JOSÉ ROBERTO NETTO SOARES

**Avaliação da qualidade de vida em pacientes com tumores
avançados de cavidade oral submetidos a cirurgias de
grande porte**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Clínica Cirúrgica

Orientador: Prof. Dr. Claudio Roberto
Cernea

**São Paulo
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Soares, José Roberto Netto

Avaliação da qualidade de vida em pacientes com tumores avançados de cavidade oral submetidos a cirurgias de grande porte / José Roberto Netto Soares.
-- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Clínica Cirúrgica.

Orientador: Claudio Roberto Cernea.

Descritores: 1.Qualidade de vida 2.Neoplasias bucais 3.Reconstrução mandibular 4.Transplante ósseo 5.Carcinoma de células escamosas 6.Osteotomia mandibular

USP/FM/DBD-263/15

*À Denise, a Rafael, a Bruno e à Giovana:
Razão da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Claudio Roberto Cernea, pela paciência e disposição de seu tempo à leitura e releitura, e às necessárias correções.

Aos Prof. Dr. Fernando Luis Dias e Dr. Roberto Rego Monteiro de Araújo Lima, pelo incentivo à realização deste empreendimento.

Ao Dr. Ulyyanov Bezerra Toscano, pelas horas de companhia e pela colaboração, sem o que não teria sido possível a finalização desta tese.

À Dra. Ana Carolina Pastel, pela inestimável ajuda na busca dos artigos correlacionados ao título e ao assunto deste trabalho.

À Dra. Fernanda Gonzales R. Souza, pela sua dedicação à realização da aplicação dos testes com a necessária isenção.

Aos colegas da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pelo seu trabalho incansável no tratamento do paciente portador das neoplasias de cavidade oral.

Ao Dr. Ruitier Diego de Moraes Botinelly, por seu conhecimento inestimável às questões de informática.

A Dra. Baiena Feijolo Souto, pela facilidade nos cálculos estatísticos, e por sua tradução simples dos resultados.

Aos residentes da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, motivo de minha dedicação profissional.

Aos pacientes da seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, razão principal de minha atividade.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª Ed. São Paulo: Serviços de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	2
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Principal	10
2.2 Objetivo Secundário	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Epidemiologia do Câncer de Cavidade Oral.....	12
3.2 Etiopatogenia do Carcinoma Espinocelular da Cavidade Oral.....	13
3.2.1 Aspectos Gerais.....	13
3.2.2 Tabagismo e Etilismo.....	13
3.2.3 Outros Fatores de Risco	16
3.2.4 Teoria do Campo de Cancerização	16
3.3 Câncer avançado de Cavidade Oral e Cirurgia Composta de Boca	17
3.4 Qualidade de Vida e Psico-Oncologia.....	19
3.5 Qualidade de Vida e Câncer de Cabeça e Pescoço	21
3.5.1 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL).....	23
3.5.2 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-H&N)	24
3.5.3 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 Delineamento do Estudo	29
4.2 Critérios de Inclusão	29
4.3 Critérios de Exclusão	30
4.4 Identificação da População de Estudo.....	30

4.5 Questionário Empregado	30
4.6 Metodologia da Entrevista	31
4.7 Variável Dependente (desfecho).....	31
4.8 Variáveis Descritivas e Independentes	31
4.9 Número de Participantes.....	33
4.10 Análise Estatística	33
4.11 Aprovação pelas Comissões de Ética	34
5 RESULTADOS	37
5.1 Seleção da Amostra (Gráfico 1).....	37
5.2 Análise Descritiva das Características Sociodemográficas e Clínicas da População Estudada.....	37
5.3 Distribuição Epidemiológica.....	39
5.4 Distribuição do sítio anatômico (Gráfico 2).....	39
5.5 Estadiamento TNM (Gráfico 3).....	40
5.6 Tratamento	41
5.7 Distribuição do Escore de Qualidade de Vida (Tabela 4)	41
5.8 Distribuição do Escore no Quesito Dor	42
5.9 Distribuição do Escore no Quesito Aparência	43
5.10 Distribuição do Escore no Quesito Fala	44
5.11 Distribuição do Escore no Quesito Paladar	45
5.12 Distribuição do Escore no Quesito Deglutição	46
5.13 Distribuição do Escore no Quesito Humor	47
5.14 Distribuição do Escore no Quesito Mastigação.....	48
5.15 Distribuição do Escore no Quesito Ansiedade	49
5.16 Distribuição do Escore no Quesito Atividade	50
5.17 Distribuição do Escore Médio Total	51
5.18 Análise Descritiva dos Domínios do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), de Acordo com o Sítio Tumoral	51
5.19 Variáveis Clínicas e Demográficas Associadas à Qualidade de Vida (UW-QOL).....	54
6 DISCUSSÃO.....	61
7 CONCLUSÕES.....	69
8 ANEXOS.....	71

8.1 Anexo A – Versão validada em português do Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington.....	71
8.2 Anexo B – Versão validada em Português do Questionário de Qualidade de Vida FACT- HN (Versão 4.0).....	77
8.3 Anexo C - EORTC QLQ – H&N35 – Versão Final	86
9 REFERÊNCIAS	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEP	Comissão de Ética e Pesquisa
CID-O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i>
DP	Desvio-padrão
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
FACIT	<i>Functional Assessment Chronic Illness Therapy</i>
FACT-G	<i>Functional Assessment Cancer Therapy General</i>
FACT	HN: <i>Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-H&N)</i>
HCI	Hospital do Câncer I
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NNK	4-metilnitrosamino-1-3-piridil-1-butanona
NNN	N-nitrosonornicotina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAH	Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos
QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire – C30
QLQ-H&N35	Quality of Life Questionnaire – HN35
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RXT	Radioterapia
SF-36	<i>Short-Form 36-Item Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

TNM	Classificação de Tumores Malignos
TP53	<i>Tumor Protein P53</i>
TV	Televisão
UICC	<i>Union for International Cancer Control</i>
UW-QOL	<i>University of Washington quality of Life Scale</i>

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Pacientes submetidos a tratamento cirúrgico	37
Gráfico 2	Distribuição de sítio anatômico acometido	40
Gráfico 3	Estadiamento TNM	40
Gráfico 4	Tratamento	41
Gráfico 5	Escore de Qualidade de Vida por Paciente	42
Gráfico 6	Média Escore "Dor", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	42
Gráfico 7	Média Escore "Aparência", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	43
Gráfico 8	Média Escore "Fala", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	44
Gráfico 9	Média Escore "Paladar", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	45
Gráfico 10	Média Escore "Deglutição", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	46
Gráfico 11	Média Escore "Humor", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	47
Gráfico 12	Média Escore "Mastigação", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	48
Gráfico 13	Média Escore "Ansiedade", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	49
Gráfico 14	Média Escore "Atividade", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	50
Gráfico 15	Média Escore Total, por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia.....	51
Gráfico 16	Distribuição dos escores nos grupos estudados	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características demográficas e clínicas de pacientes com neoplasias malignas e cavidade oral (n=47).....	38
Tabela 2	Características cirúrgicas e de reabilitação dos pacientes com neoplasias malignas de cavidade oral (n=47)	39
Tabela 3	Distribuição dos grupos por faixa etária.....	39
Tabela 4	Distribuição da média de escore por grupo de reconstrução.....	42
Tabela 5	Frequência dos domínios objetivos do UW-QOL.....	52
Tabela 6	Frequência dos domínios subjetivos do UW-QOL.....	54
Tabela 7	Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral	56
Tabela 8	Regressão linear múltipla entre o escore composto do questionário UW-QOL e variáveis selecionadas entre os pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral (n=47).....	58

RESUMO

Soares JRN. *Avaliação da qualidade de vida em pacientes com tumores avançados de cavidade oral submetidos a cirurgias de grande porte* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

Desde os primórdios da Medicina, a grande preocupação do profissional era ser humanista, com conhecimento cultural, sociológico, familiar, psicológico e espiritual do seu paciente. Durante a primeira metade do século XX, houve uma verdadeira explosão de novas técnicas operatórias e de evoluções no campo tecnológico, principalmente durante e logo após as duas grandes guerras mundiais. Novas especialidades, dentre essas a Cancerologia e suas subdivisões, iniciaram técnicas próprias de tratamento cirúrgico. Desde então, os tratamentos impulsionaram a realização de novos métodos de reconstrução dos defeitos produzidos pelas cirurgias, cada vez mais invasivas e mutiladoras. Portanto, além do diagnóstico e tratamento das enfermidades, começou a existir a preocupação com o resultado destes, como o tipo de contribuição e resultados funcionais para o paciente. Nas últimas décadas, houve a necessidade de avaliar a Qualidade de Vida (QV) destes pacientes frente aos tratamentos realizados. As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral submetidos a operações radicais com intenção curativa, comparando um grupo de pacientes submetidos à reconstrução funcional de mandíbula com um grupo de pacientes nos quais esta reconstrução não foi efetuada. **Material e métodos:** 47 pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer (HCI-INCa), portadores de carcinoma espinocelular (CEC) de cavidade oral, em estádios III e IV, foram submetidos ao tratamento cirúrgico com mandibulectomia segmentar e radioterapia complementar. Todos foram submetidos ao teste de Qualidade de Vida após o tempo mínimo de seis meses do tratamento cirúrgico. A maioria tinha como sítio anatômico da lesão primária mucosa jugal (49%), seguido do rebordo gengival (33%). As avaliações dos dados colhidos foram analisadas utilizando valores médios, medianas, desvios padrões, frequências simples e percentuais. A avaliação foi feita comparando os tipos de reconstrução: pacientes submetidos a mandibulectomia sem reconstrução funcional da mandíbula (Grupo 1) e com reconstrução funcional da mandíbula (Grupo2). O teste aplicado foi o da Universidade de Washington (UW-QOL). **Resultados:** Inicialmente, foram selecionados 183 pacientes, contudo em apenas 47 (25,7%) pacientes foi possível a realização da entrevista, sendo estes a amostra para o estudo. A maioria dos pacientes do grupo selecionado era do sexo masculino, total de

39 homens (82,9%). A idade média foi de 64,4 anos (25-94 anos). A maioria dos pacientes apresentava estadiamento clínico IV (83%), foram submetidos à radioterapia adjuvante (95,4%). Treze (27,65%) pacientes receberam reconstrução funcional da mandíbula (grupo 2). A média do escore obtido após a avaliação dos questionários foi de 64,6 (50 a 86,83), a média do escore do Grupo 1 foi de 65 e do Grupo 2 foi de 63,1. Os piores escores foram encontrados nos quesitos deglutição (Grupo 1 escore de 54,13 e Grupo 2 escore de 53,92) e mastigação (Grupo 1 escore de 25 e Grupo 2 escore de 23,08). Não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhum quesito quando comparamos os dois grupos. Pacientes com estadiamento clínico III apresentaram a variável idade na data da entrevista mostrou significância clínica e estatística no domínio dor ($p=0,049$), evidenciando que pacientes com mais de 60 anos relatavam melhor escore do que os com idade inferior a 60 anos na data da entrevista. A situação conjugal foi estatisticamente associada à qualidade de vida no domínio saliva ($p=0,045$) e clinicamente, nos domínios aparência e ombro. Pacientes com estadiamento clínico III apresentaram clinicamente melhores escores do que os com estágio IV, evidenciando significância estatística no domínio recreação ($p = 0,034$). Os pacientes com mais de dois anos de tempo transcorrido entre a cirurgia e a entrevista apresentaram melhores escores de qualidade de vida dos que os com menos de dois anos, com significância estatística para os domínios dor ($p=0,032$), recreação ($p=0,034$), fala ($p=0,046$), paladar ($p=0,009$), ansiedade ($p=0,011$) e escore composto. Pacientes com menos de 2 anos de tratamento apresentaram pior escore composto, único quesito com significância estatística entre os grupos ($p=0,023$). **Conclusão:** Não houve diferenças estatisticamente significativas nos domínios de Qualidade de Vida entre os dois grupos estudados (com reconstrução óssea *versus* sem reconstrução óssea), pacientes entrevistados 2 anos ou mais após o tratamento apresentaram escores superiores ($p=0,023$), único dado com diferença estatisticamente significativa.

Descritores: Qualidade de vida; Neoplasias bucais; Reconstrução mandibular; Transplante ósseo; Carcinoma de células escamosas; Osteotomia mandibular.

ABSTRACT

Soares JRN. *Quality of life avaliation of pacientes with advanced tumors of oral cavity undergoing radical operations* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2015.

Since the beginning of Medicine, the major concern of the professional was to be humanist, having cultural, sociological, family-related, psychological and spiritual knowledge of his patient. During the first half of the twentieth century there was an explosion of new surgical techniques and developments in the technological field, especially during and after the two world wars. New specialties, among these the Oncology and their subdivisions initiated proper techniques of surgical treatment. Since then the treatments have boosted the implementation of new methods of reconstruction of defects produced by surgery, increasingly invasive and mutilating, therefore, in addition to the diagnosis and treatment of diseases, came into being the concern about the outcome of these, such as the type of contribution and functional results for the patient. Over the last decades there was a need to assess the Quality of Life (QL) of these patients compared to the treatments performed. Malignant neoplasms of the head and neck, by their own anatomical location, may entail significant changes in vital functions related to feeding, communication and social interaction of the affected individuals. **Objective:** Assessing the quality of life of patients with advanced malignant neoplasms of the oral cavity undergoing radical operations with curative interaction, comparing a group of patients undergoing functional reconstruction of the jaw with a group of patients in whom this reconstruction was not performed. **Material and methods:** A total of 47 patients enrolled in the Head and Neck Surgery Section of the Cancer Hospital (HCI-INCA). Carriers of squamous cell carcinoma (SCC/CEC) of the oral cavity, in stages III and IV., were submitted to surgical treatment with segmental mandibulectomy and complementary radiotherapy. All were submitted to the Quality of Life test after a minimum period of six months from the surgery. Most had the anatomical site of primary buccal mucosa (49%), followed by gingival border (33%). The assessment of the data collected was analyzed using averages, medians, standard deviations, simple frequencies and percentages. The evaluation was made by comparing the types of reconstruction: patients undergoing mandibulectomy without functional reconstruction of the jaw (Group 1) and functional reconstruction of the jaw (Group 2). The test used was the University of Washington (UW-QOL). **Outcome:** Initially, 183 patients were selected, but with only 47 (25.7%) patients the interview was possible, which are the sample for the study. Most of the selected group of patients were male, total 39 men (82.9%). The average age was 64.4 years (25-94 year-old). Most of the patients had clinical stage IV (83%), underwent adjuvant radiotherapy (95.4%). Thirteen

(27.65%) patients had functional reconstruction of the mandible (Group 2). The mean score obtained after the evaluation of the questionnaires was 64.6 (50 to 86.83), Group 1's average score was 65 and Group 2 was 63.1. The worst scores were found in swallowing (Group 1 score of 54.13 and Group 2 score of 53.92) and chewing questions (Group 1 score of 25 and Group 2 score of 23.08). There were no statistically significant differences in any question when we compare the two groups. Patients with clinical stage III presented a variable age at the interview showed clinical and statistical significance in the pain domain ($p = 0.049$), showing that patients older than 60 years reported better score than under the age of 60 years at the interview. Marital status was statistically associated with quality of life in the saliva domain ($p = 0.045$) and clinically in the fields appearance and shoulder. Patients with clinical stage III showed clinically better scores than those with stage IV, showing statistical significance in the recreation area ($p = 0.034$). Patients with more than two years of time between surgery and the interview have better quality of life scores than those with less than two years, with statistical significance for the pain domain ($p = 0.032$), recreation ($p = 0.034$), speech ($p = 0.046$), taste ($p = 0.009$), anxiety ($p = 0.011$) and composite score. Patients younger than 2 years of treatment had worse composite score, only question statistically significant between groups ($p = 0.023$). **Conclusion:** There were no statistically significant differences in the areas of quality of life between the two groups (with bone reconstruction versus without bone reconstruction), patients interviewed two years or more after treatment had higher scores ($p = 0.023$), only data showing a statistically significant difference.

Descriptors: Quality of life; Mouth neoplasms; Mandibular reconstruction; Bone transplantation; Carcinoma; Squamous cell; Mandibular osteotomy.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nos relatos mais antigos, como na Bíblia e nos livros mesopotâmicos, nos poemas épicos e nas gestas das mais diversas civilizações, identifica-se a distinção entre o conhecimento revelado e o adquirido, a ciência humana. Este movimento compreensivo do espírito, envolvendo questionamento e trabalho intelectual, pode ser considerado o início da pesquisa científica propriamente dita. São as descobertas que se fazem por meio da observação, análise e classificação dos fenômenos, em que, mais tarde, se acrescentará a experimentação (Gallian, 1999).

Com os filósofos gregos, portanto, a ciência humana, fruto da investigação e da pesquisa, adquire um novo *status* na cosmovisão ocidental. Tudo agora é passível de exame, de crítica e, portanto, o conhecimento, a ciência, mesmo das coisas mais profundas e essenciais, não é visto como algo que se acolhe e se recebe, mas como algo que se arranca e se conquista (Gallian, 1999).

Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais – pois não podemos nos esquecer que, para o homem grego, os deuses não deixam de ser sujeitos ativos na História e na vida das pessoas. Este foi o modelo, a concepção de médico e de medicina que se perpetuou historicamente – obviamente, não sem mudanças, rupturas e transformações – no Ocidente até bem pouco tempo atrás (Gallian, 1999).

É certo que, no Renascimento, no alvorecer da Modernidade, muitos dos postulados clássicos começaram a ser revistos, graças ao espírito investigativo que caracterizou o período. Veremos, então, Michelangelo revolucionando a anatomia ou, um pouco mais adiante, Vesalius contestando Hipócrates (Porter, 1999). Isso, entretanto, não afetou a

concepção filosófica da medicina, que, muito mais agora do que na Idade Média, se afirmava como uma ciência essencialmente humanística (Gallian, 1999).

Apesar do rápido desenvolvimento do chamado método experimental – ou, simplesmente, “método científico” – durante o século XIX, a visão humanística da medicina continuou a dominar diversas gerações de médicos em todo o mundo. Durante essa época, forjou-se a imagem romântica do médico sábio, conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia, da farmacologia, mas também amante da literatura, da filosofia, da história. Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que, invariavelmente, andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – este respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas, fundamentalmente, humano-científica; uma operação que envolvia elementos de caráter cultural e psicológico (Gallian, 1999).

A medicina moderna, como a conhecemos hoje, começou a se desenhar da metade do século XIX, principalmente as especialidades cirúrgicas. Inicialmente, com a descoberta dos agentes anestésicos, éter e clorofórmio, puderam os cirurgiões da época explorar o corpo humano em sua profundidade, sem que o paciente perecesse durante o ato pelo choque neurogênico provocado pela dor (Thornwald, 2010).

Não obstante, houve, inicialmente, um aumento assustador nos óbitos causados pelas infecções pós-operatórias. Os conceitos de assepsia e antissepsia foram desenvolvidos por descobertas ocasionadas pela observação na época, na diferença de comportamento dado aos pacientes nas enfermarias que eram administradas pelas mulheres enfermeiras daquelas em que os cirurgiões eram os únicos a manipularem os pacientes sem os cuidados de higiene nos exames entre os casos operados. Ainda neste final de século, surgiram os primeiros resultados experimentais

formulados por Pasteur e Lister no campo da bacteriologia e do conceito de cirurgia asséptica.

O desenvolvimento das análises laboratoriais e outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o aparecimento de medicamentos como a penicilina começou a propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história. Assiste-se a um verdadeiro “milagre” e, ao se iniciar o século XX, tudo dava a entender que a medicina estava prestes a atingir a sua idade de ouro, o seu estágio de “ciência exata” (Gallian, 1999).

Durante todo o século XX, houve uma verdadeira explosão de novas técnicas operatórias e de evoluções no campo tecnológico, principalmente durante e logo após as duas grandes guerras mundiais diante da necessidade de tratamento dos feridos de guerra. O desenvolvimento das Ciências Médicas levou ao aumento na expectativa de vida, provocando a necessidade de novas propostas cirúrgicas pelas doenças até então consideradas intratáveis e raras. Dentre tantas, a Cancerologia começou a ser tratada como uma especialidade, ganhando destaque na segunda metade do século XX (Thornwald, 2010).

Durante as últimas décadas, a Medicina passou a outro patamar. Além do diagnóstico e tratamento das enfermidades, começou a existir a preocupação com o resultado destes, como o tipo de contribuição e resultados funcionais para o paciente. Dentro da oncologia, a análise da qualidade de vida (QV) vem sendo reconhecida nos últimos anos como um importante método. Essas avaliações vêm sendo feitas com regularidade na população oncológica de cabeça e pescoço (Vartanian *et al.*, 2006).

O câncer de cabeça e pescoço compromete funções importantes no organismo, tais como a fala, respiração, digestão e deglutição. Segundo Modesto e Costa (2009), uma das maiores preocupações relatadas pelos pacientes é a desfiguração associada à doença e às cirurgias de grande porte, acrescida da diminuição ou perda de importantes funções. A diminuição da autoestima, insegurança, depressão, sentimentos de

inferioridade e sensações de perda podem causar perturbações emocionais significativas nesses pacientes.

Muitas vezes, as cirurgias radicais podem provocar mudanças corporais do paciente devido à extensão do tratamento cirúrgico. Um número considerável de pacientes com câncer de cabeça e pescoço sente-se mutilado, estigmatizado e confrontado com a reação das pessoas, podendo resultar em *stress* e isolamento social, havendo a necessidade de readaptação funcional e psicossocial (Capisano, 1992; Bittencourt *et al.*, 2009). A cirurgia composta da cavidade oral apresenta como consequências sequelas na fonação e deglutição, continência oral, com mastigação deficiente e importante comprometimento no aspecto estético. Essas alterações contribuem para a incapacidade dos pacientes, podendo levar ao desenvolvimento de depressão, isolamento por parte dos familiares e do meio social (Santos, 2000).

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida diária. Nesse cenário, a avaliação de qualidade de vida nessa população de pacientes pode ajudar na melhor compreensão do real impacto da doença e de seu tratamento na vida dos indivíduos. Em suma, as sequelas ocasionadas pelo tratamento são fatores relevantes que devem ser considerados não apenas pela perspectiva do profissional de saúde, mas pela do paciente, pelo fato do constructo QV abordar questões específicas associadas aos fatores psicossociais (Zandonai *et al.*, 2010).

A realização de pesquisas sobre QV em pacientes com câncer é fundamental para avaliar os domínios afetados e planejar as intervenções para a reabilitação desses pacientes. O termo QV apresenta-se em duas vertentes: uma de cunho popular e outra relacionada ao contexto de pesquisa científica que propõe mensurar aspectos afetados pela doença. No entanto, são identificadas duas tendências para definir QV na área da

saúde: um conceito mais genérico e outro, mais específico e objetivo, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Embora não haja um consenso sobre a definição de QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS), que estuda QV, conceituou-a, de maneira geral, como “*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*”. Por outro lado, o termo QVRS é, frequentemente, empregado na literatura e utilizado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. Entretanto, isto implica em aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Instrumentos que mensuram QVRS são uma ferramenta comumente utilizada para a avaliação do impacto da doença em pessoas. É multidimensional, avaliando o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade; todos os aspectos potencialmente afetados por algumas doenças crônicas. Estudos dessa natureza são importantes para levantar o estado da informação produzida sobre o tema, as lacunas nesta produção e proporcionar uma síntese do conhecimento segundo níveis de evidências que facilitam na transposição dessas para a prática clínica (Zandonai *et al.*, 2010).

Apesar de contribuir com apenas 4% da incidência dos casos de câncer e ser responsável por 3% das mortes, o câncer de cabeça e pescoço tem um impacto significativo na QV. Nos últimos anos, o reconhecimento da avaliação multidimensional destes tumores e seu tratamento nos pacientes têm desencadeado uma explosão de interesse em QV e nas publicações de muitos instrumentos de avaliação doença-específicos (Ringash; Bezjak, 2001).

O tratamento cirúrgico para o câncer de cavidade oral tem um importante efeito negativo na qualidade de vida, definida como uma discrepância percebida entre o estado atual e o ideal do paciente. Sequelas funcionais e estéticas após a incisão cirúrgica e a ressecção tumoral, frequentemente associadas à radioterapia pré ou pós-operatória, sempre modificam a percepção do paciente e a habilidade de interagir com outros

socialmente. Enquanto cicatrizes e alterações corporais podem ser escondidas durante atividades sociais, e situações dramáticas, como colostomia permanente ou *shunt* vascular para diálise, podem ser bem manejadas em público, pacientes com câncer de cabeça e pescoço não podem encobrir alterações funcionais pós-tratamento e devem lidar com o subsequente impacto negativo na autoestima e confiança. Memoráveis avanços em técnicas de reconstrução de cabeça e pescoço têm promovido grandes resultados estéticos e funcionais, buscando preservar uma qualidade de vida compatível com uma autoaceitação satisfatória e nos relacionamentos interpessoais (Villaret *et al.*, 2008).

Um sistema de monitoramento da QV para o câncer de cabeça e pescoço reparado pela cirurgia reconstrutiva requer ferramentas válidas e aplicáveis na avaliação tanto da saúde global quanto daqueles fatores específicos da região da cabeça e pescoço. A mensuração da saúde em geral permite uma avaliação global do estado do paciente e de seu bem-estar, comparações das doenças, e promove um entendimento dos efeitos e das sequelas das diferentes terapias. As mensurações específicas à cabeça e ao pescoço são menos afetadas pelas comorbidades, devem ser mais precisas, e são, usualmente, mais sensíveis às mudanças clínicas. Teoricamente, a combinação entre as medidas específicas e as gerais permite um mais completo acesso estratégico. Porém, os pacientes podem rejeitar esta combinação de mensurações potencialmente exaustivas por serem longas ou aborrecedoras, competindo com a compreensão. Assim, é necessário determinar quais dimensões de saúde são importantes nas doenças da cabeça e do pescoço, e quais são realmente específicas. Se todas as medidas significantes são bem estudadas pelas avaliações de saúde global, as avaliações específicas à cabeça e ao pescoço serão desnecessárias. Se certas avaliações são únicas à cabeça e ao pescoço, então, apenas estas devem ser incluídas nas avaliações específicas à área. Uma revisão na literatura específica revelou um grande número de artigos em QV em cabeça e pescoço, e várias medidas de avaliação. A maioria dos estudos vem usando um processo seletivo que determina o que incluir nas

avaliações de qualidade de vida em cabeça e pescoço. De fato, existe uma consistência surpreendente nestes estudos nos termos de conceitos de vida que são, atualmente, utilizados. Alguns autores conduziram uma revisão sistemática da literatura publicada e que agrupou todas em dimensões de QV num sistema categorizado, incluindo: bem-estar emocional, espiritual, sexualidade/intimidade, relacionamento social, ocupação funcional, funcionamento físico, estado físico incluindo dor, satisfação quanto ao tratamento, saúde global, fala/comunicação e alimentação/deglutição. Várias destas dimensões são utilizadas por diversos estudos de medidas de saúde gerais, como a *The Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey* (SF-36). Variáveis que podem ser consideradas específicas à cabeça e ao pescoço incluem: alimentação/deglutição, fala/comunicação e aparência. Relato de dor diferiu entre as questões gerais e sítio específicas em, pelo menos, um dos estudos avaliados, e dor em cabeça e pescoço pode ser uma potencial variável específica. Não está claro, porém, se algumas destas variáveis específicas são distintas daquelas utilizadas pelas medidas gerais de avaliação de saúde. Por exemplo, dificuldades na comunicação podem se refletir fortemente no trabalho ou relacionamento social.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral, submetidos a operações radicais com intenção curativa, comparando um grupo de pacientes submetidos à reconstrução funcional de mandíbula com um grupo de pacientes nos quais esta reconstrução não foi efetuada.

2.2 Objetivo Secundário

Identificar os domínios associados à pior qualidade de vida de pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral, submetidos a cirurgias radicais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia do Câncer de Cavidade Oral

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2014), para os anos de 2014 e 2015, são esperados 576 mil casos novos de câncer no Brasil, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a importância do câncer no país. Mundialmente, os tumores malignos de cabeça e pescoço correspondem a 10% de todos os tipos, sendo que, aproximadamente, 40% correspondem ao câncer de cavidade oral, considerado o mais comum dentre os tumores malignos de cabeça e pescoço.

Nos anos de 2014 e 2015, no Brasil, estimam-se, anualmente, 11.280 casos novos de câncer de cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres, de acordo com as estimativas do INCA (2014).

Trata-se do sexto tumor mais prevalente do total de casos novos em 2014. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente nas regiões Nordeste (7,16/100 mil) e Sudeste (15,48/100 mil). Na região Centro-Oeste (8,18/100 mil), ocupa a quinta posição, enquanto nas regiões Sul (15,21/100 mil) e Norte (3,21/100 mil), é o sexto mais frequente. Entre as mulheres, é o nono mais frequente nas regiões Nordeste (3,72/100 mil) e Sudeste (4,88/100 mil). Na região Norte (1,60/100 mil), ocupa a 11ª posição, enquanto nas regiões Centro-Oeste (3,30/100 mil) e Sul (3,09/100 mil), respectivamente, o 12º e o 15º mais incidente (INCA, 2014).

Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são o tabagismo e o etilismo. Estudos apontam que o hábito de fumar e beber estabelece um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. O fumo é

responsável por cerca de 42% dos óbitos por essa neoplasia. Já o etilismo intenso associa-se a, aproximadamente, 6% dos óbitos (Vicente, 2000; Magrin; Kowalski, 2003).

As taxas de mortalidade por câncer da cavidade oral apresentam um declínio na população masculina na maioria dos países. No entanto, de acordo com Kowalski (2003), em mulheres, esse comportamento ainda não pode ser observado, uma vez que o início do uso do tabaco por essas foi posterior ao dos homens.

3.2 Etiopatogenia do Carcinoma Espinocelular da Cavidade Oral

3.2.1 Aspectos Gerais

No desenvolvimento do CEC de cavidade oral, os fatores mais comumente associados são fumo, álcool, infecção por HPV, deficiências nutricionais, má higiene oral, doença periodontal (Blot; McLaughlin; Winn *et al.*, 1988).

Irritação de longa data por doença periodontal crônica, próteses mal adaptadas, dentes afiados ou fraturados, e edentulismo têm sido implicados como cofatores na gênese do câncer bucal (Tezal; Sullivan; Reid *et al.*, 2007).

3.2.2 Tabagismo e Etilismo

Vários trabalhos revisaram os fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço. O tabagismo tem participação em cerca de 70% de todas as neoplasias malignas e mortes, e o mecanismo de dano do tabaco pela indução de mutação no gene TP53 foi proposto (Brennan; Boyle; Koch *et al.*, 1995).

Gandini (2008) determinou o risco relativo de câncer oral em tabagistas ativos de 3,43 (95%; intervalo de confiança 2.37–4.94), e considerou este risco dose-dependente. A carcinogênese induzida pelo tabaco é comprovada, e cerca de 1/4 dos cânceres de cavidade oral são originados pelo tabaco. Mais de 60 substâncias cancerígenas estão presentes na fumaça do cigarro. As mais importantes são nitrosaminas específicas do tabaco, tais como a 4-metilnitrosamino-1-3-piridil-1-butanona (NNK) e a N-nitrosonornicotina (NNN), hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAH), e aminas aromáticas. Em particular, NNK, NNN e PAH têm sido associadas ao câncer oral (Johnson, 2011).

A adição do hábito da ingestão alcoólica ao ato de fumar ou mascar fumo aumenta o risco para câncer oral. A associação entre tabaco e câncer da cavidade oral é dose-dependente, sendo maior quanto maior o número de cigarros diários e o tempo de exposição ao tabagismo. Os fumantes que consomem pequena quantidade diária de cigarros apresentam risco pouco maior que os não fumantes, ao passo que aqueles com o vício mais intenso apresentam o risco muito elevado (Petti, 2008).

O álcool e o tabaco são apontados por muitos estudos como fatores de risco para o câncer da cavidade oral; como o consumo de ambos costuma coexistir, fica difícil mensurar a influência de cada fator individualmente. Tem sido sugerido que o álcool aumenta a penetração de carcinógenos na mucosa oral, e isso se deve ao fato de ele aumentar a solubilidade de tais substâncias na mucosa oral. As concentrações de compostos no interior da cavidade oral demonstraram um aumento na permeabilidade da face ventral da língua humana *in vitro* a moléculas de alto peso molecular na presença de álcool. As alterações na membrana trazidas pela incorporação de etanol dentro da própria membrana podem ter um papel a desempenhar na carcinogênese, especialmente com o consumo moderado de álcool. Estudos mostram que o álcool pode afetar o reparo do DNA, aumentando o risco para câncer oral (Wight; Ogden, 1998).

Nos países asiáticos, o uso de produtos de tabaco sem fumaça, como gutkha, masala e *betel-quid*, é responsável por uma percentagem considerável dos casos de câncer bucal.

Vários estudos têm relatado um componente familiar importante no desenvolvimento de câncer oral. As estimativas de risco em parentes de primeiro grau de pacientes com câncer bucal variam amplamente. O modelo multifatorial da carcinogênese é amplamente aceito e postula a transição gradual de lesões pré-malignas para o fenótipo do tumor metastático.

Uma variedade de alterações se acumulam para potencializar esta transição e aumentar gradualmente a alteração epitelial. Uma progressão semelhante foi demonstrada em cânceres orais, indo desde a hiperplasia e a displasia, até o carcinoma *in situ* e câncer avançado, fruto de alterações genômicas. Várias lesões orais são de particular relevância para a carcinogênese oral: as leucoplasias orais, o líquen plano e as eritroplasias (Tsantoulis; Kastrinakis; Tourvas; Laskaris; Gorgoulis, 2007).

As principais enzimas que metabolizam o álcool são a álcool-desidrogenase, que oxida o etanol em acetaldeído, e a aldeído-desidrogenase, que transforma o acetaldeído em acetato. O acetaldeído é responsável pelo efeito carcinogênico oral do etanol, por meio de múltiplos efeitos mutagênicos no DNA. Algumas substâncias presentes em determinadas bebidas, como a N-nitrosodiethylamine encontrada em algumas cervejas e whisky, são associadas com um risco aumentado de câncer na cavidade oral (Ogden; Wight, 1998).

O álcool também age das seguintes formas para promover a carcinogênese: o etanol danifica os fosfolípidos das membranas celulares e aumenta a permeabilidade, principalmente a carcinógenos do tabaco por meio da mucosa oral. Também altera os mecanismos de reparo de DNA, e age como solvente, permitindo aos carcinógenos do tabaco penetrarem os tecidos, possivelmente catalisando sua ativação. É altamente calórico, diminuindo os efeitos protetores de alimentos como frutas e vegetais ao deprimir a fome. Por fim, é hepatotóxico, reduzindo a efetividade de enzimas

que desintoxicam os carcinógenos, principalmente pela via do citocromo P-450 (Gelbier; Johnson; Peters, 1997).

3.2.3 Outros Fatores de Risco

Má higiene dentária e doença periodontal estão associadas ao risco aumentado de carcinoma espinocelular de cavidade oral (Syrjanen; Gissman; Koss; Velly; Franco; Schlecht, 1998; Tezal; Sullivan; Reid, 2007).

Antissépticos bucais com álcool parecem estar associados com o aparecimento de câncer na cavidade oral (Gandini; Negri; Boffeta *et al.*, 2012).

Vários estudos caso-controle referem associação inversamente proporcional entre o consumo de frutas e vegetais, e tumores orais (Block; Patterson; Subar, 1992; Potter; Steinmetz, 1996; La Vecchia; Tavani; Franceschi; Levi; Corragao; Negri, 1997).

Zeng (1995) demonstrou um grande efeito protetor dos carotenos e vitamina C de vegetais e frutas. Estima-se que 15% dos cânceres orais e orofaríngeos na Europa passam ser atribuídos à deficiência dietética (La Vecchia; Tavani; Franceschi; Levi; Corragao; Negri, 1997).

3.2.4 Teoria do Campo de Cancerização

A agregação de alterações genéticas durante a progressão fenotípica é assumida como um grande grupo de células heterogêneas, considerado um “campo de células geneticamente alteradas”, que originarão as lesões precursoras. Esta teoria, proposta, inicialmente, por Slaughter (1950), explica a alta taxa de recorrência e de surgimento de segundos tumores primários na cavidade oral. De acordo com uma adaptação recente deste conceito, as células geneticamente alteradas gradualmente proliferaram e expandem em um campo não invasivo, isto é, ainda mais vulnerável aos

danos genômicos. Este domínio, apesar de ser macroscopicamente detectável, é um terreno fértil para a evolução das lesões pré-malignas e, eventualmente, câncer invasivo. Embora a excisão local possa remover completamente um carcinoma oral, o campo pode persistir e o paciente pode estar em risco para o aparecimento posterior de um segundo tumor no mesmo campo (Tsantoulis; Kastrinakis; Tourvas; Laskaris; Gorgoulis, 2007).

3.3 Câncer avançado de Cavidade Oral e Cirurgia Composta de Boca

O câncer de cavidade oral, segundo Castro Jr. *et al.* (2008), é a neoplasia maligna mais frequente da cabeça e pescoço. Em sua grande maioria, os pacientes chegam tardiamente aos serviços especializados de cabeça e pescoço, devido a fatores como o atraso no diagnóstico e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade, tendo como implicações pior resultado de sobrevida, e cirurgias extensas e mutilantes.

O quadro clínico do paciente depende da localização da lesão e de sua extensão. A principal queixa desses pacientes é a massa tumoral associada à dor, que ocorre quando já há infiltração muscular ou de filetes nervosos. Outros sintomas da doença avançada incluem disfagia, saliva com sangue, incômodo das próteses dentárias, mobilização dos dentes, diminuição da mobilidade da língua e trismo (Castro, 2008).

Segundo Magrin *et al.* (2008), o tratamento para pacientes com câncer de cavidade oral em estádios III e IV consiste, principalmente, da operação composta, incluindo ressecção da lesão de boca, segmento de mandíbula e esvaziamento cervical (pelveglossomandibulectomia segmentar com esvaziamento cervical), seguidos de radioterapia adjuvante. Os objetivos do tratamento são: oferecer cura, reabilitação das funções normais e qualidade de vida estética e psicossocial, nesta ordem. Mesmo com essa combinação de tratamentos, estudos mostram que o tratamento curativo ocorre somente na minoria dos pacientes e que menos que 30% sobreviverão após 5 anos.

A reparação dos defeitos funcionais e estéticos deve ser feita imediatamente, quando possível, incluindo a reconstrução mandibular. Existem diversas opções de reconstruções disponíveis a serem consideradas de acordo com a necessidade de cada caso, como retalhos locorregionais e reconstruções microcirúrgicas com ou sem reconstrução óssea, levando-se em consideração as condições clínicas do paciente (Magrin *et al.*, 2008).

A radioterapia é uma modalidade terapêutica empregada de forma adjuvante, que visa ao melhor resultado curativo dessas doenças avançadas. No entanto, pode ocasionar efeitos colaterais e transtornos para o paciente se alimentar durante e após o período das aplicações. Os efeitos precoces da irradiação são edema, mucosite, anorexia e alteração do paladar, que dificultam a mastigação e a formação do bolo alimentar, enquanto que os efeitos tardios são a xerostomia e alterações dentárias. Além disso, o estado nutricional do paciente fica, frequentemente, debilitado nesse período (Vicente, 2000; Almeida *et al.*, 2004).

Para Santos (2000), nos tratamentos instituídos para neoplasias malignas avançadas de cavidade oral, os pacientes apresentarão sequelas na fonação e deglutição, continência oral, com mastigação deficiente e importante comprometimento no aspecto estético. Essas alterações contribuem para a incapacidade dos pacientes, podendo gerar problemas importantes, tais como depressão, e isolamento familiar e social.

Costa Neto (2008) assegura que, enquanto cicatrizes e alterações corporais em pacientes com neoplasias em outras partes do corpo podem ser escondidas durante atividades sociais, pacientes com câncer de cabeça e pescoço não podem encobrir alterações funcionais pós-tratamento e devem lidar com o subsequente impacto negativo na autoestima e confiança.

O tratamento cirúrgico tem um importante efeito na qualidade de vida, que vem sendo definida como uma discrepância percebida entre o estado atual e o ideal do paciente. Sequelas funcionais e estéticas após tratamento, frequentemente associadas à radioterapia pré ou pós-operatória, costumam

modificar a percepção do paciente e a habilidade de interagir com outros socialmente (Costa Neto, 2008).

Outro aspecto de grande relevância a ser avaliado entre os pacientes é a dor, por ser complexa e multidimensional, se trata de um sintoma clínico e subjetivo, levando-se em conta que medidas terapêuticas eficazes para o controle da dor melhoram a qualidade de vida do paciente. De acordo com Siqueira (2006), a queixa da dor ocorre em cerca de 60% dos pacientes com câncer bucal.

3.4 Qualidade de Vida e Psico-Oncologia

O cirurgião, sendo um escravo da forma e da anatomia, muitas vezes sente-se frustrado, pois lidando com o ser humano, o acrescentar e o tirar estão mais sujeitos às leis do próprio corpo do que a sua força criativa. Além de enfrentar essas limitações de ordem anatômica, o cirurgião encontra-se diante de um ser que pensa, que se interpreta e que escolhe seu Deus (Pitanguy, 1992).

O câncer é uma doença que pode trazer alterações físicas, sociais e psicológicas para as pessoas acometidas, perpassando um contexto de sofrimento e morte. Dentre todos os tipos de câncer, o de cabeça e pescoço apresenta como peculiaridade o fato de ser na face, de suma importância para as relações interpessoais, sociais e para a elaboração da autoimagem do indivíduo. Os diversos tratamentos para o câncer de cabeça e pescoço acarretam mudanças significativas nos aspectos físicos e funcionais, tendo como consequência maior ou menor impacto para a qualidade de vida do indivíduo (Silos; Costa, 2009).

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida diária.

Nesse cenário, como ratificam Noronha e Dias (1997), e Santos (2000), a avaliação de qualidade de vida nessa população de pacientes pode ajudar à melhor compreensão do real impacto da doença e seu tratamento na vida dos indivíduos. Em suma, as sequelas ocasionadas pelo tratamento são fatores relevantes que devem ser considerados não apenas pela perspectiva do profissional de saúde, mas, da mesma forma, pela perspectiva do paciente.

Os tratamentos cirúrgicos extensos determinam morbidades significativas na vida dos pacientes. Na cirurgia radical do câncer de cavidade oral, os pacientes apresentarão sequelas na fonação e deglutição, continência oral, com mastigação deficiente e risco de aspiração.

As reações de perda dos pacientes diante de uma cirurgia radical são imprevisíveis, pois abarcam constructos subjetivos, como autoimagem e esquema corporal. A mutilação pode ser real ou simbólica para o paciente, pois depende do significado que o paciente atribui ao órgão afetado ou perdido, às sequelas que esse fato acarreta, assim como, da forma como o paciente lidou com outras perdas ao longo de sua vida (Sebastiani, 2002).

Com a prática diária no trabalho com os pacientes, podemos perceber a importância do acompanhamento e do olhar diferenciado, valorizando suas queixas e expectativas após uma cirurgia radical. De acordo com Simonton (1987), a intervenção psicológica deve auxiliar o paciente a lidar com suas emoções e frustrações. A psicoterapia tem por objetivo ajudar o paciente a manejar suas emoções, identificar suas necessidades, buscar novas formas e mais eficazes de lidar com o *stress*, e ter maior participação e envolvimento no processo de doença e cura.

Como atesta Silveira (2005), o psicólogo atua promovendo a expressão dos sentimentos, e reestruturação da imagem corporal e autoestima do paciente. Objetiva desenvolver recursos de enfrentamento diante da doença e seus tratamentos, e melhorar a qualidade de vida do paciente. Para que possa auxiliar no processo de reabilitação do paciente, deve-se levar em consideração que essas cirurgias proporcionam sequelas crônicas com as quais esses pacientes terão que lidar ao longo da vida, e a reabilitação

precisa ter como objetivo resgatar os aspectos funcionais e psicológicos dos pacientes.

O principal aspecto da avaliação da qualidade de vida é sua natureza subjetiva e singularidade de cada paciente. No caso da operação mencionada, em que ocorre mutilação, é possível que o paciente avalie satisfatoriamente sua vida em geral, enquanto outro possa avaliar negativamente. Costa Neto *et al.* (2008) afirmam que fatores como estratégias de enfrentamento psicológico e rede de suporte social podem influenciar na qualidade de vida e na avaliação do paciente da mesma.

Enfrentamento é o processo de mobilização psicológica, comportamental e cognitiva que visa à adaptação às diferentes etapas da doença. É um conjunto de estratégias que possui um aspecto contextual, podendo ser eficaz em uma determinada situação e ineficaz para lidar com a mesma situação em outro momento. O primordial é avaliar a funcionalidade das estratégias de enfrentamento em determinado contexto (Peçanha, 2008).

3.5 Qualidade de Vida e Câncer de Cabeça e Pescoço

A realização de pesquisas sobre Qualidade de Vida (QV) em pacientes com câncer é fundamental para levantar os domínios afetados e planejar as intervenções para a reabilitação desses pacientes. Embora não haja um consenso sobre a definição de QV, o grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que estuda Qualidade de Vida a conceituou de maneira geral como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (Modesto; Costa, 2009).

De acordo com Modesto e Costa (2009), Qualidade de Vida é considerada um construto multidimensional que avalia o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar e sexualidade, que são relevantes para algumas doenças crônicas. Estudos referentes a esse tema

são importantes para a obtenção de informações precisas sobre esse e proporcionam uma síntese do conhecimento atual, contribuindo para a transposição dessas evidências para a prática clínica.

Ainda existe uma falta de consenso sobre o significado da expressão Qualidade de Vida, somado à criação do conceito “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”, que se refere ao impacto da saúde sobre três funções: mobilidade, atividade física e atividade social. Segundo a OMS, o constructo qualidade de vida possui três componentes: a subjetividade, por considerar a percepção da pessoa sobre seu próprio estado de saúde e aspectos não médicos de seu contexto de saúde, a multidimensionalidade, por ser um constructo composto por diferentes dimensões, e a bipolaridade, explicado pelo fato desse constructo sempre apresentar dimensões positivas e negativas.

Apesar de contribuir com apenas 4% da incidência dos casos de câncer e ser responsável por apenas 3% dos óbitos, o câncer de cabeça e pescoço tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Nos últimos anos, o reconhecimento da avaliação multidimensional destas neoplasias malignas e seu tratamento têm desencadeado um significativo aumento de interesse em QV e nas publicações de muitos instrumentos de avaliação doença-específicos.

Tem havido um aumento de interesse por parte dos pesquisadores na pesquisa clínica, que procuram incluir uma medida de “qualidade de vida relacionada à saúde” em estudos de resultados de tratamentos e cuidados médicos. Avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde medem alterações no que diz respeito à saúde física, funcional, psíquica e social, com a finalidade de avaliar os custos humanos e financeiros, e os benefícios de novas intervenções (Modesto; Costa, 2009).

Um sistema de avaliação da qualidade de vida para o câncer de cabeça e pescoço requer ferramentas que não sejam só válidas e passíveis de serem realizadas, mas que permita a avaliação tanto da saúde global quanto daqueles fatores específicos da região da cabeça e pescoço,

incluindo os efeitos e sequelas físicas(os) e/ou funcionais dos diferentes tratamentos.

Atualmente, existem diversos instrumentos específicos desenvolvidos em outros países disponíveis para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. No nosso estudo, utilizamos o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), que é um dos principais questionários para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

De acordo com Modesto e Costa (2009), os questionários de avaliação da qualidade de vida (QV) são ferramentas úteis para avaliar o paciente, seu prognóstico, impacto da terapêutica utilizada, distinção entre pacientes ou grupos de pacientes. Ao avaliar o paciente individualmente, os questionários possibilitam aos profissionais de saúde avaliar como os pacientes vivenciam a doença e as consequências das modalidades terapêuticas.

3.5.1 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL)

Hassan e Weymuller Jr. foram os responsáveis pelo desenvolvimento do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington, em 1990, quando compararam os resultados de sua aplicação com os questionários já validados, *Karnofsky Performance Scale* e o *Sickness Impact Profile*. O UW-QOL foi criado especificamente para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, continha nove domínios e mostrou-se superior a ambos em relação à aceitabilidade, validade e responsividade. Foram acrescentados dois domínios na segunda versão do questionário, em 1995, referentes à avaliação de qualidade de vida global e relacionada à saúde. O UW-QOL foi considerado o único questionário de QV que efetua a avaliação da importância específica de cada domínio para os pacientes com câncer de boca e orofaringe. Na terceira versão, em 2000, foi removido o domínio sobre emprego e acrescentados itens relacionados à radioterapia (Matias, 2005).

Em 2001, a quarta versão foi realizada com o acréscimo de dois domínios emocionais (humor e ansiedade). Esta versão atual é composta por doze questões relacionadas a funções específicas à cabeça e ao pescoço, como também relacionadas à atividade, à recreação, à dor, ao humor e à ansiedade. Cada domínio apresenta de três a cinco categorias de resposta com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor) que podem ser avaliados de duas formas: individualmente em cada domínio e, também, o escore total de todos os domínios, em que é calculado um escore composto, que seria a média dos doze domínios (Vartanian *et al.*, 2007).

Contém uma questão que permite ao paciente classificar quais destes domínios são os mais importantes para ele e também três questões gerais sobre sua qualidade de vida global e relacionada à saúde. A validação para o Brasil foi realizada pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital do Câncer A. C. Camargo (Vartanian *et al.*, 2007).

Vartanian *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa composta por 344 pacientes brasileiros portadores de câncer de cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe, com, pelo menos, dois anos sem a doença ativa, que incluiu a aplicação do UW-QOL. De acordo com os resultados obtidos, os domínios do questionário eram quase todos classificados como importantes para os pacientes. Entretanto, dor e aparência foram classificados como menos importantes do que o domínio funcional, que se mostrou a maior prioridade entre os pacientes.

3.5.2 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-H&N)

Em 1993, o questionário multidimensional *Functional Assessment Cancer Therapy General* (FACT-G) foi validado para o Inglês com 28 itens, que avaliam as dimensões física, funcional, social, bem-estar emocional e satisfação do relacionamento com o médico durante o tratamento (List; D'Antonio; Cella; Siston; Mumby; Hraf; Vokes, 1996). Em 1996, questões

específicas ao câncer de cabeça e pescoço foram incluídas no FACT G e o questionário foi validado para o Inglês (Gandini; Botteri; Iodice; Boniol; Lowenfels; Maisonneuve; Boyle, 2008).

O questionário de qualidade de vida FACT-HN (versão 4.0) foi submetido à tradução e adaptação transcultural para o Português sob orientação da *Functional Assessment Chronic Illness Therapy* (FACIT) (Anexo B). A validação transcultural em Português foi realizada pelos autores (Furia; Vartanian; Toyota; Kowalski; Carvalho, 2005; Furia, 2006).

O questionário é multidimensional e autoaplicativo, incluindo 5 domínios: físico (7), social-familiar (7), emocional (6), funcional (7), e 12 questões específicas ao câncer de cabeça e pescoço, utilizando-se da escala de Likert de 0 a 4. O instrumento é conciso e de fácil aplicação (5 minutos), apresentando escores finais das subescalas e totais das escalas globais. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida.

O instrumento FACT-HN apresenta sensibilidade para avaliar pacientes com câncer nas fases iniciais e tardias do tratamento, podendo relacionar questões não específicas à doença e à terapêutica. Um estudo multicêntrico realizado em São Paulo demonstrou que, inúmeras variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e clínico-funcionais estão diretamente relacionadas à qualidade de vida, considerando-se os escores totais propostos pelo questionário FACT-HN (Furia; Kowalski; Gois Filho; Abrahão; Cervantes; Fava; Sennes; Carvalho, 2006).

3.5.3 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC)

O questionário QLQ-H&N35 (Anexo C), desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), foi validado em muitas línguas e é bastante utilizado na avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço. É baseado no paciente, sendo autoadministrável. Trata-se de um módulo específico

destinado a esses pacientes que deve ser aplicado conjuntamente com o questionário core QLQ-C30 da EORTC (Aaronson; Ahmedzai; Bergman; Bullinger; Cull; Duez; Filibert; Flechtner; Fleishman; de Haes, 1996), de avaliação da qualidade de vida global em pacientes portadores de neoplasias em geral, fazendo com que tanto domínios globais quanto específicos, nesses pacientes, sejam avaliados. Tem sido desenvolvido desde 1992 e foi submetido a várias avaliações multiculturais predominantemente em países ocidentais, que demonstraram sua validade e confiabilidade, detectando inclusive mudanças no estado clínico dos pacientes (Bjordal; de Graeff; Fayers; Hammerlid; van Pottelsberghe; Curran; Ahlner-Elmqvist; Maher; Meyza; Brédart; Söderholm; Arraras; Feine; Abendstein; Morton; Pignon; Huguenin; Bottomly; Kaasa, 2000; Bjordal; Kaasa, 1992.). Avalia sete domínios: dor (itens 31, 32, 33, 34), deglutição (35, 36, 37, 38), sentidos (paladar e olfação, itens 43 e 44), fala (46, 53, 54), comer social (49, 50, 51, 52), contato social (48, 55, 56, 57, 58), e sexualidade (59, 60), além de possuir 11 itens específicos sobre problemas dentários (39), trismo (40), xerostomia (41), saliva espessa (42), tosse (45), mal-estar (47), consumo de analgésicos (61), suplementos nutricionais (62), sonda para alimentação (63), e perda/ganho de peso (64,65). Consiste em 30 questões com quatro respostas possíveis tipo Likert de 4 pontos (ou seja: não - 1 ponto, pouco - 2 pontos, moderado - 3 pontos, muito - 4 pontos) e cinco questões com respostas binárias tipo sim - 2 pontos ou não - 1 ponto. Sua aplicação é mais longa que a de outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida, pois, quando usado junto com o questionário core QLQ-C30, inclui 65 perguntas.

O módulo destina-se a avaliar QV em pacientes acometidos pelas mais variadas neoplasias de cabeça e pescoço, nos mais variados estádios e nas diferentes modalidades de tratamento aos quais esses pacientes possam vir a ser submetidos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, entre outros).

A avaliação baseia-se em medidas de escores variando de 0 a 100, sendo que, quanto mais alto o escore, pior a intensidade do problema no domínio avaliado. Tal questionário QLQ-H&N35 sofreu adaptação cultural no ambulatório do Serviço de Oncologia Clínica – Instituto de Radiologia – Hospital das Clínicas da FMUSP a partir do questionário disponível em Português de Portugal, seguida de teste-piloto em 20 pacientes, sendo aceito como culturalmente adaptada para o Português do Brasil desde 2004.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Este é um estudo prospectivo-exploratório, de coorte da avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes com câncer de cavidade oral no período mínimo de seis meses após terem sido submetidos ao tratamento cirúrgico nesta especialidade. Foi determinado esse intervalo de tempo, pois compreende um tempo mínimo necessário para o paciente realizar a cirurgia proposta e radioterapia complementar, e um tempo ideal máximo para avaliarmos sua adaptação ao tratamento instituído e ao tipo de reabilitação.

4.2 Critérios de Inclusão

- Pacientes de ambos os sexos;
- Idade entre 25 a 75 anos;
- Matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HC I/ INCA;
- Portadores de carcinoma espinocelular (CEC) de cavidade oral, em estádios III e IV;
- Submetidos a cirurgias radicais ou pacientes submetidos de cirurgia de resgate;
- Foram estudados os subsítios língua, rebordo gengival e soalho de boca;
- Pacientes tratados com operação composta incluindo ressecção de lesão de boca, segmento de mandíbula e esvaziamento cervical;
- Todos foram analisados após seis meses do tratamento cirúrgico.

4.3 Critérios de Exclusão

- Os pacientes que se encontram fora dos critérios mencionados acima;
- Pacientes internados;
- Sem possibilidade de localização telefônica;
- Não comparecimento ao agendamento ambulatorial;
- Doença em atividade.

4.4 Identificação da População de Estudo

Os pacientes foram identificados a partir do mapa cirúrgico do período de 2004 a 2012. Os prontuários foram revisados a fim de verificar o *status* vital e os critérios de elegibilidade. Aqueles elegíveis foram contatados por telefone e convidados a participar da pesquisa. Também foram convidados os pacientes elegíveis que compareceram ao ambulatório de seguimento do serviço de cabeça e pescoço no período da coleta de dados (dezembro/2009 a abril/2013).

4.5 Questionário Empregado

Foram estudados os seguintes subsítios da boca: língua, assoalho e rebordo gengival. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que foi realizada por meio de aplicação dos questionários UW-QOL.

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Cabeça e Pescoço/HCI, pela colaboradora desse estudo, a psicóloga Fernanda Gonzalez Rocha Souza, especializada em Psicologia em Oncologia pelo INCA.

4.6 Metodologia da Entrevista

As informações foram coletadas por meio da aplicação do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington UW-QOL, que foi preenchido pelo paciente. Na eventualidade do paciente não ter sido capaz de preenchê-lo (nível sociocultural), a psicóloga responsável pela aplicação do questionário pode fazê-lo. O Questionário UW-QOL foi escolhido para esse estudo por possuir questões específicas relacionadas a funções de Cabeça e Pescoço dentre as relacionadas à QV, por ser instrumento sucinto, de fácil entendimento e com rápida aplicação (Vartanian *et al.*, 2007).

4.7 Variável Dependente (desfecho)

A análise do Questionário UW-QOL foi realizada de duas formas: individualmente em cada domínio, por meio dos escores de cada resposta; e calculando um escore composto, que é a média dos doze domínios, fornecendo uma visão global da Qualidade de Vida dos pacientes. Os escores de cada questão possuem uma variação entre 100 e 0 pontos que correspondem, respectivamente, a melhor e pior resposta. Existem, ainda, três questões genéricas que não possuem escores próprios e serão utilizadas para comparações entre pacientes ou grupos de pacientes (Vartanian *et al.*, 2007).

4.8 Variáveis Descritivas e Independentes

Idade na data da entrevista: foi anotada a data de nascimento completa e a idade em anos na data da entrevista. Na análise estatística, foi estudada como variável contínua e dicotômica (≤ 60 anos e > 60 anos).

Gênero: Foi considerado conforme informação contida em prontuário hospitalar (masculino x feminino).

Etnia: Foi perguntada ao paciente sua cor, conforme atributos adotados pelo IBGE que classificam raça/cor nas seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena. Na análise bivariada, foi categorizado em branco e não branco.

Estado conjugal: Referente ao estado conjugal do paciente na abertura da matrícula hospitalar. As categorias disponíveis são: casado; solteiro; desquitado/separado/divorciado; viúvo e sem informação. Para análise estatística, foi considerado: com companheiro (casado) e sem companheiro (solteiro, desquitado/separado/divorciado, viúvo).

Grau de Instrução: Refere-se à escolaridade do paciente na abertura da matrícula (analfabeto; 1º grau incompleto; 1º grau; 2º grau, superior e sem informação). Posteriormente, a variável foi categorizada em: até 8 anos de estudo (primeiro grau completo) e > 8 anos (segundo grau incompleto e mais).

Estadiamento clínico (TNM): Esta variável se refere à avaliação da extensão da neoplasia maligna antes do tratamento, para planejamento da terapêutica e elaboração de prognóstico de evolução de doença, conforme a Classificação de Tumores Malignos (TNM) da União Internacional Contra o Câncer – UICC. Foram coletados dados do prontuário hospitalar, descritos no primeiro relato no prontuário. Foram classificados em estadiamentos clínicos III ou IV.

Topografia do tumor: Foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) que permite a codificação da topografia e da morfologia do tumor. O código topográfico indica a localização de origem de um tumor. Foi obtido conforme laudo histopatológico contido no prontuário eletrônico ou físico, sendo classificados em: Cavidade oral (língua, rebordo gengival e soalho de boca).

Tipo de cirurgia: conforme descrito no relatório cirúrgico, os pacientes foram divididos em dois grupos, classificados como: pelveglossomandibulectomia segmentar com esvaziamento cervical sem

reconstrução; pelveglossomandibulectomia segmentar com esvaziamento cervical com reconstrução. Radioterapia (RXT): Conforme descrito no relatório da radioterapia, sendo divididos em: não, sim.

4.9 Número de Participantes

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a média do escore composto de QV de 81 (Vartanian *et al.*, 2007). Considerando um desvio padrão de 10 com erro máximo de 2 e nível de significância de 5%, seria necessária a inclusão de 96 pacientes. No período selecionado, foram elegíveis 47 casos, sendo essa a população final de estudo.

4.10 Análise Estatística

Foi realizado um estudo descritivo da população em estudo, utilizando as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuição de frequência para as categóricas.

Para avaliação da distribuição normal do desfecho (escore de qualidade de vida) e das variáveis independentes quantitativas, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar a linearidade entre o desfecho e as variáveis independentes quantitativas, foi realizado o diagrama de dispersão. As variáveis independentes quantitativas, por não apresentarem distribuição normal, foram categorizadas de acordo com o referencial teórico (Vartanian, 2004; Weymuller *et al.*, 2009). Para testar a colinearidade das variáveis independentes qualitativas, foi realizada a correlação de Pearson. Todas as variáveis testadas apresentaram coeficiente de correlação inferior a 0,50.

Para a avaliação da associação entre as variáveis independentes e os escores dos domínios de qualidade de vida, foram calculadas as diferenças entre as médias de cada escore, sendo a diferença estatística obtida por

meio da análise de variância. Para a identificação das variáveis a serem incluídas na modelagem da regressão linear múltipla, foi considerada como significância clínica a diferença de 7 pontos nas categorias em cada variável independente e/ou a significância estatística, pelo valor de $p < 0,20$ (Vartanian, 2004; Weymuller *et al.*, 2009).

A regressão linear múltipla foi realizada pelo método *enter* (*stepwise forward*) com o escore composto da qualidade de vida para o total da população estudada e estratificada por topografia do câncer (cavidade oral). Foi analisada a homocedasticidade e os possíveis vieses do modelo por meio da análise de resíduos e de todas as suposições foram observadas. Para identificação do poder explicativo do modelo, foi realizado o coeficiente de determinação.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa SPSS 20.0.

4.11 Aprovação pelas Comissões de Ética

A Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer – CEP/INCA – aprovou o protocolo de pesquisa sob o número 058/08. Posteriormente, a Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq – da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo também o fez, Projeto CAPPesq número 272/11.

Essa pesquisa seguiu as normas estabelecidas para pesquisa em seres humanos contidas na Resolução 196/96. Os pacientes selecionados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) para que seus dados sejam utilizados no estudo, salvaguardando os interesses dos pacientes, sua imagem e sua privacidade. Os questionários preenchidos ficaram de posse do pesquisador e todas as informações foram registradas de forma sigilosa. É importante frisar que, quando da divulgação dos resultados, os nomes dos pacientes não serão expostos, visto que o estudo

manterá sigilo quanto à identidade desses. Dessa forma, exposições desnecessárias serão evitadas, mantendo, sobretudo, uma postura ética e científica.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Seleção da Amostra (Gráfico 1)

Inicialmente, foram selecionados 183 pacientes que cumpriam os critérios de inclusão e foram submetidos à ressecção alargada de cavidade oral incluindo a mandíbula, no Instituto Nacional do Cancer-INCA, no período de 11/2004 a 12/2011. Foram submetidos à entrevista apenas 47 (25,7%) pacientes, sendo estes a amostra para o estudo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Pacientes submetidos a tratamento cirúrgico.

5.2 Análise Descritiva das Características Sociodemográficas e Clínicas da População Estudada

Na data da entrevista, a média de idade foi de 61,79 anos e o intervalo de tempo entre a cirurgia e a data da entrevista foi de 41,51 meses.

As características demográficas e clínicas dos pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral encontram-se descritas na Tabela 1. A população estudada foi, predominantemente, masculina (83%), de baixa escolaridade (55,3%), de cor branca (61,7%), que, no momento da

entrevista, vivia com companheiro (55,6%), apresentava estadiamento clínico IV (83%) e que foram submetidos à radioterapia (95,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas de pacientes com neoplasias malignas e cavidade oral (n=47)

Variável	Cavidade Oral (n=47)
	n (%)
Sexo	
Masculino	39 (83,0)
Feminino	8 (17,0)
Escolaridade	
Até 8 anos	26 (55,3)
Mais de 8 anos	21 (44,7)
Ausência de informação	0 (0,0)
Raça	
Branca	29 (61,7)
Negros e Pardos	18 (38,3)
Ausência de informação	0 (0,0)
Situação Conjugal	
Com companheiro/a	25 (55,6)
Sem companheiro/a	20 (44,4)
Ausência de informação	2 (4,3)
Idade na data da Entrevista	
≤60 anos	26 (55,3)
>60 anos	21 (44,7)
Tempo entre Cirurgia e Entrevista	
≤2 anos	25 (53,2)
>2 anos	22 (46,8)
T	
3	9 (19,1)
4	38 (80,9)
N	
0	26 (53,32)
1	9 (19,15)
2	10 (21,30)
3	2 (4,30)
Estágio Clínico	
III	8 (17,0)
IV	39 (83,0)
Radioterapia	
Não	2 (4,2)
Sim	42 (89,4)
Radioterapia + Quimioterapia	3 (6,4)

Os pacientes submetidos à cirurgia composta de boca foi reconstruída com retalho miocutâneo e/ou fechamento primário (72,25%) e com reconstrução microcirúrgica (27,75%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características cirúrgicas e de reabilitação dos pacientes com neoplasias malignas de cavidade oral (n=47)

Cavidade oral	N	%
Sítio		
Soalho de boca	23	49
Rebordo gengival	16	34
Cirurgia Composta de Boca		
Grupo 1	34	72,25
Grupo 2	13	27,75

5.3 Distribuição Epidemiológica

A maioria dos pacientes do grupo selecionado era do sexo masculino, em um total de 39 homens (82,9%). A idade média foi de 64,4 anos (25-94 anos), para fins de análise estatística, dividiu-se a amostra em 5 faixas etárias (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos grupos por faixa etária

Faixa Etária	Total	Proporção (%)
40 a 49	1	2,1%
50 a 59	10	21,3%
60 a 69	23	48,9%
70 a 79	12	25,5%
80 e mais	1	2,1%
Total	47	100%

5.4 Distribuição do sítio anatômico (Gráfico 2)

O local da lesão primária mais acometido foi soalho de boca, em 23 pacientes (49%); seguido de rebordo gengival, em 16 pacientes (34,0%).

Gráfico 2 - Distribuição de sítio anatômico acometido

5.5 Estadiamento TNM (Gráfico 3)

Os pacientes foram re-estadiados com base em dados clínicos, radiológicos e da anatomia patológica. Dos pacientes estudados, 43 foram estadiados como T4 (80,9%), metástase linfonodal estava presente em 21 pacientes (44,7%).

Gráfico 3 - Estadiamento TNM

5.6 Tratamento

Todos os pacientes foram submetidos à mandibulectomia e os grupos foram divididos de acordo com o tipo de reconstrução realizada: 34 pacientes (72,25%) não foram reconstruídos, fechamento por síntese, ou foram reconstruídos com retalho de partes moles (Grupo 1). Reconstrução com retalho ósseo (Grupo 2) foi realizado em 13 casos (27,75%).

Radioterapia adjuvante foi oferecida para 41 pacientes (87,2%), 2 pacientes (4,3%) não receberam nenhum tipo de radioterapia.

Gráfico 4 - Tratamento

5.7 Distribuição do Escore de Qualidade de Vida (Tabela 4)

A média do escore obtido após a avaliação dos questionários foi de 64,6 (50 a 86,83). Quando estratificamos por tipo de reconstrução realizada, a melhor média foi conseguida no Grupo 1, com uma média de 65,0. A Tabela 4 mostra as médias entre os grupos e o Gráfico 5 mostra toda casuística.

Tabela 4 - Distribuição da média de escore por grupo de reconstrução

Escore	Grupos (Tipo de Reconstrução)		
	Grupo1	Grupo 2	Total
Média	65,0	63,1	64,6

Gráfico 5 - Escore de Qualidade de Vida por Paciente

5.8 Distribuição do Escore no Quesito Dor

Gráfico 6 - Média Escore "Dor", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os melhores escores no quesito dor foram alcançados nos casos sem reconstrução, sem radioterapia e acima dos 60 anos. Os piores resultados foram nos pacientes acima de 60 anos, com reconstrução mandibular e com radioterapia (Gráfico 6).

5.9 Distribuição do Escore no Quesito Aparência

Gráfico 7 - Média Escore "Aparência", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

As maiores pontuações no quesito aparência foram nos pacientes acima de 60 anos, sem reconstrução e sem radioterapia, enquanto as menores pontuações foram nos pacientes acima de 60 anos, sem radioterapia, mas com reconstrução mandibular (Gráfico 7).

5.10 Distribuição do Escore no Quesito Fala

Gráfico 8 - Média Escore "Fala", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os melhores resultados no quesito fala foram alcançados nos pacientes abaixo de 60 anos com reconstrução mandibular que foram submetidos à radioterapia. Os piores resultados foram com os pacientes acima de 60 anos, sem reconstrução e sem radioterapia (Gráfico 8).

5.11 Distribuição do Escore no Quesito Paladar

Gráfico 9 - Média Escore "Paladar", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os piores resultados neste quesito foram com os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico sem reconstrução mandibular e sem radioterapia. Os melhores escores foram obtidos nos pacientes com reconstrução mandibular sem tratamento radioterápico. Em ambos, os pacientes foram do grupo acima dos 60 anos (Gráfico 9).

5.12 Distribuição do Escore no Quesito Deglutição

Gráfico 10 - Média Escore "Deglutição", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os melhores escores foram obtidos nos pacientes que não foram submetidos à reconstrução mandibular, com tratamento radioterápico e com menos de 60 anos. Os pacientes que foram submetidos à reconstrução mandibular, sem tratamento radioterápico e tinham mais de 60 anos foram os piores escores (Gráfico 10).

5.13 Distribuição do Escore no Qesito Humor

Gráfico 11 - Média Escore "Humor", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os piores resultados foram com os pacientes acima de 60 anos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico com ou sem reconstrução mandibular e sem tratamento radioterápico. Os melhores resultados foram obtidos com os pacientes sem reconstrução mandibular, abaixo dos 60 anos e com radioterapia (Gráfico 11).

5.14 Distribuição do Escore no Quesito Mastigação

Gráfico 12 - Média Escore "Mastigação", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Neste quesito, foram alcançados os piores Escores de todo o questionário, com os pacientes acima dos 60 anos, que foram submetidos à reconstrução mandibular e à radioterapia. Foi também o quesito com os piores Escores de toda a pesquisa, apenas os pacientes com mais de 60 anos sem reconstrução e sem radioterapia ficaram com escore médio (50 pontos) (Gráfico 12).

5.15 Distribuição do Escore no Quesito Ansiedade

Gráfico 13 - Média Escore "Ansiedade", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Neste quesito, os Escores obtidos foram os que mais ficaram próximos entre os grupos etários, com ou sem radioterapia, com ou sem reconstrução mandibular. O melhor resultado ficou com o grupo abaixo de 60 anos sem reconstrução mandibular e com radioterapia (Gráfico 13).

5.16 Distribuição do Escore no Quesito Atividade

Gráfico 14 - Média Escore "Atividade", por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os melhores resultados neste quesito foram com os pacientes acima de 60 anos, sem reconstrução mandibular e sem radioterapia. Os piores resultados foram com os pacientes sem reconstrução, acima de 60 anos, mas que foram submetidos a tratamento radioterápico (Gráfico 14).

5.17 Distribuição do Escore Médio Total

Gráfico 15 - Média Escore Total, por tipo de cirurgia, faixa etária e radioterapia

Os melhores escores foram obtidos com os pacientes abaixo de 60 anos, sem reconstrução mandibular e com o tratamento radioterápico. Os piores escores foram com os pacientes acima de 60 anos com reconstrução mandibular e sem tratamento radioterápico (Gráfico 15).

5.18 Análise Descritiva dos Domínios do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), de Acordo com o Sítio Tumoral

A ausência de dor foi a mais frequente resposta em relação ao domínio dor (65,5%). Para aparência, os pacientes com câncer de cavidade oral relataram se incomodar um pouco, porém permanecem ativos (34,0%). Para atividade, relataram estarem ativos quase sempre (38,3%).

Para o domínio recreação, os pacientes relataram, com maior frequência, não possuírem limitações para sair de casa (46,5%). Os pacientes conseguem engolir somente alguns alimentos sólidos (38,3%) e relatam não conseguir mastigar nem mesmo alimentos leves (55,3%). Em relação ao domínio fala, os pacientes referiram, com maior frequência, um pouco de dificuldade em falar (64,8%). Os pacientes, em sua maioria, relataram não ter problemas com o ombro após o tratamento (64,8%). Para o domínio humor, os pacientes referiram que possuem o humor excelente, não afetado pelo câncer (45,8%) e, para o domínio ansiedade, referiram, em sua maioria, não estarem ansiosos em decorrência do câncer (59,2%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência dos domínios objetivos do UW-QOL

Domínios	Categorias	Cavidade oral
		n (%)
Dor	Dor severa, não controlada por medicação	1 (2,1)
	Dor severa controlada com medicamentos	1 (2,1)
	controlados	7 (14,9)
	Dor moderada	11 (23,4)
	Dor leve	27 (57,4)
	Ausência de dor	
Aparência	Evita contato social	1 (2,1)
	Sente-se desfigurado e limitado	10 (21,3)
	Incomoda pouco mas é ativo	16 (34,0)
	Mudança mínima	15 (31,9)
	Sem mudança	5 (10,6)
Atividade	Fica na cama e não sai	0 (0,0)
	Quase não sai, inativo	1 (2,1)
	Pouco ativo, sempre cansado	13 (27,7)
	Ativo quase sempre	18 (38,3)
	Tão ativo como sempre	15 (31,9)
Recreação	Não sai de casa, nada agrada	1 (2,1)
	Limitação severa, fica em casa	8 (17,0)
	Gostaria de sair, mas não consegue	7 (14,9)
	Poucas coisas que não pode fazer, mas ainda sai de casa	9 (19,1)
	Não há limitações para sair	22 (46,8)

continua

Domínios	Categorias	conclusão
		Cavidade oral n (%)
Deglutição	Não pode engolir	2 (4,3)
	Engole líquido só	17 (36,2)
	Engole algum sólido	18 (38,3)
	Pode engolir bem	10 (21,3)
Mastigação	Não pode mastigar nada	26 (55,3)
	Mastiga alimentos leves	20 (42,6)
	Mastiga alimentos leves e sólidos	1 (2,1)
Fala	Não é entendido pelos outros	1 (2,1)
	Somente família e poucos entendem	5 (10,6)
	Pouca dificuldade em falar	34 (72,3)
	Mesma fala de sempre	7 (14,9)
Ombro	Impossibilidade de trabalhar	0 (0,0)
	Dor e fraqueza, afeta trabalho	9 (19,1)
	Endurecido, não afeta atividade	8 (17,0)
	Sem problemas com ombro	30 (63,8)
Paladar	Não sente sabor de nada	3 (6,4)
	Sente alguns sabores	11 (23,4)
	Sente a maioria dos sabores	9 (19,1)
	Sente todos os sabores	24 (51,1)
Saliva	Sem saliva	6 (12,8)
	Muito pouca saliva	25 (53,2)
	Suficiente	5 (10,6)
	Saliva normal	11 (23,4)
Humor	Extremamente deprimido pelo câncer	1 (2,1)
	Levemente deprimido pelo câncer	11 (23,4)
	Indiferente	7 (14,9)
	Bom humor, pouco afetado pelo câncer	13 (27,7)
	Excelente, não afetado pelo câncer	15 (31,9)
Ansiedade	Muito ansioso pelo câncer	5 (10,6)
	Ansioso pelo câncer	3 (6,4)
	Pouco ansioso pelo câncer	18 (38,3)
	Sem ansiedade pelo câncer	21 (44,7)

Ao comparar o momento atual com o mês anterior ao diagnóstico de câncer, 38,3% dos pacientes com câncer de cavidade oral relataram estar apenas um pouco melhor atualmente. Ao serem questionados sobre como avaliavam sua qualidade de vida relacionada à saúde, os pacientes consideraram boa (45,1%), o mesmo sendo observado para o bem-estar pessoal (47,2%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência dos domínios subjetivos do UW-QOL

Pergunta	Categorias	Cavidade Oral
		n (%)
Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde?	Muito melhor	10 (21,3)
	Um pouco melhor	18 (38,3)
	O mesmo	15 (31,9)
	Um pouco pior	2 (4,3)
	Muito pior	2 (4,3)
Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido:	Excelente	2 (4,3)
	Muito boa	6 (12,8)
	Boa	23 (48,9)
	Média	13 (27,7)
	Ruim	2 (4,3)
	Muito ruim	1 (2,1)
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:	Excelente	3 (6,4)
	Muito boa	7 (14,9)
	Boa	23 (48,9)
	Média	11 (23,4)
	Ruim	3 (6,4)
	Muito ruim	0 (0,0)

5.19 Variáveis Clínicas e Demográficas Associadas à Qualidade de Vida (UW-QOL)

A média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral encontra-se descrita na Tabela 6.

A variável idade na data da entrevista mostrou significância clínica e estatística no domínio dor ($p=0,049$), evidenciando que pacientes com mais de 60 anos relatavam melhor escore do que os com idade inferior a 60 anos na data da entrevista. A situação conjugal foi estatisticamente associada à qualidade de vida no domínio saliva ($p=0,045$) e clinicamente, nos domínios aparência e ombro. Pacientes com estadiamento clínico III apresentaram clinicamente melhores escores do que os com estágio IV, evidenciando significância estatística no domínio recreação ($p = 0,034$).

Os pacientes com mais de dois anos de tempo transcorrido entre a cirurgia e a entrevista apresentam melhores escores de qualidade de vida dos que os com menos de dois anos, com significância estatística para os domínios dor ($p=0,032$), recreação ($p=0,034$), fala ($p=0,046$), paladar ($p=0,009$), ansiedade ($p=0,011$) e escore composto ($p=0,023$).

Houve apenas associação clínica entre os domínios de qualidade de vida e escolaridade, e raça e sítio. Não houve associação clínica ou estatística de qualidade de vida e o tipo de reconstrução da cirurgia composta de boca.

Tabela 7 - Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral

Variável	Dor		Aparência		Atividade		Recreação		Deglutição		Mastigação		Fala	
	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p
Sexo														
Masculino	82,05	0,563	57,69	0,641	76,92	0,165**	75,64	0,176**	59,85	0,606	24,36	0,602	67,72	0,522
Feminino	87,50		53,13		65,63		59,38		54,13		18,75		62,75	
Idade na Entrevista														
≤60 anos	73,44	0,049**	60,94	0,431	78,12	0,466	73,44	0,929	58,37	0,932	25,00	0,777	71,06	0,300
>60 anos	87,90		54,84		73,39		72,58		59,13		22,58		64,71	
Escolaridade														
Até 8 anos	79,81	0,318	58,65	0,599	76,92	0,488	75,96	0,450	57,69	0,753	23,08	0,928	66,85	0,992
Mais de 8 anos	86,90		54,76		72,62		69,05		60,33		23,81		66,90	
Etnia														
Branca	81,03	0,486	56,90	0,995	75,00	1,000	75,00	0,553	64,38	0,089**	25,86	0,439	66,90	0,992
Negro e pardo	86,11		56,94		75,00		69,44		50,00		19,44		66,83	
Situação Conjugal														
Com companheiro	80,00	0,300	52,00	0,082**	73,00	0,488	70,00	0,416	61,32	0,469	24,00	0,631	64,24	0,334
Sem companheiro	87,50		65,00		77,50		77,50		55,00		20,00		70,15	
Estágio Clínico														
III	81,25	0,825	71,88	0,061**	81,25	0,358	93,75	0,034**	66,87	0,383	25,00	0,858	71,13	0,509
IV	83,33		53,85		73,72		68,59		57,23		23,08		66,00	
Sítio														
Língua	87,07		62,93	0,033**	77,59		79,39	0,068**	60,90		24,14		63,41	0,128
Rebordo gengival	76,39	0,139	47,22		70,83	0,285	72,50		55,61	0,537	22,22	0,818	72,44	
Tempo entre Cirurgia e Entrevista														
≤2 anos	76,00	0,032**	52,00	0,150**	73,00	0,489	64,00	0,034**	60,00		28,00	0,222	61,52	0,046**
>2 anos	90,91		62,50		77,27		82,95		57,59	0,773	18,18		72,95	
Cirurgia Composta de														
Boca														
Grupo 1	82,81	0,287	51,56	0,580	67,19	0,119**	70,31	0,696	54,13		25,00	0,958	69,00	0,823
Grupo 2	75,00		59,62		75,00		69,23		53,92	0,334	23,08		64,31	

continua

Variável	Ombro				Paladar				Saliva				Humor				Ansiedade				conclusão			
	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p	Média	Valor p
Sexo																								
Masculino	80,33	0,497	75,23	0,102**	52,03	0,073**	67,95	0,330	74,46	0,348	66,00	0,142**												
Feminino	87,50		54,00		28,88		56,25		62,63		57,54													
Idade na entrevista																								
≤60 anos	85,44	0,482	75,06	0,617	58,25	0,134**	70,31	0,489	75,13	0,686	67,04	0,413												
>60 anos	79,55		69,84		42,84		63,71		71,06		63,28													
Escolaridade																								
Até 8 anos	82,08	0,884	79,50	0,071**	53,73	0,199**	66,35	0,924	75,73	0,441	66,12	0,426												
Mais de 8 anos	80,90		61,86		41,10		65,48		68,38		62,62													
Etnia																								
Branca	81,59	0,992	68,93	0,490	51,59	0,336	68,10	0,547	73,66	0,747	65,74	0,492												
Negro e pardo	81,50		75,94		42,44		62,50		70,50		62,65													
Situação Conjugal																								
Com companheiro	76,00	0,075**	74,68	0,530	38,48	0,045**	61,0	0,208	72,12	0,970	62,20	0,248												
Sem companheiro	90,00		68,30		58,25		72,50		71,75		67,47													
Estágio Clínico																								
III	83,38	0,836	70,75	0,937	49,88	0,870	78,13	0,220	79,25	0,516	71,04	0,176**												
IV	81,18		71,79		47,72		63,46		71,05		63,23													
Sítio																								
Língua	79,31	0,473	74,72	0,424	57,31	0,014**	66,38	0,906	73,69	0,740	67,20	0,121												
Rebordo gengival	85,17		66,61		33,22		65,28		70,44		60,31													
Tempo entre Cirurgia e Entrevista																								
≤2 anos	75,96	0,129**	60,00	0,009**	49,16	0,816	59,00	0,097**	61,48	0,011**	60,01	0,023**												
>2 anos	87,91		84,82		46,86		73,86		84,91		69,73													
Cirurgia Composta de																								
Boca																								
Grupo 1	81,50	0,932	77,78	0,393	51,72	0,632	68,06	0,860	72,33	0,472	67,95	0,464												
Grupo 2	79,46		74,38		51,16		67,96		64,31		63,06													

*Corresponde a valores com significância clínica (diferença de 7 pontos no escore)

**Corresponde a valores com significância estatística de $p < 0,20$

A única variável no escore composto de qualidade de vida a entrar no modelo de regressão linear foi o tempo transcorrido entre a cirurgia e a data da entrevista, em que aqueles com menos de 2 anos apresentaram pior escore composto (coeficiente de -9,73, IC95% -18,016 a -1,435, $p=0,023$). Esse modelo explicou em 9% o escore composto da qualidade de vida nessa população ($r^2=0,091$).

Tabela 8 - Regressão linear múltipla entre o escore composto do questionário UW-QOL e variáveis selecionadas entre os pacientes com neoplasias malignas avançadas de cavidade oral (n=47)

Escore Composto	Coefficiente (Beta)	IC 95%	p valor
Tempo entre Cirurgia e Entrevista (≤ 2 anos x > 2 anos)	-9,726	-18,016 a -1,435	0,023
r^2 ajustado	0,091		
p (modelo)	0,023		

r^2 ajustado=Coeficiente de determinação múltipla; p=nível de significância

Gráfico 16 - Distribuição dos escores nos grupos estudados

Este último gráfico permite a comparação gráfica dos grupos etários sem reconstrução mandibular (Grupo 1) e com reconstrução mandibular (Grupo 2). Os pacientes foram divididos em dois grupos etários, tendo a idade de 60 anos, divisora dos grupos, com idade média de 64,4 anos (Gráfico 16).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este é um estudo pioneiro realizado no INCA sobre a qualidade de vida dos pacientes acometidos de câncer, dando ênfase ao principal sítio anatômico da cabeça e pescoço, e que geram maiores morbidades decorrentes dos tratamentos instituídos, pois grande parte dos pacientes apresenta, no momento da matrícula no INCA, estadiamento avançado da doença.

O ineditismo deste trabalho está ainda em que a análise dos dados do teste de Qualidade de Vida foi para comparar duas modalidades de reconstrução em pacientes submetidos a ressecções da mandíbula no tratamento de neoplasia de cavidade oral, enquanto quase a totalidade dos trabalhos analisam a Qualidade de Vida antes e após o tratamento cirúrgico em aplicações seriadas no pré-operatório, e em 3, 6 e 12 meses pós-tratamento, como descrito por Moubayed *et col.* e por Bolzoni Villaret *et col.* (2014).

As neoplasias malignas avançadas de cabeça e pescoço, e seus tratamentos extensos aliados à radioterapia adjuvante podem resultar em diversas disfunções para os pacientes, tais como alterações na deglutição, mastigação e fala. Foram incluídos no estudo 47 pacientes com câncer de cavidade oral. Este estudo procurou avaliar os pacientes com tratamento extenso, quando se apresentam em estadiamentos avançados, modificando, de forma significativa, a qualidade de vida dos pacientes.

Os resultados mostram que, epidemiologicamente, os pacientes desse estudo são semelhantes aos estudos conduzidos por Vartanian e Kowalski (2009), em que os pacientes são, em sua maioria, homens, com idade média superior a 50 anos e baixa escolaridade. A população estudada foi predominantemente masculina, com uma proporção de aproximada de 5 homens para cada mulher com câncer de cavidade oral, de baixa escolaridade, de cor branca, que, no momento da entrevista, vivia com um

companheiro, encontravam-se em estadiamento clínico IV, e haviam sido submetidos à radioterapia.

Ainda no estudo de Vartanian e Kowalski (2009), os pacientes com câncer avançado de cabeça e pescoço, e sobrevida maior que cinco anos que foram submetidos à cirurgia e radioterapia adjuvante relataram uma boa qualidade de vida. Esse resultado está alinhado com o encontrado nos pacientes deste estudo, pois, nos pacientes com sobrevida de mais de 12 meses em que foi aplicado o teste, os resultados dos escores foram melhores do que aqueles aplicados com menos de 12 meses de sobrevida. Esta resposta, de acordo com aqueles autores, seria explicável por se tratar de pacientes que tiveram mais tempo de adaptação à sua nova condição terapêutica.

Trabalhos que descrevem um resultado favorável, nas respostas sobre Qualidade de Vida à reconstrução mandibular com fíbula, se referem a pacientes portadores de tumores benignos da mandíbula, em que o tratamento consiste em ressecção de segmentos da mandíbula com menos danos às partes moles (Xiangru Li *et al.*, 2014), o que difere das ressecções para tratamento de neoplasias malignas na cavidade oral, como os casos deste estudo.

Em relação às respostas às questões globais do questionário, 47,2% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida boa em geral e 57,8% indicaram que sua saúde estaria igual ou melhor que antes do tratamento. Estes resultados diferiram um pouco do estudo do Vartanian *et al.* (2009), em que 59,3% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida boa a excelente, e 74,0% indicaram que sua saúde estaria igual ou melhor que antes do tratamento. O estudo dele incluiu uma gama maior de sítios e estágios da doença, fato que pode ter refletido nesse resultado mais positivo.

Nenhum dado indica se aspectos culturais podem influenciar nesses resultados. Entretanto, de acordo com Vartanian (2009), pacientes de países em desenvolvimento e com dificuldades de acesso à saúde de qualidade tendem a ser mais gratos aos médicos e procuram não os desapontar,

mesmo sendo assegurados que os resultados serão sigilosos. Este fato poderia explicar o grau de satisfação elevado nas questões globais.

A realização desta pesquisa seguiu as orientações de Weymuller *et al.* (2000) para estudos realizados em uma única instituição, nos quais é recomendável que sejam considerados estudos transversais, o qual foi realizado neste estudo. Nesse tipo de projeto, um grupo de pacientes sobreviventes pode ser estudado com base em uma única aplicação do questionário, e também em uma coorte de pacientes que constituem a maioria dos casos na instituição.

Durante a triagem dos pacientes elegíveis ao estudo, foi observado que, dos 182 pacientes triados de cavidade oral, somente 47 estavam vivos, ou seja, praticamente, 2/3 dos pacientes com câncer de cavidade oral foram a óbito em menos de 5 anos. O objetivo do estudo não era avaliar a sobrevida dos pacientes, porém foi constatado, ao longo deste estudo, um grande número de óbitos entre os pacientes com câncer avançado de cavidade oral. Magrin *et al.* (2008) afirmaram que, mesmo com a combinação de cirurgia extensa e radioterapia adjuvante, estudos mostram que o tratamento curativo ocorre somente na minoria e que menos de 30% destes pacientes sobreviverão após 5 anos.

O Questionário UW-QOL foi bem aceito pelos pacientes do INCA, avaliado como simples e rápido. O domínio fala foi o único que os pacientes tiveram certa dificuldade em responder e acharam confusas as afirmativas.

Era esperado que o domínio aparência tivesse maior impacto para os pacientes submetidos a tratamentos de grande porte, pelo fato de incorrerem em defeitos estéticos importantes, e sequelas físicas e funcionais. Entretanto, os pacientes afirmaram não se importar muito com a parte estética, com exceção das mulheres com câncer de laringe, que avaliaram negativamente o domínio aparência em relação à qualidade de vida. Inferimos que essa avaliação negativa das mulheres se deve à maior preocupação estética com o corpo e com o rosto, com a preocupação maior com a beleza e relacionamentos interpessoais.

Não foi possível selecionar um número grande de pacientes e este fato pode ter influenciado negativamente os resultados. No entanto, um número pequeno de pacientes de cavidade oral também foi reportado em estudo americano que avaliou a qualidade de vida de pacientes com câncer de cavidade oral em uma série de casos retrospectivos por 25 anos, encontrando somente 46 pacientes vivos, dos quais apenas 26 puderam ser avaliados (Thomas *et al.*, 2012).

Da mesma forma, não foi possível realizar a análise da variável radioterapia por causa do tamanho amostral pequeno e porque todos os pacientes com câncer de cavidade oral foram submetidos à radioterapia, que está em consonância com Magrin *et al.* (2008), que preconizaram para o tratamento de pacientes com câncer de cavidade oral em estádios III e IV a combinação de ressecção cirúrgica seguida de radioterapia adjuvante.

Não foi observada associação entre a qualidade de vida em nenhum domínio do questionário UW-QOL e o tipo de reconstrução cirúrgica nos pacientes com câncer de cavidade oral avançado. De acordo com a prática clínica, seria esperado que os pacientes que puderam fazer a reconstrução óssea por microcirurgia avaliassem melhor sua qualidade de vida em relação aos que não puderam fazer nenhum tipo de reconstrução óssea.

A impossibilidade de reconstrução óssea gera um defeito funcional e estético de maior importância, e, como sequelas, dificuldades na mastigação, deglutição e fala. Uma possível explicação para os resultados obtidos no presente estudo seria o tamanho reduzido da amostra analisada. É importante ressaltar que esta dificuldade foi encontrada em estudos semelhantes. (Thomas *et al.*, 2012).

Confirmando os achados de Vartanian *et al.* (2004), houve evidência que pacientes com idade inferior a 60 anos reportaram piores escores e maiores queixas sobre dor na data da entrevista, quando comparados aos pacientes com idade superior a 60 anos. No entanto, o presente estudo obteve resultados divergentes de outro realizado na Espanha, onde os indivíduos com idade inferior a 60 anos obtiveram melhores escores em um

grupo de pacientes que se encontravam em estágios iniciais (López-Jornet *et al.*, 2012).

Doentes com estágio III apresentaram melhores escores do que os aqueles com estágio IV, confirmando o mesmo estudo de López-Jornet *et al.* (2012).

Foi evidenciado que, no domínio recreação, houve diferença estatisticamente significativa, mostrando que os pacientes com estágio IV possuem dificuldades severas em sair de casa e no contato, decorrentes das maiores sequelas funcionais e estéticas com que se defrontam.

Os pacientes mostraram precisar de mais de dois anos para se reabilitarem funcionalmente em relação aos domínios dor, recreação, fala, paladar e ansiedade.

Quando o estudo foi idealizado, era previsto que haveria um grande impacto na qualidade de vida entre os pacientes de cavidade oral que puderam fazer a reconstrução óssea, e os que não puderam ser reconstruídos. Era esperado que os pacientes reconstruídos fossem avaliar melhor sua qualidade de vida e que fosse encontrada significância estatística com os dados do estudo. No entanto, essa hipótese não pode ser comprovada estatisticamente.

Diante desses resultados e do discutido anteriormente, observa-se que a incorporação da QV na prática clínica é de grande relevância, pois permite a avaliação da efetividade dos tratamentos e de suas sequelas.

É necessário conhecermos os domínios mais afetados nos tratamentos propostos para que seja fornecida uma abordagem adequada às necessidades dos pacientes para que esses possam ter uma melhor qualidade de vida.

É preciso ressaltar a importância tanto da incorporação da QV na prática diária quanto da necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada e coesa no tratamento oncológico, visando ao cuidado integral dos pacientes e de suas famílias.

No final do estudo, os pacientes compuseram um grupo relativamente homogêneo quanto ao método de reabilitação e reconstrução, e, na análise

do instrumento utilizado, os subgrupos não mostraram diferenças representativas.

O estudo possuiu alguns pontos fortes, tais como a inclusão dos pacientes com tumores na área da cabeça e pescoço, e de pacientes de uma única instituição; além disso, os pacientes foram adequadamente agrupados em subgrupos bem identificados e com perguntas objetivas.

Pelo fato da população do estudo ser homogênea, de uma única instituição, com os dados coletados por uma única pesquisadora, a validade interna do estudo aumenta, uma vez que minimiza o viés de seleção e viés de mensuração tanto do desfecho como das variáveis independentes.

Entretanto, pelas características acima mencionadas, é discutível se os dados podem ser generalizados para populações com características diferentes das incluídas no estudo, talvez minimizando sua aplicabilidade. Entretanto, nossos resultados foram similares àqueles apresentados na literatura (Silveira *et al.*, 2012).

Uma limitação decorrente desse estudo transversal é a realização do estudo com a população sobrevivente. Assim, os resultados podem não representar a população total dos pacientes submetidos ao tratamento, e sim apenas aqueles que sobreviveram a esse, sugerindo um cenário bem mais sombrio para a maioria dos pacientes, que, de fato, sucumbiram ao câncer.

Outra possível limitação é o fato da QV ter sido mensurada após o tratamento, pois esses enfermos poderiam, já na época do diagnóstico, apresentar uma pior qualidade de vida. Entretanto, o autor que validou o questionário afirma que a melhor forma de aplicá-lo é em estudos transversais (Weymuller; Alssaraf; Yueh; Deleyiannis; Coltrera, 2001).

Nesse estudo, foram incluídas variáveis independentes (exposição) referenciadas na literatura (López-Jornet *et al.*, 2012). Entretanto, elas explicam apenas parcialmente os domínios da QV, evidenciando a necessidade de incluir outras variáveis que possam estar associadas a esse desfecho. Além disso, os estudos consultados não informaram o percentual

explicativo dos modelos de regressão linear, o que dificulta a comparação com os nossos resultados (Thomas *et al.*).

Apesar das limitações metodológicas inerentes ao delineamento adotado, nossos resultados puderam descrever os aspectos gerais da QV na população desta instituição, que pode ser utilizada no planejamento e avaliação das ações de controle em pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de cavidade oral.

A análise do Questionário UW-QOL pode ser realizada pelo cálculo do escore composto, que é a média dos 12 domínios, ou por três questões genéricas no final do questionário, fornecendo uma visão global da qualidade de vida dos pacientes. A média do escore composto foi de 64,56, evidenciando uma avaliação mediana de sua qualidade de vida.

Em relação às três questões comparativas, foi evidenciado que a qualidade de vida estava igual (31,9%) quando comparada a antes de desenvolver o câncer ou levemente melhor (38,3%) após o tratamento instituído. Em geral, os doentes avaliaram de mediana (23,4%) a boa sua qualidade de vida (48,9%).

Nos pacientes submetidos à cirurgia da cavidade oral, foi observado que os domínios mastigação, deglutição, fala e saliva foram associados à pior qualidade de vida. Os pacientes relataram não conseguir mastigar nem mesmo alimentos leves, e conseguirem engolir somente alguns alimentos sólidos. Quanto ao domínio fala, os pacientes apresentaram certa dificuldade. Na prática clínica, observamos que os pacientes valorizam sua aparência após o tratamento o que, no entanto, não pode ser concluído efetivamente por meio do questionário. De acordo com a avaliação do questionário, os pacientes referiram se incomodar pouco com sua aparência após cirurgia.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

1. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos domínios de Qualidade de Vida entre os dois grupos estudados (com reconstrução óssea *versus* sem reconstrução óssea).
2. Os pacientes que foram entrevistados com mais de 2 anos apresentaram escores superiores ($p=0,023$), sendo esse o único dado estatisticamente significativo referente aos domínios avaliados.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A – Versão validada em Português do Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

- 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 [])

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 [] 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: [])

[] 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 [])

☐ 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: [])

☐ 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).

Instruções para o uso da versão validada em Português do Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington:

- Preferencialmente, o questionário deve ser preenchido pelo paciente, na eventualidade do paciente não ser capaz de responder (nível sociocultural), um profissional da saúde treinado pode aplicar o questionário. Não é aconselhável que um médico aplique o mesmo no paciente.

- O questionário entregue ao paciente não devem constar os números referentes ao score, somente o espaço para assinalar a resposta do paciente.
- O escore total de qualidade de vida é obtido pela soma de todos os valores correspondentes à resposta do paciente.

8.2 Anexo B – Versão validada em Português do Questionário de Qualidade de Vida FACT- HN (Versão 4.0)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes.

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR FÍSICO

Nem um pouco

Um pouco

Mais ou menos

Muito Muitíssimo

GP 1 Estou sem energia

0 1 2 3 4

GP 2 Fico enjoado(a)

0 1 2 3 4

GP 3 Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades

da minha família

0 1 2 3 4

GP 4 Tenho dores

0 1 2 3 4

GP 5 Sinto-me incomodado(a) pelos efeitos secundários do tratamento

0 1 2 3 4

GP 6 Sinto-me doente

0 1 2 3 4

GP 7 Tenho que me deitar durante o dia

0 1 2 3 4

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR

Nem um pouco

Um pouco

Mais ou menos

Muito MUITÍSSIMO

GS 1 Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos

0 1 2 3 4

GS 2 Recebo apoio emocional da minha família

0 1 2 3 4

GS 3 Recebo apoio dos meus amigos

0 1 2 3 4

GS 4 A minha família aceita a minha doença

0 1 2 3 4

GS 5 Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença

0 1 2 3 4

GS 6 Sinto-me próximo(a) do(a) meu (minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio)

0 1 2 3 4

Q 1 Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, favor de responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo[] e passe para a próxima seção

GS 7 Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual

0 1 2 3 4

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

Instruções:

Preferencialmente o questionário deve ser preenchido pelo paciente, na eventualidade do paciente não ser capaz de responder (nível sociocultural), um profissional da saúde treinado pode aplicar o questionário.

Não é aconselhável que um médico aplique o mesmo no paciente.

Como obter o score:

1. Assinale cada resposta com o valor respondido pelo paciente.
2. Execute análise reversa como indicado e soma individualmente os itens para obter o escore.
3. Multiplique a soma do escore pelo número de itens da subescala e divida pelo número de itens respondidos. Desta forma, você terá o escore da subescala.

BEM-ESTAR EMOCIONAL

Nem um pouco

Um pouco

Mais ou menos

Muito MUITÍSSIMO

GE 1 Sinto-me triste

0 1 2 3 4

GE 2 Estou satisfeito (a) com a maneira como enfrento a minha doença

0 1 2 3 4

GE 3 Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença

0 1 2 3 4

GE 4 Sinto-me nervoso(a)

0 1 2 3 4

GE 5 Estou preocupado(a) com a idéia de morrer

0 1 2 3 4

GE 6 Estou preocupado(a) que o meu estado venha a piorar

0 1 2 3 4

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS

Nem um pouco

Um pouco

Mais ou menos

Muito Muitíssimo

H&N 1 Posso comer os alimentos que gosto

0 1 2 3 4

H&N 2 Tenho a boca seca

0 1 2 3 4

H&N 3 Tenho dificuldade em respirar

0 1 2 3 4

H&N 4 A minha voz tem a qualidade e a força habituais

0 1 2 3 4

H&N 5 Posso comer tanto quanto quero

0 1 2 3 4

H&N 6 Estou descontente com o aspecto do meu rosto e / ou pescoço

0 1 2 3 4

H&N 7 Posso engolir bem e facilmente

0 1 2 3 4

H&N 8 Fumo cigarros ou outros produtos à base de tabaco

0 1 2 3 4

H&N 9 Tomo bebidas alcoólicas (por exemplo, cerveja, vinho, etc)

0 1 2 3 4

H&N 10 Sou capaz de comunicar com os outros

0 1 2 3 4

H&N 11 Posso comer alimentos sólidos

0 1 2 3 4

H&N 12 Tenho dores na boca, garganta ou pescoço

0 1 2 3 4

BEM-ESTAR FUNCIONAL

Nem um pouco

Um pouco

Mais ou menos

Muito MUITÍSSIMO

GF 1 Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)

0 1 2 3 4

GF 2 Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)

0 1 2 3 4

GF 3 Sou capaz de sentir prazer em viver

0 1 2 3 4

GF 4 Aceito a minha doença

0 1 2 3 4

GF 5 Durmo bem

0 1 2 3 4

GF 6 Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir

0 1 2 3 4

GF 7 Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento

0 1 2 3 4

4. Acrescente o escore da subescala nos escores totais (TOI, FACTG e FACT-HN).

5. Melhor escore, melhor a Qualidade de Vida

Subescala Código do Item Item reverso? Resposta do Item Escore do Item

BEM GP1 4 - _____ = _____

ESTAR FÍSICO GP2 4 - _____ = _____

(BEF) GP3 4 - _____ = _____

GP4 4 - _____ = _____

GP5 4 - _____ = _____

GP6 4 - _____ = _____

GP7 4 - _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala BEF

BEM ESTAR GS 1 0 + _____ = _____

SOCIAL-FAMILIAR GS 2 0 + _____ = _____

(BESF) GS 3 0 + _____ = _____

GS 4 0 + _____ = _____

GS 5 0 + _____ = _____

GS 6 0 + _____ = _____

GS 7 0 + _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala

BESF

BEM ESTAR GE 1 4 - _____ = _____

EMOCIONAL GE 2 0 + _____ = _____

(BEE) GE 3 4 - _____ = _____

GE 4 4 - _____ = _____

GE 5 4 - _____ = _____

GE 6 4 - _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens : _____

Multiplica por 6: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala BEE

BEM ESTAR GF 1 0 + _____ = _____

FUNCIONAL GF 2 0 + _____ = _____

(BEFUNC) GF 3 0 + _____ = _____

GF 4 0 + _____ = _____

GF 5 0 + _____ = _____

GF 6 0 + _____ = _____

GF 7 0 + _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala

BEFUNC

Subescala Código do Item reverso? Resposta do Item Escore do Item

HEAD & NECK HN 1 0 + _____ = _____

CANCER HN 2 4 - _____ = _____

SUBESCALA HN 3 4 - _____ = _____

(PACP) HN 4 0 + _____ = _____

Extensão do escore: 0-28

Extensão do escore: 0-28

Extensão do escore: 0-24

Extensão do escore: 0-28

BEM ESTAR GF 1 0 + _____ = _____

FUNCIONAL GF 2 0 + _____ = _____

(BEFUNC) GF 3 0 + _____ = _____

GF 4 0 + _____ = _____

GF 5 0 + _____ = _____

GF 6 0 + _____ = _____

GF 7 0 + _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala

BEFUNC

Subescala Código do Item Item reverso? Resposta do Item Escore do Item

HEAD & NECK HN 1 0 + _____ = _____

CANCER HN 2 4 - _____ = _____

SUBESCALA HN 3 4 - _____ = _____

(PACP) HN 4 0 + _____ = _____

HN 5 0 + _____ = _____

HN 6 4 - _____ = _____

HN 7 0 + _____ = _____

HN 8 NÃO É MEDIDA

HN 9 NÃO É MEDIDA

HN 10 0 + _____ = _____

HN 11 0 + _____ = _____

HN 12 NÃO É MEDIDA

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 9: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore subescala PACP

Para derivar o índice outcome FACT-HN (TOI):

_____ + _____ + _____ = _____ = FACT-HN TOI
(escore BEF) (escore BEFUNC) (escore PACP)

Para derivar o escore total do FACT-G:

_____ + _____ + _____ + _____ = _____ = FACT-G escore total
(escore BEF) (escore BESF) (escore BEE) (escore BEFUNC)

Para derivar o escore do FACTHN:

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____ = FACTHN escore total
(escore BEF) (escore BESF) (escore BEE) (escore BEFUNC)(escore PACP)

8.3 Anexo C - EORTC QLQ – H&N35 – Versão Final

Às vezes os pacientes relatam que possuem alguns sintomas ou problemas referentes a sua enfermidade ou tratamento. Por favor, indique em que medida você sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, assinale com um círculo o que corresponde mais adequadamente ao seu caso.

Durante a semana passada: Não Pouco Moderado Muito

31. Você teve dores na sua boca?

1 2 3 4

32. Você teve dor no maxilar superior (parte superior da boca) ou inferior (queixo)?

1 2 3 4

33. Tem ocorrido alguma irritação em sua boca?

1 2 3 4

34. Você tem tido dor em sua garganta?

1 2 3 4

35. Você teve dificuldade em engolir líquidos?

1 2 3 4

36. Você teve dificuldade em engolir alimentos pastosos (ex: purê de batatas)?

1 2 3 4

37. Você teve dificuldade em engolir alimentos sólidos (ex: arroz, carne)?

1 2 3 4

-
38. Ao engolir, você tem engasgado?
1 2 3 4
39. Houve algum problema com seus dentes?
1 2 3 4
40. É difícil abrir a boca?
1 2 3 4
41. Você tem sentido sua boca seca?
1 2 3 4
42. A saliva era de consistência pegajosa?
1 2 3 4
43. Você teve dificuldades em sentir os cheiros?
1 2 3 4
44. Você teve dificuldades em sentir o sabor dos alimentos?
1 2 3 4
45. Você tem tido tosse?
1 2 3 4
46. Esteve rouco?
1 2 3 4
47. Você tem se sentido doente?
1 2 3 4

48. Você se sente incomodado com a sua aparência?
1 2 3 4
Durante a semana passada: Não Pouco Moderado Muito
49. Você teve dificuldade em se alimentar?
1 2 3 4
50. Você teve dificuldade em se alimentar na frente da sua família?
1 2 3 4
51. Você teve dificuldade em se alimentar na frente de outras pessoas?
1 2 3 4
52. Você teve dificuldade em saborear as suas refeições?
1 2 3 4
53. Você teve dificuldade em falar com outras pessoas?
1 2 3 4
54. Você teve dificuldade em falar ao telefone?
1 2 3 4
55. Você encontrou dificuldade no convívio com a família?
1 2 3 4
56. Você encontrou dificuldade no convívio com seus amigos?
1 2 3 4
57. Você teve dificuldade em ficar em lugares públicos?
1 2 3 4

58. Você encontrou alguma dificuldade no relacionamento com a família ou com amigos?

1 2 3 4

59. Você tem sentido menos interesse sexual?

1 2 3 4

60. Você teve menos prazer sexual?

1 2 3 4

Durante a semana passada: Não Sim

61. Você tomou algum medicamento para dor?

1 2

62. Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?

1 2

63. Alimentou-se através de sonda?

1 2

64. Você perdeu peso?

1 2

65. Você ganhou peso?

1 2

Os trabalhos de avaliação da qualidade de vida nos pacientes portadores de patologia da cavidade oral levam em consideração as varias modalidades de ressecção, desde a ressecção simples com ou sem reconstrução de partes moles até as ressecções de grande porte, que incluem os vários segmentos da cavidade oral com ou sem mandibulectomias segmentares, com ou sem reconstrução dos segmentos

ósseos ressecados. Nas várias publicações o questionário de predileção foi o da University of Washington – Quality of Life Questionnaire(UW-QOL).

A proposta da maioria das publicações foi de encontrar a modalidade terapêutica ideal para se atingir um tempo de vida livre de doença com uma qualidade aceitável após o tratamento. A consequência da ressecção radical dos tumores da cavidade oral, associada quase sempre a perda de tecidos vitais, pode resultar numa diminuição da função da cavidade oral, portanto o sucesso no tratamento nem sempre é alcançado sem a perda de pelo menos parte deste ideal.

O benefício nos procedimentos de reconstrução é supostamente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, após grandes perdas teciduais (Bjordal; de Graeff; Fayers; Hammerlid; van Pottelsberghe; Curran; Ahlner-Elmqvist; Maher; Meyza; Brédart; Söderholm; Arraras; Feine; Abendstein; Morton; Pignon; Huguenin; Bottomly; Kaasa, 2000).

Se após a ressecção cirúrgica de parte da mandíbula, a descontinuidade não for corrigida por interposição de placas e/ou osso microvascularizado, a mobilidade ficará severamente comprometida, por que a(s) articulação(ões) temporo-mandibular(es) não sofrerá(ão) a contraposição da articulação contralateral, promovendo o deslocamento deste segmento para a linha média da cavidade oral.

Apesar de toda alteração, após grandes ressecções, é surpreendente que os pacientes pouco se queixem de dor articular quando são reconstruídos. Essa surpreendente informação de pouca dor, pode ser causada pela diminuição da força da mordida e pelas alterações psíquicas dos pacientes. (Schliephake; Rüffert; Schneller, 1996).

No entanto os estudos mostraram o quanto é importante não só a integridade funcional, mas também a aparência física para a integração social do paciente com grandes ressecções na região da cabeça e pescoço

9 REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filibert A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC. The Euroean Organization for Research and Treatment of cancer QLC-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-76.

Almeida FCS, Vaccarezza GF, Cazal C, Benedethe APF, Pinto DS Jr, Tavares MR, Silva DP, Durazzo MD. Avaliação odontológica de pacientes com câncer de boca pré e pós tratamento oncológico - uma proposta de protocolo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2004;4(1):25-31.

Amar A. Quadro clínico, diagnóstico diferencial e estadiamento. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn C. *Câncer de cabeça e pescoço: diagnóstico e tratamento*. 1a ed. rev. São Paulo: Âmbito Editores; 2008.

Arnold BJ, Eremenco E, Chang CH, Odom L, Ribaud JM, Cella D. Development of a single Portuguese language version of functional assessment of cancer therapy-general FACTG Scale [Abstract]. *Qual Life Res.* 2000;9(3):316.

Assumpção FB, Kaczynski E, Spovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq. Neuropsiq.* 2000;58(1):119-27.

Barros APB, Queija DS. Reabilitação vocal após laringectomia total. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn C. *Câncer de cabeça e pescoço: diagnóstico e tratamento*. 1a ed. rev. São Paulo: Âmbito Editores; 2008.

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

Bittencourt AR, Yokoyama; Luzia NS, Menezes MFB, Sória DAC. A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerologia.* 2009;55(3):271-8.

Bjorda K, Ahlner-Elmqvist M, Tolsson E, Jensen AB, Razavi D, Maher EJ, Kaasa S. Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in Quality of Life assessments in head and neck cancer patients. EORTC Quality of Life Study Group. *Acta Oncol.* 1994;33(8):879-85.

Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, van Pottelsberghe C, Curran D, Ahlner-Elmqvist M, Maher EJ, Meyza JW, Brédart A, Söderholm AL, Arraras JJ, Feine JS, Abendstein H, Morton RP, Pignon T, Huguenin P, Bottomly A, Kaasa S. A 12 country field study of the EORTC QLQ-30(version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *Eur. J Cancer*. 2000;36(14):1796-807.

Bjordal K, Kaasa S. Psychometric validation of EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30-item version and a diagnostic-specific module for head cancer patients. *Acta Oncol*. 1992;31(3):311-21.

Block G, Patterson B, Subar A. Fruit, vegetables and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence. *Nutr Cancer*. 1992;18:1-29.

Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, Bernstein L, Schoenberg JB, Stemhagen A, Fraumeni JF Jr. Smoking and drinking relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research*. 1988;48:3282-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Rotina Interna do INCA: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. Rio de Janeiro: INCA; 2007. 188 p.

Brennan JA, Boyle JO, Koch WM, Goodman SN, Hruban RH, Eby YJ, Couch MJ, Forastiere AA, Sidransky D. Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*. 1995;332:712-7.

Capisano HF. Imagem Corporal. In: Mello Filho J. de (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 179-91.

Castro Jr. *et al*. Diagnóstico e Estadiamento do câncer de boca e orofaringe. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn C. *Câncer de cabeça e pescoço: diagnóstico e tratamento*. 1a ed. rev. São Paulo: Âmbito Editores; 2008.

Cella DF, Tulsk DS, Gray G, Sarafin B, Linn E, Bononi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J. Clin. Oncol*. 1993;11(3):570-9.

Costa Neto SB, Araújo TCCF. Qualidade de Vida no enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In: Carvalho VA, Macieira RC, Liberato RP, Veit MT, Kovács MJ, Gomes MJB, Franco MHP, Barros LHC. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p. 209-17.

Deleyannis FW, Weymuller EA, Coltrera MD. Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III or IV) orofaringeal cancer. *Head Neck*. 1997;19(6):466-73.

El-Deiry MW, Futran ND, McDowell JA, Weymuller EA Jr, Yueh B. Influences and predictors of long-term quality of life in head and neck cancer survivors. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2009;135(4):380-4.

Furia CLB, Kowalski LP, Gois Filho JF, Abrahão M, Cervantes O, Fava LS, Sennes LU, Carvalho AL. Quality of life in patients treated of oral, faringeal and laringeal câncer. [Abstract]. *American Head and Neck Society Annual Meeting and research Conference*. Chicago; 2006.

Furia CLB, Vartanian JG, Toyota J, Kowalski LP, Carvalho AL. Qualidade de vida em câncer de cabeça e pescoço: validação do FACT-HN para o português. (Resumo). *Anais do 4º Congresso da Fundação de Otorrinolaringologia*. Curitiba; 2005. p. 81.

Furia CLB. *Qualidade de vida em câncer de boca, faringe e laringe em São Paulo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

Gallian DMC. *A (Re)humanização da Medicina*. 1999.

Gallian DMC. *Visão Histórica da Pesquisa Científica*. Artigo redigido originalmente para ser apresentado em aula para o Curso Avançado de Metodologia Científica do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP, destinado à formação continuada e atualização dos orientadores de pós-graduação da FMUSP. 2001

Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, Boyle P. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008;122:155-64.

Gandini S, Negri E, Boffeta P, La Vecchia C, Boyle P. Mouthwash and oral cancer risk quantitative meta-analysis of epidemiologic studies. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(2):173-80.

Gliklich RE, Goldsmith, TA and Funk, GF. Are head and neck specific quality of life measures necessary? *Head Neck*. 1997;19(6):474-80.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.

Harris C, Warnakulasuriya KAAS, Gelbier S, Johnson NW, Peters TJ. Oral and dental health in alcohol misusing patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;21(9):1707-9.

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

Howie NM, Trigkas TK, Cruchley AT, Wertz PW, Squier CA, Williams DM. Short-term exposure to alcohol increases the permeability of human oral mucosa. *Oral Dis*. 2001;7(6):349-54.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2014. 124 p.

Johnson N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *J Dent Educ*. 2001 Apr;65(4):328-39.

La Vecchia C, Tavani A, Franceschi S, Levi F, Corragao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol*. 1997;33(5):302-12.

Lima RA, Soares JRN, Barbosa MM. Tumores Malignos da Laringe. In: Barbosa MM. (Org.). *Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 107-18.

Linsen S, Schmidt-Beer U, Fimmers R, Grüner M, Koeck B. Craniomandibular pain, bite force, and oral health-related quality of life in patients with jaw resection. *Journ Pain and Symp Man*. 2009;1(37):94-106.

List MA, D'Antonio LL, Cella DF, Siston A, Mumby P, Hraf D, Vokes E. The Performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale. A study of utility and validity. *Cancer*. 1996;77(11):2294-301.

López-Jornet P, *et al*. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer in Spain by means of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012;40(7):614-20.

Magrin J, Kowalski LP. Complicações das cirurgias por câncer de boca e de orofaringe. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 2003;31(2):48-8.

Magrini J, Sanabria A, Kowalski LP. Tratamento do câncer avançado de boca. In: Parise O, Kowalski LP, Lehn C. *Câncer de Cabeça e Pescoço: diagnóstico e tratamento*. 1a ed. rev. São Paulo: Âmbito Editores; 2008.

Matias KS. *Qualidade de vida com pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL*. 2005 [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo; 2005.

Modesto SEF, Costa CL. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença oncológica. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zeni LL. *Psico-oncologia em discussão*. 1a ed. São Paulo: Lemar; 2009.

Modesto SEF, Costa CL. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença oncológica. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zeni LL. *Psico-oncologia em discussão*. 1a ed. São Paulo: Lemar; 2009.

Ogden GR, Wight AJ. Aetiology of oral cancer: alcohol. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1998;36:247-51.

Peçanha DLN. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: Carvalho VA, Macieira RC, Liberato RP, Veit MT, Kovács MJ, Gomes MJB, Franco MHP, Barros LHC. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus; 2008. p. 209-17.

Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. Review. *Oral Oncology*. 2008 April-May;45(4-5):340-50.

Pitanguy I. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In: Mello Filho J. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 264-72.

Porter R. *História da medicina*. Cambridge, 1999.

Potter JD, Steinmetz K. Vegetables, fruit and phytoestrogens as preventive agents. *Lyon: IARC Sci Publ*. 1996;139:61-90.

Ringash J, Bezjak, A. A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head Neck*. 2001;23(3):201-3.

Roggers SN, Gwanne S, Lowe D, Humphris G, Yueh B, Weymuller EA. Addition of mood and anxiety domains to the University of Washington quality of life scale. *Head Neck*. 2002;24(6):521-9.

Santos EMM, Arruda VL. Assistência de enfermagem em câncer de cabeça e pescoço. In: Ayoub AC, Fontes ALC, Gigliotte P, Silva YB. *Planejando o cuidar na enfermagem oncológica*. São Paulo: Lemar; 2000.107-13.

Sawada NO. *Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço* [Tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.

Schliephake H, Rüffert K, Schneller T. Prospective study of the quality of life of cancer patients after intraoral tumor surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996;54(6):664-9.

Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Aangerami-Camon VA (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 5 reimpr. 1a. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson; 1994. p. 29-71.

Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Freeman C, Galichet L, Coglianò V. A review of human carcinogens – part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol.* 2009;10:1033-4.

Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal.* 2a ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.

Silos L, Costa CL. A beleza feminina e o câncer de cabeça e pescoço. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zeni LL. *Psico-oncologia em discussão.* 1a ed. São Paulo: Lemar; 2009.

Silveira A, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, Pimentel FL. Head and neck cancer: health related quality of life assessment considering clinical and epidemiological perspectives. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):38-48.

Silveira M. Psicologia e reabilitação: a importância da reabilitação facial para o paciente e sua subjetividade. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde.* 2005;1(2).

Simonton C, Simonton S, Creighton JL. *Com a vida de novo.* São Paulo: Summus; 1987.

Siqueira JTT. As Dores Orofaciais na Prática Hospitalar – Experiência Brasileira. *Prática Hospitalar*, ano VIII, n. 48, 2006.

Slaughter DP, Southwick HW, Smejkal W. Field cancerization in oral stratified squamous epithelium; clinical implications of multicentric origin. *Cancer.* 1953;6(5):963-8.

Snijders PJ, Scholes AG, Hart CA, Jones AS, Vaughan ED, Woolgar JA, Meijer CJ, Walboomers JM, Field JK. Prevalence of mucosotropic human papillomaviruses in squamous-cell carcinomas of the head and neck. *Int J Cancer.* 1996;66(4):464-9.

Spitz MR. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *Semin Oncol.* 1994;21:281-8.

Sugerman PB, Shillito EJ. The high risk human papillomaviruses and oral cancer: evidence for and against a causal relationship. *Oral Dis.* 1997;3(2):130-47.

Syrjanen K, Gissman L, Koss K. *Papillomaviruses and human disease.* Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer; 1987. p. 104, 37. lot, 1988.

Tezal M, Sullivan MA, Reid ME, Marshall JR, Hyland A, Loree T, Lillis C, Hauck L, Wactawski-Wende J, Scannapieco FA. Chronic periodontitis and the risk of tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133(5):450-4.

Thomas L, Moore EJ, Olsen KD, Kasperbauer JL. Long-term quality of life in young adults treated for oral cavity squamous cell cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2012;121(6):395-401.

Thornwald J. *O século dos cirurgiões: conforme documentos de meu avô, o cirurgião H. E. Hartman*. 1a. ed. São Paulo: Leopardo Editora; 2010.

Tsantoulis NG, Kastrinakis AD, Tourvas G, Laskaris VG, Gorgoulis. Advances in the biology of oral cancer. *Review*. Available online 2007 January 26.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CL, Toyota J, McDowell JA, Weymuller EA Jr, Kowalski LP. Brazilian-portuguese validation of University of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2006;28(112):1115-21.

Vartanian JG, Kowalski LP. Acceptance of major surgical procedures and quality of life among long-term survivors of advanced head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2009;135(4):376-9.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AV, de Melo RL, Correia LM, Köhler HF, Toyota J, Kowalski IS, Kowalski LP. Long-term quality of life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2004;130(1),1209-13.

Vartanian JG, Carvalho AL, Furia CLB, Castro Junior G, Rocha CN, Sinitcovisky EML, Toyota J, Kowalski ISG, Federico MHH, Kowalski LP. 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.

Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol*. 1998;34(4):284-91.

Vicente LCC. Desafios e perspectivas no tratamento do câncer da boca e orofaringe: reabilitação fonoaudiológica das disfagias. In: Barros APB, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA. *Fonoaudiologia em cancerologia*. Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo; 2000.

Villaret AB, Cappiello J, Piazza C, Pedruzzi B, Nicolai P. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008 Jun;28(3):120-5.

Weymuller EA, Alssaraf R, Yueh B, Deleyiannis FW, Coltrera MD. Analysis of the performance characteristics of the University of Washington quality of life instruments and its modification (UW.QOL-R). *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127(5):489-93.

Weymuller EA, Yueh B, Deleyiannis FW, Kuntz AL, Alsarraf R, Coltrera MD. Quality of life in patients with head and neck cancer: lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2000;126(3):329-36.

Wight WA, Ogden RA. Possible mechanisms by which alcohol may influence the development of oral cancer. Review. *Oral Oncol*. 1998;34(6):441-7.

Woods K, Shillitoe E, Spitz M, Schantz S, Adler-Stortz K. Analysis of human papillomavirus DNA in oral squamous cell carcinomas. *J Oral Pathol Med*. 1993;22(3):101-8.

Yeudall WA. Human papillomavirus and oral neoplasia. *Oral Oncol Eur J Cancer*. 1992;28B:61-6.

Zandonai AP, Cardozo FMC, Gonzalez Nieto IN, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):554-61.