolis (ANEXO A) e FOUSP (ANEXO B). O termo de consentimento constou de duas vias: a primeira foi arquivada como parte da documentação do estudo e a segunda foi entregue ao paciente. Além de cláusulas garantindo a segurança do paciente e o sigilo das informações fornecidas, o termo consentimento incluiu os dados do pesquisador responsável, que poderia ser contatado pelo paciente a qualquer momento.

4.2 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário UW-QOL em dois grupos de pacientes do Hospital Heliópolis da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O primeiro grupo foi composto por 47 pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, correspondendo à totalidade de pacientes submetidos à cirurgia primária de ressecção de câncer de boca ou

orofaringe em 2006. Dois pacientes com câncer de boca faleceram no período pós-operatório e não foram incluídos nessa casuística. O questionário foi aplicado antes da cirurgia, em pacientes na enfermaria, durante internação pré-cirúrgica, pois pacientes em diferentes etapas de evolução da doença e dos tratamentos aplicados apresentam diferentes condições que podem impactar na qualidade de vida. Os resultados da aplicação do questionário nesse grupo foram considerados valores de comparação (VC) do presente estudo.

O segundo grupo foi composto por 141 pacientes sem câncer, atendidos no período de agosto de 2007 a janeiro de 2008 nos ambulatórios de clínica médica e dermatologia do mesmo hospital. Os pacientes foram entrevistados nos ambulatórios no dia de seu atendimento. Esses pacientes foram pareados por sexo e idade (5 anos a mais ou a menos) em relação aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, para estimar os valores de referência (VR), correspondendo a pareamento com três pacientes sem câncer para cada paciente afetado pela doença. Diagnóstico prévio ou atual de câncer e procura por atendimento de saúde relacionado a enfermidades na cavidade bucal foram considerados fatores de exclusão para participar do grupo de referência.

Foi utilizada a 4ª edição do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), conforme validado para o português por Vartanian et al. (2006). Esta versão do questionário possui 12 questões com múltiplas escolhas que contemplam os seguintes domínios de qualidade de vida: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombros, paladar, saliva, humor e ansiedade. O questionário contém, ainda, uma questão para os pacientes elegerem os três domínios de qualidade de vida que foram afetados de modo mais importante na semana antecedente. Por fim, o questionário inclui três

questões para que o paciente classifique seu estado geral de qualidade de vida, levando em consideração não apenas a saúde física e mental, mas o contexto familiar, social e espiritual no qual está inserido.

Para a coleta dos dados sócio-demográficos dos pacientes, foram incluídas questões sobre sexo, idade, estado conjugal, renda, grau de instrução, peso e aglomeração domiciliar. O instrumento utilizado para a coleta de dados é apresentado no Apêndice A.

As questões de múltipla escolha foram pontuadas de 0 a 100, segundo critério pré-estabelecido pelo formulário. O valor 0 representa a pior condição para cada domínio de qualidade de vida, e o valor 100 representa a melhor condição. A escala assim obtida permite avaliar cada domínio de qualidade de vida isoladamente e de modo integrado, reunindo todas as medidas em um valor sintético e global para cada paciente. A seleção dos pacientes em ambos os grupos (comparação e referência) foi efetuada por meio de amostragem por conveniência. Selecionamos pacientes do mesmo hospital pela facilidade operacional para seleção dos pares.

4.3 Categorização das variáveis e análise dos dados

As variáveis dependentes foram compostas pelos domínios de qualidade de vida sendo analisadas como variáveis numéricas contínuas, refletindo os escores atribuídos (de 0 a 100) pelos pacientes. Como variáveis independentes, foram utilizadas características sócio-demográficas categorizadas da seguinte forma:

- Sexo: feminino / masculino;

- Idade: menos de 60 anos / 60 anos ou mais;
- Escolaridade: Ensino fundamental completo / Ensino fundamental incompleto;
- Renda familiar: até dois salários mínimos / dois ou mais salários mínimos (Salário mínimo com ano de referência 2007 no valor de R\$380,00);
- Estado conjugal: Casados / não casados (inclui: solteiros, viúvos e separados).

Os dados foram tabulados e analisados utilizando recursos estatísticos de análise paramétrica. Para comparação de VR e VC, foram calculados os escores médios e seus respectivos intervalos de confiança para cada domínio e para a pontuação geral de qualidade de vida. No grupo de pacientes sem câncer, os escores médios de cada domínio de qualidade de vida foram comparados entre subgrupos definidos por categorias sócio-demográficas. Para avaliar se as diferenças possuíam significância estatística, foi aplicado o teste T de Student. O limite de significância considerado foi de p menor do que 0,05.

Para as comparações com diferença significativa, foi estimada a razão entre os escores de qualidade de vida por meio de análise de regressão de Poisson (BARROS; HIRAKATA 2003), resultando como medida de associação a razão entre os escores de qualidade de vida atribuídos para cada domínio e para a média de todos os domínios.

Os cálculos estatísticos foram realizados pelo programa Stata 8.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA, 2003).

5 RESULTADOS

A pontuação média de qualidade de vida dos pacientes sem câncer (VR) foi 91,1 (Tabela 5.1). Esse valor foi significativamente ($p<0,01$) mais elevado que o medido para pacientes com câncer no estágio pré-operatório (VC), cujo escore médio global foi 80,6 (Tabela 5.2).

Tabela 5.1 - Valores de referência do questionário UW-QOL: escores médios informados por pacientes sem câncer e intervalo de confiança (95%)

Dimensões da qualidade de vida	Média	Intervalo de confiança (95%)
Dor	98,8	97,9 a 99,7
Aparência	93,4	91,1 a 95,7
Atividade	89,5	86,5 a 92,5
Recreação	93,1	90,5 a 95,7
Deglutição	98,3	96,8 a 99,9
Mastigação	95,7	93,4 a 98,1
Fala	96,7	94,8 a 98,6
Ombros	87,7	84,2 a 91,3
Paladar	97,2	95,0 a 99,3
Saliva	96,5	94,5 a 98,4
Humor	81,2	77,7 a 84,7
Ansiedade	65,1	60,3 a 69,9
Escore médio	91,1	89,9 a 92,3

A figura 5.1 apresenta os valores médios para cada domínio de qualidade de vida para os dois grupos de pacientes (com e sem câncer). Os VR foram significativamente mais elevados ($p<0,01$) que os VC para os seguintes domínios de

qualidade de vida: dor, aparência, deglutição, fala, paladar e ansiedade. Para os demais domínios (atividade, recreação, ombros, saliva e humor) não foi observada diferença significativa entre VR e VC.

Tabela 5.2 - Valores de comparação do questionário UW-QOL: escores médios informados por pacientes com câncer de boca e orofaringe, e respectivos intervalos de confiança (95%)

Dimensões da qualidade de vida	Média	Intervalo de confiança (95%)
Dor	72,9	65,2 a 80,6
Aparência	78,7	70,4 a 87,0
Atividade	88,8	82,2 a 95,5
Recreação	88,3	80,9 a 95,7
Deglutição	87,9	80,6 a 95,2
Mastigação	72,3	62,5 a 82,1
Fala	86,6	81,1 a 92,1
Ombros	95,7	91,5 a 100,0
Paladar	84,4	76,7 a 92,1
Saliva	93,6	88,5 a 98,7
Humor	78,7	70,7 a 86,7
Ansiedade	39,0	27,2 a 50,8
Escore médio	80,6	77,2 a 83,9

Figura 5.1 – Escores médios de cada questão de qualidade de vida de pacientes com câncer e pacientes sem câncer de boca e orofaringe

A tabela 5.3 apresenta os escores médios globais (incluindo todos os domínios) dos VR (pacientes sem câncer) segundo fatores sócio-demográficos que poderiam interferir no relato de qualidade de vida.

Tabela 5.3 - Análise comparativa dos escores médios globais segundo fatores de modificação da qualidade de vida e identificação dos domínios de qualidade de vida com diferenças estatisticamente significantes em pacientes sem câncer de boca e orofaringe

Fatores de modificação da qualidade de vida	Categorias	N	Escore médio de qualidade de vida	Domínios com diferença estatisticamente significativa
Sexo	Feminino	18	90,1	Ombros
	Masculino	123	91,3	
Estado conjugal	Casado	108	90,91	Recreação e Ombros
	Não Casado	33	91,76	
Renda familiar	4 SM ou mais	57	92,43	Recreação e Ombros
	Até 4 SM	84	90,21	
Grau de instrução	Ens. fund. completo	63	92,56	Ansiedade
	Ens. fund. incompleto	78	89,94	
Problemas na boca	Sim	16	89,69	Mastigação
	Não	125	91,26	

Os valores médios de qualidade de vida para ombros foram modificados por sexo (mulheres apresentaram escores significativamente menos elevados que os homens) e renda (pacientes com renda menos elevada apresentaram valores menos elevados). A pontuação de recreação foi modificada por renda, também com escores menos elevados para pacientes com menor renda. Ansiedade foi modificada por grau de instrução, com pacientes menos instruídos apresentando escores menos elevados. E mastigação foi modificada pela presença de problemas na boca (auto-relato de ausência de dentes, prótese mal adaptada, dentes fraturados ou outros problemas na boca), que foi fator para redução dos escores desse domínio de qualidade de vida (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Análise comparativa dos escores médios dos domínios que apresentaram diferença estatisticamente significante segundo o fator de modificação da qualidade de vida em pacientes sem câncer de boca e orofaringe

Fatores de modificação	Domínios	Categorias	Escore médio	DP	Razão dos escores	Intervalo de confiança (95%)	Valor de p
Recreação	Renda	4 SM ou mais	96,5	10,0	1,06	1,01 a 1,12 (referência)	0,017
		Até 4 SM	90,8	18,1	1,00		
Mastigação	Problemas na boca	Sim	81,3	25,0	0,83	0,73 a 0,97 (referência)	0,015
		Não	97,6	10,7	1,00		
Ombros	Sexo	Feminino	76,0	25,1	0,85	0,73 a 0,99 (referência)	0,038
		Masculino	89,5	20,6	1,00		
	Renda	4 SM ou mais	91,8	18,1	1,08	1,00 a 1,17 (referência)	0,049
		Até 4 SM	85,0	23,4	1,00		
Ansiedade	Grau de instrução	Ens. fund. completo	86,9	22,2	1,13	1,04 a 1,23 (referência)	0,003
		Ens. fund. incompleto	76,6	18,4	1,00		

6 DISCUSSÃO

O presente estudo estimou valores de referência para os diferentes domínios de qualidade de vida incluídos no questionário da Universidade de Washington sobre Qualidade de Vida (UW-QOL – 4ª edição) e comparou esses valores com aqueles obtidos para os pacientes com câncer de boca e orofaringe em estágio pré-cirúrgico. Essa avaliação é especialmente importante para se interpretar corretamente as pontuações atribuídas pelos pacientes a um questionário que tem como objetivo avaliar a percepção de vida do paciente diante de um problema de saúde.

Sabe-se que o câncer de boca afeta principalmente pessoas do sexo masculino e com idade acima de 45 anos (MAHBOUBI; SAYED, 1996). De modo geral, a idade e o sexo também podem interferir na percepção de qualidade de vida. Alterações funcionais com maior ou menor grau de limitação são acumuladas ao longo da vida e são apreendidas de modo diferencial por homens e mulheres. Nesse sentido, o atual estudo pareou o grupo de referência (pacientes sem câncer) segundo a distribuição por sexo e idade do grupo de comparação (pacientes com câncer de boca e orofaringe).

Como resultado da aplicação do questionário, identificou-se uma redução no grupo sem câncer de aproximadamente 9% da máxima capacidade funcional possível de ser aferida pelo questionário UW-QOL, o que indica o grau de perdas funcionais sofridas pela população mesmo sem uma patologia específica.

Deve-se considerar que esse valor é relativamente reduzido, o que indica favoravelmente a especificidade do questionário. Isto é, não são esperadas reduções mais substanciais da qualidade de vida, conforme aferida por esse

instrumento, na ausência de câncer de cabeça e pescoço. Deve-se, entretanto, considerar também que é natural que um grupo com esse perfil etário não tenha mantido 100% de suas capacidades físicas, mentais e sociais. Em outras palavras, nem toda redução de qualidade de vida está relacionada ao impacto do câncer ou de aplicações terapêuticas como cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

Mesmo não sendo afetados por câncer, os pacientes tiveram alguns domínios de qualidade de vida com escores variando segundo características sócio-demográficas: ombros, recreação, ansiedade e mastigação. Estudos que investigaram valores de referência para o questionário EORTC-C30 (MICHELSON et al., 2000; SCHWARZ, HINZ, 2001) também apontaram alterações em seus domínios decorrentes de gênero, renda, grau de instrução e idade.

Para Michelson et al. (2000), pacientes do sexo feminino e pacientes desempregados obtiveram piores pontuações para todos os quesitos do instrumento utilizado, na comparação com homens e pacientes empregados.

No presente estudo, as pacientes do sexo feminino obtiveram pontuação estatisticamente menos elevada que os homens na questão relativa a problemas nos ombros, o que pode ser reflexo de condições ocupacionais associadas ao gênero e não relativas ao câncer: do total de 18 mulheres entrevistadas no grupo de referência, 3 eram aposentadas e 15 exerciam funções manuais.

A renda também foi indicada como fator de modificação dos domínios recreação e problemas nos ombros: pacientes sem câncer com renda mais elevada apresentaram escores médios ligeiramente mais elevados (respectivamente 6% e 8%) que os pacientes com renda até 4 salários mínimos. No entanto, um estudo de revisão da literatura apontou a renda como não sendo fator de modificação do

prognóstico de qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer bucal (CHANDU; SMITH; ROGERS, 2006).

Rogers et al. (2006) registraram pontuações menos elevadas nos quesitos dor e recreação para pacientes com idade mais elevada. Também foram avaliadas diferenças de pontuação dos diferentes domínios qualidade de vida entre os gêneros e entre pacientes que compareceram ao serviço odontológico por urgência ou para atendimento eletivo previamente agendado. Embora esse estudo também tenha avaliado valores de referência para a aplicação do questionário UW-QOL em pacientes sem câncer, os resultados não foram comparados com estratificação por fatores sócio-demográficos.

O presente estudo apontou ansiedade como o item que obteve a pontuação média menos elevada (65,1) no grupo de referência. Essa indicação, entretanto, possivelmente reflete a ansiedade dos pacientes com o problema de saúde que motivou sua demanda por atendimento hospitalar. Essa observação é reconhecida como uma limitação do presente estudo. A opção em realizar estudo de base hospitalar representou facilidade operacional para inclusão de participantes, mas incluiu aspectos não controlados relativos aos diferentes motivos da visita hospitalar. Acredita-se, no entanto, que a opção em incluir apenas pacientes atendidos em regime ambulatorial tenha impedido ou ao menos reduzido substancialmente a inclusão de pacientes em estado grave, aproximando, dessa maneira, o grupo de referência ao ideal de comparação representado por pessoas saudáveis.

Também se observou que os escores atribuídos à ansiedade foram significativamente menores para o grupo com menor instrução, sugerindo que pacientes mais instruídos sentiam-se mais esperançosos em resolver seu problema de saúde no atendimento médico-hospitalar.

O escore médio de mastigação para os pacientes sem câncer indica que pessoas desse grupo etário reconheceram essa dimensão da qualidade de vida como já apresentando alguma limitação funcional. Essa observação é compatível com a identificação de que adultos (35 a 44 anos) no Brasil, possuem em média 13 dentes perdidos (BRASIL, 2004). A redução da capacidade mastigatória e a percepção de seu impacto sobre a qualidade de vida por pacientes sem câncer devem ser levadas em consideração nos estudos que estimam valores de referência para os questionários de qualidade de vida.

Quando se compara os valores obtidos para pacientes com e sem câncer de boca ou orofaringe, identificou-se redução estatisticamente significativa para dor, aparência, deglutição, fala, paladar e ansiedade, indicando que esses são os domínios mais afetados pela doença. Essa observação é compatível com estudos que monitoraram a qualidade de vida de pacientes com câncer de boca ou orofaringe no contexto brasileiro (ANDRADE; ANTUNES; DURAZZO, 2006; BIAZEVIC et al., 2008; MATIAS; LEHN; ANTUNES, 2007).

Para Rogers et al. (2006) os pacientes com câncer relataram de 5 a 35% a mais de queixas, quando comparados aos pacientes sem câncer. As piores pontuações aconteceram nos quesitos mastigação, deglutição, sabor e saliva. É importante notar que as funções bucais corresponderam aos domínios mais afetados pelo câncer bucal.

Embora o questionário UW-QOL tenha sido originalmente proposto para auto-aplicação e preenchimento por parte dos pacientes, o presente estudo contou com dois entrevistadores especificamente treinados para não influírem nas respostas e apenas lerem as perguntas aos pacientes. Um estudo investigou se haveria diferenças entre os escores de instrumentos de QV administrados mediante

entrevista e auto-aplicados, em amostras de pessoas soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana, encontrando diferenças não significativas entre as duas modalidades de aplicação (WU et al., 1997).

A opção de realizar estudo de base hospitalar foi apontada como limitação do estudo. Em outro estudo realizado com a mesma finalidade (ROGERS et al., 2006) tentou contornar essa dificuldade utilizando amostragem de conveniência provinda de pacientes da clínica odontológica de um curso de pós-graduação. Essa opção também é sofrível, uma vez que todos os indivíduos procuravam atendimento para problemas bucais, o que também deve ter se refletido nos escores de vários domínios da qualidade de vida.

No presente estudo, os pacientes foram entrevistados nas clínicas médica e dermatológica, e não possuíam histórico atual ou passado de câncer. Os problemas bucais apresentados pelos pacientes estavam relacionados a problemas crônicos que não eram foco da demanda por atendimento médico.

Não se pode afirmar que os valores descritos no presente estudo sejam referência para a população como um todo, pois o estudo não possui características de amostra probabilística. No entanto, o presente estudo pôde inferir que nem toda a redução de qualidade de vida nos diferentes domínios relevantes para os pacientes com câncer de boca e orofaringe são devidos à doença ou aos seus tratamentos. A utilização de questionários de qualidade de vida é um importante elemento de avaliação da progressão da doença e da efetividade dos tratamentos. Mas não se pode deixar de considerar que nem todas as queixas apresentadas pelos pacientes são decorrentes do câncer de boca ou orofaringe ou do respectivo tratamento. A qualidade de vida também é afetada por outras condições, como idade, gênero,

ocupação, renda, escolaridade, as quais devem ser monitoradas nos estudos de qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

A aplicação do questionário UW-QOL 4ª edição, tradução validada em Português, em um grupo de pacientes sem câncer, com perfil etário análogo ao de pacientes afetados pela doença, permitiu estimar em cerca de 9% a redução nos escores médios atribuídos ao conjunto de domínios avaliados.

A reduzida magnitude dessa redução indica a especificidade do questionário, pois não se verificou extensa variação dos escores na ausência da doença.

A estimação de valores de referência para o questionário indica também que nem toda redução de QV dos pacientes com câncer bucal pode ser atribuída à doença ou ao tratamento, pois há perdas naturais de QV que são sofridas pelos indivíduos ao longo da vida, quando se emprega o parâmetro máximo (100%) aferido pelo questionário como termo de comparação.

Dor, aparência, deglutição, fala, paladar e ansiedade foram os domínios de QV que sofreram alterações significativas na comparação de pacientes com câncer de boca ou orofaringe, no estágio pré-cirúrgico, com pacientes não afetados pela doença.

REFERÊNCIAS¹

Andrade FP, Antunes JL, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Braz Oral Res* 2006 Oct-Dec;20(4):290-6.

Antunes JLF, Biazevic MGH, Araujo ME, Tomita NE, Chinellato LEM, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol* 2001;37(4):345-50.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000 Dec 15;25(24):3186-91.

Biazevic MG, Antunes JL, Togni J, de Andrade FP, de Carvalho MB, Wünsch-Filho V. Immediate impact of primary surgery on health-related quality of life of hospitalized patients with oral and oropharyngeal cancer. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 Jul;66(7):1343-50.

Biazevic MG, Castellanos RA, Antunes JL, Michel-Crosato E. Trends in oral cancer mortality in the city of São Paulo, Brazil, 1980-2002. *Cad Saude Publica* 2006 Oct;22(10):2105-14.

Brasil. Projeto SB Brasil 2003 - condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados Principais Ministério da Saúde. [s.l.:s.n.], 2004.

Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305(6846): 160-4.

Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehab*. 2002;83(12 Suppl 2):S10–7.

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódico segundo base de dados MEDLINE.

Chandu A, Smith AC, Rogers SN. Health-related quality of life in oral cancer: a review. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:495-502.

D'cruz AK, Yueh B, Das AK, McDowell JA, Chaukar DA, Ernest AW. Validation of the University of Washington quality of life questionnaires for head and neck cancer patients in India. *Indian J Cancer* 2007 Oct-Dec;44(4):147-54.

Dobróssy L. Epidemiology of head and neck cancer: Magnitude of the problem. *Cancer Metastasis Rev* 2005;24:9–17.

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin P. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004. Disponível em URL: <http://www.depdb.iarc.fr/globocan/globocan2002.htm> [2008 set.10].

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:21-8.

González-Aguilar O, Pardo HA, Vannelli AM, Simkin DO, Rossi A, Simkin D. Is quality of life an obstacle of head and neck surgery?. *Rev Argent Cir* 2000;78: 171-9.

Guillemin F, Bonbardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin Epidemiol* 1993;46:1417-5.

Hassan SJ, Weymuller EA Jr. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck* 1993 Nov-Dec;15(6):485-96.

INCA. Estimativa 2008 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008> [2008 out 14].

Mahboubi E, Sayed GM. Oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni Jr. JF, editors. *Cancer epidemiology and prevention*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 583-95.

Matias KS, Lehn CN, Antunes JLF. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe por meio do questionário UW-QOL. *RPG. Rev de Pós-Graduação*. 2007;14:139-46.

Michelson H, Bolund C, Nilsson B, Brandberg Y. Health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30– reference values from a large sample of Swedish population. *Acta Oncol* 2000;39(4):477–84.

Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo. CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. São Paulo: EDUSP, Fundação Oncocentro de São Paulo; 2005.
Ringash J, Bezjak A. A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients *Head Neck* 2001 Mar;23(3):201-13.

Rogers SN, Ahad SA, Murphy AP. A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000-2005. *Oral Oncol* 2007 Oct;43(9):843-68. Epub 2007 Jun 27.

Rogers SN, Fisher SE, Woolgar JA. A review of quality of life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999;28:99-117.

Rogers SN, Gwanne S, Lowe D, et al. The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington Quality of Life scale. *Head Neck* 2002;24:521–9.

Rogers SN, Lowe D, Brown 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 Sep;34(5):361-72.

Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002 Feb;40(1):11-8.

Rogers SN, O'Donnell JP, Williams-Hewitt S, Christensen JC, Lowe D. Health-related quality of life measured by the UW-QoL – reference values from a general dental practice. *Oral Oncol* 2006 Mar;42(3):281-7.

Rosenquist K, Wennerberg J, Schildt EB, Bladström A, Göran Hansson B, Andersson G. Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol* 2005 Dec;125(12):1327-36.

Schlecht NF, Franco EL, Pintos J, Negassa A, Kowalski LP, Oliveira BV, et al. Interaction between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancers of

the upper aero-digestive tract in Brazil. *Am J Epidemiol* 1999 Dec 1;150(11):1129-37.

Schwarz R, Hinz A. Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *Eur J Cancer* 2001;37(11):1345–51.

Stewart BW; Kleihues P. editors. World cancer report. Lyon, France. 2003: IARC Press; 2003.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.

Vartanian JG, Carvalho AL, Toyota J, Kowalski IS, Kowalski LP. Socioeconomic effects of and risk factors for disability in long-term survivors of head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006a Jan;132(1):32-5.

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 Dec;28(12):1115-21.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AV, de Melo RL, Correia LM, et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 Oct;130(10):1209-13.

Wang G, Ji W, Pan Z, Guo X. Feasibility of University of Washington-Quality of Life questionnaire for follow up of laryngeal cancer in China. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 2002;24:53-6.

Weymuller EA Jr, Alsarraf R, Yueh B, Deleyiannis FW, Coltrera MD. Analysis of the performance characteristics of the University of Washington Quality of Life instrument and its modification. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127: 489-93.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

Wu AW, Hays RD, Kelly S, Malitz F, Bozzette SA. Applications of the medical Outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res* 1997;6:531-54.

Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol* 2002;38:737–46.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética da FOUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**PARECER DE APROVAÇÃO**
Protocolo 03/07

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Qualidade de vida e câncer de boca e orofaringe: valores de referência"**, de responsabilidade do Pesquisador **Fabiana Paula de Andrade**, sob orientação do Professor Doutor **José Leopoldo F. Antunes**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 16 de fevereiro de 2007

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética do Hospital Heliópolis

COMPLEXO HOSPITALAR HELIÓPOLIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**APROVAÇÃO**

São Paulo, 11 de Dezembro de 2006.

Ao

Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

Informamos que o projeto de pesquisa: ***“Qualidade de Vida e Câncer de Boca e Orofaringe Valores de Referência”***, registrado neste CEP sob nº 508 tendo como relator Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 07/11/2006.

Lembramos que é obrigatório o envio de relatório anual e final para este Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Jozias de Andrade Sobrinho

Coordenador

APÊNDICE A - Questionário utilizado no estudo

Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

Nome: _____ Data: _____

	Ocupação
Idade atual	Estado conjugal
Renda Familiar	Número de pessoas no domicílio
Instrução	Número de quartos no domicílio
Peso	Altura

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida **durante os últimos sete dias**. Por favor responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu não tenho dor.
 75 ☐ Há dor leve não necessitando de medicação.
 50 ☐ Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente.
 25 ☐ Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados.
 0 ☐ Eu tenho dor severa, não controlada por medicação.

2. Aparência (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Não há mudança na minha aparência.
 75 ☐ A mudança na minha aparência é mínima.
 50 ☐ Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo.
 25 ☐ Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência.
 0 ☐ Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência.

3. Atividade (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu estou tão ativo quanto sempre estive.
 75 ☐ Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não freqüentemente.
 50 ☐ Eu estou freqüentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa.
 25 ☐ Eu não saio de casa porque eu não tenho força.
 0 ☐ Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa.

4. Recreação (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa.
 75 ☐ Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir.
 50 ☐ Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso.
 25 ☐ Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV.
 0 ☐ Eu não posso fazer nada agradável.

5. Deglutição (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu posso engolir tão bem como sempre.
67 ☐ Eu não posso engolir algumas comidas sólidas.
33 ☐ Eu posso engolir somente comidas líquidas.
0 ☐ Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca.

6. Mastigação (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu posso mastigar tão bem como sempre.
50 ☐ Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas.
0 ☐ Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves.

7. Fala (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Minha fala é a mesma de sempre.
67 ☐ Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone.
33 ☐ Somente minha família e amigos podem me entender.
0 ☐ Eu não sou entendido pelos outros.

8. Ombro (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu não tenho problemas com meu ombro.
67 ☐ Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força.
33 ☐ Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho.
0 ☐ Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro.

9. Paladar (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu sinto sabor da comida normalmente.
67 ☐ Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente.
33 ☐ Eu posso sentir o sabor de algumas comidas.
0 ☐ Eu não sinto o sabor de nenhuma comida.

10. Saliva (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Minha saliva é de consistência normal.
67 ☐ Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente.
33 ☐ Eu tenho muito pouca saliva.
0 ☐ Eu não tenho saliva.

11. Humor (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer.
75 ☐ Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente.
50 ☐ Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer.
25 ☐ Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer.
0 ☐ Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer.

12. Ansiedade (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu não estou ansioso por causa do meu câncer.
67 ☐ Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer.
33 ☐ Eu estou ansioso por causa do meu câncer.
0 ☐ Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer.

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?

Marque [X] em até 3 alternativas

☐ Dor	☐ Deglutição	☐ Paladar
☐ Aparência	☐ Mastigação	☐ Saliva
☐ Atividade	☐ Fala	☐ Humor
☐ Recreação	☐ Ombro	☐ Ansiedade

Questões gerais

Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde (marque uma alternativa: [X])

- ☐ Muito melhor
- ☐ Um pouco melhor
- ☐ Mais ou menos o mesmo
- ☐ Um pouco pior
- ☐ Muito pior

Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [X])

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Média
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: [X])

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Média
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

Por favor descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais se necessário).