

**KATIA SILVA MATIAS**

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER BUCAL E DA  
OROFARINGE ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO UW-QOL**

São Paulo

2005

**Katia Silva Matias**

**Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe  
através do questionário UW-QOL**

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

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

São Paulo

2005

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

Matias, Katia Silva

Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal / Katia Silva Matias;  
orientador José Leopoldo Ferreira Antunes. – São Paulo 2005.  
6- p: tab., 30 cm.

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

1 Qualidade de vida – 2 câncer bucal -3- UW-QOL questionário - 4 Hospital Heliópolis (SP)

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

São Paulo, \_\_/\_\_/2005

Assinatura:

E-mail:

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Matias KS. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, \_\_/\_\_/2005

### Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2) Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

3) Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Antonio e Margarete que sempre me apoiaram em todos os momentos da minha vida. Vocês são meus exemplos de caráter e dignidade e o berço da minha tranquilidade.

Ao meu querido irmão, Giva, que é meu ídolo e meu sobrinho Gustavo por todo o carinho.

Ao Marco, meu amor, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus grandes amigos Dowglas Magalhães, Renata Luque, Sheyla Torre, Tânia Moraes, pela sincera amizade.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas do Departamento de Odontologia Social, pela amizade e companheirismo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes pela paciência, carinho e atenção que teve comigo durante a elaboração deste trabalho e pela amizade que, tenho certeza que permanecerá após esta etapa.

Aos Professores da Disciplina de Saúde Coletiva em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo, e Prof. Dr. Antonio Carlos Frias, pela amizade e convivência científica compartilhada.

Ao Prof. Dr. Gilberto Marcucci pela atenção que deu para esta pesquisa e o apoio no encaminhamento do trabalho no Hospital Heliópolis.

Ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar Heliópolis, que disponibilizou seus pacientes para esta pesquisa.

Aos pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar Heliópolis que colaboraram gentilmente para a elaboração deste trabalho.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Andréia Teixeira dos Santos, Maria Laura de Toledo, Marieta Trancoso de Castro e Sônia Castro Lucia Lopes, pela boa vontade em me auxiliar durante o curso e pela amizade.

*"O conhecimento de uma pessoa não pode ir além de sua experiência".*

*John Locke*

Matias KS. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

## RESUMO

O presente estudo realizou teste de campo para uma versão em Português do questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL, quarta versão), com o intuito de avaliar a capacidade do questionário em descrever padrões diferenciais de qualidade de vida de pacientes com câncer de boca no contexto brasileiro, e incentivar avaliações dessa natureza em diferentes contextos culturais. Foram entrevistados 143 pacientes com carcinoma epidermóide de boca e orofaringe atendidos no Complexo Hospitalar Heliópolis, usando um questionário especificamente desenvolvido para esta finalidade. Dados colhidos do prontuário do paciente informaram características sócio-demográficas desses pacientes, sua condição clínica e os tratamentos efetuados. A auto-avaliação de qualidade de vida foi estratificada segundo categorias sócio-demográficas e clínicas, como estratégia para apreciar a capacidade do questionário em discriminar os domínios mais afetados em diferentes quadros de qualidade de vida. Os pacientes com tumores maiores, os que tinham tumores localizados na orofaringe ou na porção posterior da boca, os que apresentaram metástases regionais e os que foram submetidos a radioterapia apresentaram indicações significativamente menos elevadas ( $p < 0,05$ ) de qualidade de vida. Mastigar, ansiedade, engolir e saliva foram os domínios de pior pontuação; dor, engolir, mastigar e saliva foram as queixas mais freqüentes na



semana que antecedeu a entrevista. O questionário foi bem aceito e facilmente respondido pelos pacientes, permitindo a identificação de relevantes contrastes e similaridades entre os grupos de respondentes. Seu uso regular em ambiente hospitalar pode contribuir para antecipar intervenções voltadas à redução de impacto das aplicações terapêuticas e à gestão dos tratamentos.

Palavras-Chave: Qualidade de vida, Câncer bucal, Mastigação, UW-QOL, Brasil.

Matias KS. Quality of life of patients with cancer of mouth and oropharynx using the questionnaire UW-QOL [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

## **ABSTRACT**

This study performed a field trial of a Portuguese version of the University of Washington quality of life questionnaire (UW-QOL, fourth version), aiming at fostering these studies in cross-cultural contexts, and at appraising the questionnaire's ability in identifying differential patterns of health-related quality of life of patients with cancer of mouth and oropharynx in the Brazilian context. We interviewed 143 patients undergoing treatment for oral squamous cell carcinoma at a large Brazilian hospital (Complexo Hospitalar Heliópolis), using a questionnaire specifically developed for this purpose. Hospital records informed socio-demographic characteristics of these patients, their clinical status, and treatments already performed. The self-report of quality of life was stratified by categories of socio-demographic and clinical characteristics of patients, as a strategy for assessing the ability of the questionnaire in discriminating the most affected domains for patients presenting different conditions. Patients presenting larger tumours, neoplasm in the oropharynx or in posterior parts of the mouth, those affected by regional metastasis and those already treated with radiotherapy presented significantly ( $p < 0.05$ ) poorer scores of quality of life. Chewing, anxiety, swallowing and saliva were the poorest rated domain; pain, swallowing, chewing and saliva were the most frequent complaints during the week preceding the interview. The questionnaire was well

accepted and easily answered by patients, and allowed the identification of relevant contrasts and similarities among subsets of respondents. Its regular use in hospital settings can contribute for anticipating interventions aimed at reducing the impact of therapeutic applications and at subsequent patient management.

keywords: Quality of life, Oral cancer, Chewing, UW-QOL, Brazil

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 5.1 Questões gerais sobre qualidade de vida: proporção de respostas segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....40
- Tabela 5.2 Questões gerais sobre qualidade de vida: proporção de respostas segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....40
- Tabela 5.3 Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....41 e 42
- Tabela 5.4 Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....43 e 44
- Tabela 5.5 Queixas mais freqüentes de qualidade de vida: proporção de respostas segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....45
- Tabela 5.6 Queixas mais freqüentes de qualidade de vida: proporção de respostas segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004.....45

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CED-S	Center for Epidemiological Studies Depression
EORTEC QOL C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Core 30 questionnaire
EORTEC H&N35	European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck questionnaire
FLIC	Functional living index- cancer
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HNQOL	Head and neck quality of life instrument
MOS-SF36	Medical Outcomes Short Form 36
QV	Qualidade de vida
UW-QOL	University of Washington- Quality of Life questionnaire

## SUMÁRIO

	p
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 UW-QOL questionário .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 EORTC questionário.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Outros questionários .....</b>	<b>25</b>
<b>3 PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “Qualidade de vida” (QV) tem sido crescentemente utilizado para avaliar o estado de saúde e o impacto das aplicações terapêuticas em pacientes com diferentes doenças. A Organização Européia para Pesquisa e Tratamento de Câncer (European Organization for Research and Treatment of Câncer – EORTC) – instituição criada em 1980, que vem coordenando estudos em várias áreas da Oncologia, inclusive sobre QV, nos países da Europa, América e Oceania – em reiterou a complexidade e dificuldade que envolve o conceito de QV, bem como a necessidade de novas investigações multicêntricas e trans-culturais. (HAMMERLID; BJORDAL; AHLNER-ELMQVIS; 1997).

Visando apresentar uma definição sintética e operacional, um grupo de trabalho constituído pela Organização Mundial da Saúde para atuar nessa área definiu QV como:

“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com características salientes do ambiente.” (The WHOQOL Group, 1994).

Assim compreendido, o conceito de QV pode ser considerado uma construção subjetiva e multidimensional. Segundo Terrel (1999), a expressão QV inclui a percepção do paciente em encontrar a satisfação no trabalho, no lar, religião, família e educação, ou seja, o conceito de QV está diretamente ligado à auto-

avaliação do sujeito. Também Minayo, Hartz e Buss (2000) desenvolveram tematicamente o conceito, qualificando como boa ou excelente a QV que oferece ao indivíduo condições para desenvolver ao máximo suas potencialidades de “viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes”.

Para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em particular, a auto-avaliação sobre QV é muito útil como auxílio nas medidas de avaliação de efetividade dos tratamentos. Apesar de recentes avanços no diagnóstico e tratamentos, os tumores de cabeça e pescoço estão associados a desfiguramento e disfunção que afetam domínios de importância vital. A importância da auto-avaliação do estado funcional e bem estar dos pacientes com câncer tem sido bem documentada na literatura (TESTA; SIMONSON, 1996).

Além de contribuir para o monitoramento dos tratamentos, a avaliação de QV possibilita aos profissionais de saúde a compreensão de como os pacientes vivenciam a evolução da doença e as consequências de tratamentos como cirurgia e radioterapia. Rogers, Fisher e Woolgar (1999) revisaram diversos questionários de QV, os quais possibilitam uma apreciação específica dos domínios mais afetados para os pacientes com câncer bucal: a capacidade de engolir e mastigar, o bem-estar emocional, a dor e a comunicação. Em seu estudo, ele indicou as condições que deveriam ser atendidas pelos questionários: validade (identificar corretamente a experiência da doença), responsividade (capacidade de identificar as mudanças de estado clínico dos pacientes) e reprodutibilidade (apresentar resultados semelhantes, independente do examinador).

A Organização Mundial da Saúde estima que o câncer bucal é o tipo mais incidente das neoplasias de cabeça e pescoço, com cerca de 390.000 novos casos por ano no mundo todo (STEWART; KLEIHUES, 2003). Estima-se que no Brasil, em



2005, ocorreram 13.880 novos casos de câncer da cavidade oral, sendo 4.670 no Estado de São Paulo e 1.400 na Capital. No Brasil em 2005 estima-se que o câncer bucal ocupará a 8ª colocação entre os tipos mais freqüentes, sendo o 6º entre os homens e o 7º entre as mulheres (BRASIL, 2004).

Parkin (2001) estimou, para o ano de 2000, que 53% dos casos de câncer no mundo ocorreriam em países em desenvolvimento, enquanto Stewart e Kleihues (2003) observaram que os tumores de boca ocorrem predominantemente nos países em desenvolvimento.

Essas considerações indicam a importância da avaliação da QV para pacientes com câncer bucal no contexto brasileiro. O presente estudo consiste em um teste de campo para a versão em Português de um questionário sobre QV específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com o intuito de avaliar sua efetividade em identificar fatores associados para os diferentes domínios da QV. O objetivo do estudo foi contribuir para a realização de estudos adicionais sobre essa matéria em nosso meio, avaliando a capacidade do questionário em identificar diferentes padrões de relatos sobre QV dos pacientes que realizaram tratamento em um hospital de referencia para câncer de cabeça e pescoço.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Questionário UW-QOL**

O questionário de QV da Universidade de Washington (University of Washington – Quality of Life – UW-QOL) foi validado através do estudo de Hassan e Weymuller Jr (1993), que compararam os resultados de sua aplicação em 75 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, desde o estágio pré-operatório até três meses após o início do tratamento, com os obtidos através de outros questionários anteriormente validados: o Karnofsky Performance Scale e o Sickness Impact Profile (SIP). Os três questionários foram comparados em três fatores: aceitabilidade, validade e responsividade. Quanto à aceitabilidade, o UW-QOL obteve 97% de aceitação, sendo preferido aos demais, por ser mais conciso e fácil de responder. Quanto à validade, ou seja, a capacidade do questionário em de fato expressar as condições que se propõe avaliar, o UW-QOL obteve bons indicadores de concordância com o questionário SIP, considerado gold standard para esta determinação. E quanto à responsividade, o UW-QOL foi considerado superior aos dois outros questionários em detectar mudanças de QV associadas às modificações de estado clínico dos pacientes. O UW-QOL foi especificamente desenvolvido para pacientes com câncer de cabeça e pescoço e continha originalmente 9 itens. Com uma pontuação de, no máximo 100 pontos para cada item, a escala global variava entre 0 e 900 pontos, com 3 a 5 opções de escolha em cada item. Sendo preenchido pelo próprio paciente, não caberia a avaliação de reprodutibilidade do instrumento.

Weymuller Jr et al. (2001) analisaram a performance do questionário UW-QOL e a posterior modificação de suas características. Foram removidos do questionário dois itens, um relativo a secura de boca, outro relativo ao trabalho, pois estes itens apresentaram resultados pouco relacionados com a pontuação dos demais itens. Após a administração em mais de 500 pacientes, os autores indicaram as vantagens do que o UW-QOL corrigido; reiterando a facilidade de sua aplicação e interpretação, sua aceitabilidade e validade, além do fato de não requerer treinamento de examinadores para administrá-lo.

Rogers et al. (1998a) compararam os questionários UW-QOL, o Medical Short Form 36 (SF-36) e os questionários da EORTC (QLQ-C33 e Head and Neck 35), com o objetivo de comparar o UW-QOL com três instrumentos já validados, para pacientes que fariam a primeira cirurgia de câncer bucal. Os autores enfatizaram as dificuldades desse tipo de determinação, pois muitos pacientes têm dificuldades em responder sozinhos questionários extensos. O estudo permitiu concluir que o UW-QOL era apropriado para uso na prática clínica, que seu preenchimento era simples e rápido para os pacientes, que o processamento de seus dados era fácil e de baixo custo, além de ser válido para a apreciação do estado funcional dos doentes.

Rogers et al. (2002a) tiveram como propósito descrever um estudo de avaliação da importância específica atribuída a cada domínio da QV pelos pacientes com câncer de boca e orofaringe através do UW-QOL. Esse tipo de avaliação foi adicionado à segunda versão do questionário, a qual foi publicada em 1997, e o UW-QOL foi considerado o único questionário de QV aplicado a cabeça e pescoço que efetua essa avaliação. Sua amostra compreendeu 48 pacientes com idade média de 60 anos, entrevistados no estágio pré-operatório, e seis meses e um ano depois da cirurgia. O trabalho pode concluir que a avaliação de QV desses pacientes enfatizou

como críticos os domínios da fala, deglutição, mastigação e dor, indicando a utilidade dessa sistemática de avaliação para o planejamento de estratégias terapêuticas individualizadas para os pacientes.

Deleyiannis et al. (1997) avaliaram a QV de pacientes com câncer de orofaringe em estágio (III e IV), livres da doença por pelo menos 1 ano. O estudo foi realizado entre 1993 e 1994 na Universidade de Washington com 13 pacientes, que foram divididos em 2 grupos, de acordo com o tratamento. O primeiro grupo reunia 6 pacientes tratados com cirurgia e posterior radioterapia; o segundo com 7 pacientes tratados somente com radioterapia ou a associação de radio com quimioterapia. Foi utilizado como instrumento o questionário UW-QOL.

Ao comparar os preenchimentos dos questionários, notou-se uma significativa piora da QV, com os escores do pré e pós-tratamento semelhantes para os dois grupos. Em ambos os grupos, mais da metade dos pacientes relataram piora na mastigação, deglutição e ombros. A piora na aparência e na fala foram piores para os pacientes que sofreram cirurgia. O estudo demonstrou que os pacientes em estágios avançados da doença, tiveram o tratamento significativamente associado com piora da QV.

Radford et al. (2004), através do questionário UW-QOL versão 4, avaliaram os seis primeiros meses após o tratamento de câncer de cabeça e pescoço, com 70% de casos afetando a boca e orofaringe. Perceberam que, após seis meses do tratamento, os escores de ansiedade, dor e humor aumentaram consideravelmente, quando comparados ao preenchimento no início do tratamento, e que a fala e engolir são domínios importantes para a QV, tanto no estágio pré-operatório como após seis meses do tratamento.

Rogers et al. (2005), investigaram a reabilitação oral de pacientes que sofreram cirurgia para remoção de tumor na cavidade oral e da orofaringe em 130 pacientes através do questionário UW-QOL. Dentre estes pacientes, 72% apresentaram tumores na região anterior da boca e 28% na região posterior. De todos os pacientes 22% fizeram o tratamento para reabilitação oral, pois apresentaram tumores maiores e ausência de dentes na mandíbula, além de relatarem dificuldade em mastigar nos dados de 1 ano. O tamanho do tumor não influenciou o tempo entre o término do tratamento e o início da reabilitação.

Rogers, Love e Humphris (2000), através do questionário UW-QOL, identificaram as diferenças entre um grupo de 121 pacientes com câncer bucal no diagnóstico, através da divisão em três grupos, compreendendo os que apresentaram escores de 40 a 69 (30 pacientes), 70 a 89 (66 pacientes) e 90 a 100 (25 pacientes). No diagnóstico, identificou-se um grupo com tendência de melhora na QV ao longo do tempo, diferenciando-os dos que tenderam a apresentar menor melhora. Pacientes com maiores tumores apresentaram escores menores que os pacientes com tumores pequenos. Após seis meses do tratamento, os itens desfiguramento, fala e mastigação foram as principais queixas, condição que persistiu após um ano do tratamento.

Rogers et al. (1998b) usaram os questionários MOS-SF36 (Medical Outcomes Short Form 36) e o UW-QOL, para descrever a QV de 48 pacientes que sofreram cirurgia de câncer oral e da orofaringe. Apesar de ser um instrumento validado internacionalmente, o MOS SF-36 foi considerado uma medida genérica, sem aplicação específica para o câncer bucal, apesar de sua boa reputação e aplicabilidade em diferentes populações e condições. Possui 36 itens com 6 domínios e escala de 0 a 100, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de

vida do paciente. Como resultado, o MOS SF-36 mostrou que, 3 meses após a cirurgia, a pontuação do questionário sofreu considerável redução em média, para as medidas relativas às funções físicas, atividades sociais e percepção da saúde geral. As funções físicas tenderam a melhorar após um ano, as outras funções melhoram a partir do terceiro mês. Em geral, pacientes com tumor em sítios posteriores sofreram maior redução na pontuação que pacientes com tumor em sítios anteriores. Embora relativamente fracas, houve correlação positiva entre as mudanças graduais descritas pelo UW-QOL e pelo SF 36.

Rogers et al. (1999b) investigaram o estado funcional de 48 pacientes com câncer bucal e de orofaringe tratados com cirurgia, através do UW-QOL. Dor foi o maior sintoma mais relatado no momento do diagnóstico, seguido por desfiguramento, dificuldades em engolir, em falar e problemas nos ombros. As maiores associações estatísticas no pré-operatório foram entre dor e estágio do tumor, entre idade e atividade física e entre sexo e atividade física. Após a cirurgia, os pacientes em estágios T3 e T4, com tumores localizados na região posterior da boca, ou com mais de 65 anos foram os que mais sofreram recorrência ou morreram durante o primeiro ano. Os resultados de QV após um ano da cirurgia mostraram dor, problemas com mastigação e desfiguramento como os domínios que apresentaram maior modificação em relação aos dados iniciais.

Rogers et al. (1999a) descreveram a QV de pacientes entre 5 e 10 anos após o tratamento de câncer de boca e orofaringe através dos questionários UW-QOL, EORTC (QOQ-C30 e HN 35). Dos 38 pacientes examinados, 82% tiveram câncer na região anterior da boca, 66% classificados nas categorias T1 e T2, e 24% receberam tratamento também com radioterapia. Como resultado, apesar de um bom nível das funções dos sobreviventes, observou-se um pequeno, mas

significante número com problemas relativos a mastigação e desfiguramento (UW-QOL), relativos a condição emocional e problemas cognitivos (EORTC C30) e relativos a mastigação, boca seca, saliva pegajosa e dificuldade para engolir (EORTC HN 35).

Entre maio de 1995 e junho de 1997, Rogers et al. (2001) realizaram estudo com o objetivo de identificar fatores associados com o tempo de permanência no hospital após a cirurgia de câncer bucal e orofaringe. Foram selecionados 130 pacientes, sendo 94 com tumores localizados na região anterior da boca (assoalho bucal, 2/3 anteriores da língua, região alveolar e palato duro), 36 com tumores em região posterior (fossa retromolar, palato mole, tonsila e orofaringe). Cinquenta e cinco por cento dos tumores estavam compreendidos nos estágios T1 e T2 e quarenta e cinco por cento estavam compreendidos nos estágios T3 e T4. O tempo de permanência no hospital variou de 1 a 121 dias; um tempo maior de permanência no hospital foi requerido por pacientes mais idosos, pacientes com grandes tumores, aqueles que não viviam com esposa ou marido, pacientes que necessitaram de ressecção mandibular, pacientes com estado físico debilitado e aqueles com complicações no pós-operatório.

Rogers et al. (2002b) tiveram como objetivo explorar os 11 domínios do exame clínico (competência dos lábios, movimento da língua, mucosa oral, estado dental, abertura da boca, fala, incontinência salivar, dieta, aparência, sensação na boca e movimento do ombro) e a QV relacionada à saúde de pacientes com câncer de boca, através do UW-QOL. Notaram que o fator de maior importância clínica para o prognóstico pessoal de QV foi o tamanho do tumor: quanto menor o tumor, maior a pontuação e melhor a função clínica. Com relação aos fatores que mais influenciaram a QV após a cirurgia de câncer de boca ou orofaringe, observaram o

tamanho do tumor, o tipo de cirurgia e o uso coadjuvante de radioterapia. Como resultado, comparando ao pré-operatório, os melhores escores acumulados foram obtidos para os pacientes com pequenos tumores e melhores escores funcionais.

Vartanian et al. (2004), aplicaram o UW-QOL, versão 3 em Português, em pacientes com câncer de cavidade bucal e orofaringe, concluindo que os pacientes que relataram maior piora na aparência foram os com menos de 60 anos, as mulheres, e os que tinham tumores em estágios T3 e T4. Pacientes com linfonodos no pescoço relataram piora nos escores de recreação, mastigação, engolir, fala e ombros. O tratamento (cirurgia com radioterapia) foi associado com piora dos escores de aparência, mastigação, engolir, recreação e fala. Além disso, observaram que a diferença na composição dos escores dos pacientes com comprometimento de linfonodos e tratamento combinado (cirurgia e radioterapia) não foi estatisticamente significativa, apesar de ser clinicamente relevante.

## **2.2 Questionário EORTC**

De Graeff et al. (1999) descreveram a QV e o bem estar de 75 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para câncer bucal e de orofaringe, através dos questionários EORTC QLQ-C30 e HN35, e a escala CES-D. Os questionários da EORTC foram validados para vários tipos de câncer, inclusive cabeça e pescoço. Seu questionário básico (QLQ-C30) contém 5 escalas funcionais, 3 escalas de sintomas, uma escala global de QV e mais 6 itens, e é usado juntamente com um módulo específico do tumor. O módulo HN35 contém 7 escalas de sintomas: dor,



mastigação, paladar/olfato, fala, alimentação, contatos sociais e sexualidade, e contém 6 escalas de sintomas: problemas dentais, trismo, boca seca, saliva espessa, tosse, sentir-se indisposto. Tanto o módulo QLQ-C30 quanto o HN35 possuem escala de pontuação de 0 a 100, com maiores valores indicando melhor QV.

O CED-S, é um instrumento utilizado para medir depressão na população em geral, e tem sido utilizado em pacientes com câncer. Sua escala de pontuação varia de 0 a 60 pontos e quanto maior a pontuação, maior o nível de depressão. Como resultado desse estudo, notou-se que em 6 meses houve uma significativa deterioração das atividades físicas, fadiga e perda de apetite segundo o QLQ-C30 e trismo, boca seca, saliva espessa, paladar/olfato, alimentação, mastigação, fala e sexualidade segundo o HN35. Em 12 meses, todos os sintomas melhoraram, embora ainda estivessem ruins comparados aos questionários do pré-operatório. Dor foi o único sintoma que melhorou significativamente. A função emocional melhorou gradualmente do 6º ao 12º mês.

Epstein et al. (1999) avaliaram QV, função e sintomas orais após radioterapia, aplicando o questionário EORTC QLQ-C30 a 100 pacientes tratados com radioterapia, entre 6 e 12 meses após o término do tratamento. Dor (58%) foi a queixa mais freqüente durante a semana que antecedeu a resposta ao questionário. Metade dos pacientes relatou problemas emocionais, como tensão, irritabilidade, preocupação e depressão. Passados 6 meses do término do tratamento, a dor foi relatada por 42% dos pacientes, dificuldade em mastigar por 43%, xerostomia por 92%, mudança de paladar por 75%, e alteração da fala por 50%. Os pacientes também relataram significativa perda da satisfação com a vida e da saúde física.

Fang et al. (2004) estudaram 102 pacientes antes e durante o tratamento com radioterapia, através dos questionários EORTC QLQ-C30 e HN35, e concluíram que foi significativamente menor o prognóstico de sobrevida para os pacientes em estágio T4 e comprometimento de linfonodos N2 e N3. Durante a radioterapia, houve deterioração dos escores relativos à fala, comer com outras pessoas e contato social. No questionário HN35, houve indicações de reclamação quanto a boca seca e saliva pegajosa.

Hammerlid et al. (2001) avaliaram a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, segundo o local e estágio do tumor, sexo e idade do paciente. Utilizaram os questionários EORTC QLQ-C30 e HN35 em 357 pacientes em estágios T3 e T4. Pacientes com tumores de gengiva relataram problemas com os dentes; no diagnóstico, 40% dos pacientes que tinham tumores na língua e amígdala relataram, respectivamente, dores na boca e na garganta. A capacidade de engolir foi o item mais afetado no diagnóstico, incluindo problemas para comer, engolir a comida, tomar líquidos, dor na boca, não ter prazer em comer e problemas com os dentes. Pacientes em estágios mais avançados tiveram piores escores comparados a pacientes em estágios menos avançados. Foi significativa a relação entre a doença em estágio avançado e piora nos escores para as funções físicas, sociais, QV global e toda a escala de sintomas. Notou-se que as mulheres tenderam a ter escores menores que dos homens na maioria das funções e sintomas, e que os pacientes mais idosos tenderam a ter piores escores que os mais jovens.

Klug et al. (2002) apresentaram informações sobre a evolução da QV de pacientes sobreviventes de câncer bucal e de orofaringe em estágio avançado, entre 2 e 10 anos após o tratamento. Todos os pacientes apresentaram tumores classificados entre os estágios T2 e T4, foram tratados com quimio e radioterapia no

pré-operatório, seguido de cirurgia. O estudo foi realizado utilizando os questionários EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) e HN 35 (versão 1.0), com 67 pacientes. Como resultado não houve diferença significativa na QV de pacientes que tiveram o tumor na região anterior da boca comparada com a região posterior; e, surpreendentemente, não houve diferença significativa em relação ao tamanho do tumor. Quanto ao estado geral de saúde, não houve diferença significativa entre os grupos de 2 a 4 anos e de 5 anos ou mais após o tratamento.

Shepherd e Fisher (2004) avaliaram o impacto do tratamento em pacientes com câncer bucal e de orofaringe, utilizando os questionários EORTC QLQ-C30, HN 35 e HADS em 38 pacientes. Como resultados, indicou-se piora nas questões gerais e nos sintomas específicos de cabeça e pescoço, além das funções psicológicas, no período de três meses após o tratamento. Segundo o EORTEC QLQ-C30, houve significativa perda da função social e fadiga. O EORTEC HN 35 mostrou significativa piora em dor, engolir, comer na presença de outras pessoas e saliva pegajosa. O questionário HADS mostrou que a fase que compreende a cirurgia e duas semanas após é delicada, pois os pacientes tendem a apresentar baixos escores, com elevada manifestação de sintomas de ansiedade e depressão e baixa pontuação para a capacidade funcional.

### **2.3 Outros questionários**

De Boer et al. (1999) realizaram revisão de literatura sobre as questões de QV associadas às funções físicas e psicossociais de pacientes com câncer de

cabeça e pescoço nos anos 1990. Este estudo mostrou que o câncer de cabeça e pescoço tem impacto importante na QV destes pacientes, com dificuldades na fala, boca e garganta seca, dor e dificuldade para engolir sendo os problemas físicos mais freqüentemente relatados. Distúrbios nas funções psicológica e psicossocial foram relatados por considerável numero de pacientes, com preocupação, ansiedade, mudanças de humor, fadiga e depressão sendo os principais sintomas.

Gellrich et al. (2002) tiveram como objetivo determinar a QV de pacientes com dor, antes, durante e depois da cirurgia para a remoção do tumor. No início da doença, a dor é considerada um dos principais sintomas, com alto grau de comprometimento e justificativa para a procura de assistência médica. Foram selecionados 1652 pacientes, com tumores em diferentes estágios clínicos. Em sua maioria, esses pacientes tinham câncer no assoalho de boca (31,7%) e língua (23,8%). A investigação focalizou o tempo entre os primeiros sintomas e a primeira visita ao médico. Foi utilizado The Bochum Questinnaire on Rehabilitation, que contém 147 itens, incluindo aspectos morfológico, funcional e psicossocial, além de perguntas relativas à reabilitação.

Como resultado, observou-se que os pacientes com alto índice de dor antes do tratamento continuaram afetados por esta condição nos períodos durante e após o tratamento. Dor e comprometimento das funções de mastigação e deglutição foram os mais importantes parâmetros antes do tratamento; após a cirurgia, outras variáveis adquiriram importância, como fala inteligível, mobilidade da língua, desordens na cabeça, pescoço e região dos ombros.

Hammerlid et al. (1999) realizaram estudo em dois planos. No primeiro, procurou-se avaliar a terapêutica psicológica de longo prazo em pacientes com diagnóstico recente de câncer de cabeça e pescoço. A QV foi medida

longitudinalmente, no prazo de um ano, e comparada com um grupo controle, notando-se que houve maior melhora de QV no grupo tratado que no grupo controle, para a maioria das dimensões avaliadas durante o estudo, principalmente na morbidade psiquiátrica, funções sociais e emocionais, e na qualidade de vida global. O segundo plano do estudo compreendeu um programa psico-educacional de curta duração, um ano após o tratamento de câncer de cabeça e pescoço, através do qual foi notado que a piora mais relevante recaiu sobre os domínios comer, boca seca e função emocional.

Henson et al. (2001) avaliaram a função da glândula parótida após 1 ano do tratamento radioterápico em pacientes que receberam radioterapia bilateral do pescoço em 20 pacientes com idade entre 24 e 80 anos, e concluíram que a produção da glândula parótida diminuiu imediatamente após o início do tratamento e aumentou um ano após o término, quando os pacientes não usavam proteção para a glândula parótida durante o tratamento radioterápico. Para os pacientes que tiveram a glândula parótida protegida durante a aplicação de radiação, também houve diminuição do fluxo salivar imediatamente após a radioterapia. Entretanto a produção do fluxo salivar dessas glândulas aumentou progressivamente a partir de um mês após completo o ciclo do tratamento, e os dados colhidos um ano após o término do tratamento foram semelhantes aos colhidos antes do início do tratamento.

Konstantinovic (1999) avaliou a QV após tratamento cirúrgico e radioterápico de 78 pacientes com câncer de língua e assoalho da boca. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o tamanho da: o primeiro grupo incluiu pacientes com menos de 5 cm de ressecção cirúrgica (46) e o segundo grupo incluiu os pacientes com maior perda de tecido (32). Como resultado,

observaram a pior QV nos pacientes submetidos a ressecção cirúrgica mais extensa, e compararam resultados segundo diferentes protocolos de reconstrução cirúrgica.

Magné et al. (2001) utilizaram o questionário French quality of life para entrevistar 91 pacientes com câncer de cabeça e pescoço em estágio IV, que foram tratados com radio e quimioterapia por mais de três anos, uma vez que não era possível o tratamento cirúrgico em seus casos. Após, em média, 4,5 anos do tratamento, houve um aumento significativo dos sintomas boca seca e saliva pegajosa, problemas para engolir, dor e problemas psicológicos.

McDonough et al. (1996) compararam os níveis de QV relatados por 24 pacientes em estágios T3 e T4, utilizando dois questionários, o UW-QOL e o The Social Avoidance e Distress Scale. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, segundo o tipo de tratamento: de um lado, os tratados com quimioterapia, cirurgia e radioterapia; de outro, os pacientes tratados apenas com quimio e radioterapia. Em ambos os grupos, o isolamento social foi associado negativamente com a QV, indicando que quando aumentam os escores de isolamento social, diminui a pontuação de QV, e vice-versa. O isolamento social também foi significativamente relacionado com angústia social, indicando que níveis elevados de angústia social estão associados a altos níveis de isolamento social. Durante a radioterapia, houve significativa piora dos escores de QV, tanto para o grupo cirúrgico como para o grupo não-cirúrgico. Mas, a partir do primeiro mês de término da radioterapia os escores começaram a melhorar em ambos os grupos.

Patton et al. (1994) discutiram a morbidade associada ao tratamento do câncer bucal e seus efeitos sobre a QV, e observaram que o tratamento do câncer bucal frequentemente acarreta mudanças físicas sobre a aparência e efeitos psicológicos. Dentre os domínios mais afetados, indicaram a diminuição da

capacidade de adaptação dos pacientes à perda de funções bucais, como diminuição do fluxo salivar, redução do paladar, dificuldades de mastigação, engolir, fala e nutrição, além da perda de identidade, mudanças na imagem, perda da auto-estima, isolamento social, mudança de atividade, entre outros efeitos.

Pourel et al. (2002) coletaram dados sobre a QV de pacientes de todos os hospitais da França tratados por câncer de orofaringe em estágios de T1 a T3, e notaram que a QV foi prejudicada, principalmente em sua dimensão psicossocial, sendo os itens que mais prejudicaram a QV os domínios emocionais, funções sociais e fadiga. Surpreendentemente, a cirurgia associada à radioterapia, no início do tratamento, influenciaram favoravelmente os escores da função emocional, e apenas quando realizada isoladamente a radioterapia influenciou negativamente os escores da QV geral.

Schliephake (1998) teve como objetivo avaliar as seqüelas funcionais e o desenvolvimento da QV após a cirurgia de 40 pacientes com câncer no assoalho de boca e regiões adjacentes, através do questionário FLIC. A maioria dos tumores foi diagnosticada em estágio T4 e era localizada na região lateral do assoalho da boca. Em 27 pacientes que sofreram pequena ressecção de tecidos, foi realizada cirurgia de reconstrução imediatamente após a remoção do tumor; para os demais os defeitos cirúrgicos foram corrigidos através de enxertos. Através de avaliação por meio de ultra-sonografia, observou-se que a língua teve significativa redução de mobilidade, com piora expressiva na qualidade da fala, no que diz respeito à comparação com a condição pré-operatória. Além disso, observou-se que o prejuízo no movimento da língua foi significativamente correlacionado com a piora da fala.

Schliephake et al. (1995) avaliaram 135 pacientes com câncer de assoalho da boca e regiões adjacentes. Foram utilizados os questionários FLIC (Functional

Living Index – Câncer) e o Karnowsky Index, sendo observada significativa correlação entre seus resultados. Com relação à dieta, houve indicação de disfagia e refluxo de comida através dos lábios e nariz durante a alimentação, diminuição de apetite e aumento de dores. Os resultados sugerem que não é o tamanho do defeito cirúrgico, mas a combinação do tipo de reconstrução de tecidos moles e a localização do defeito o que causam maior impacto no nível de QV pós-cirúrgica.

Schliephake, Rüffert e Schneller (1996) estudaram prospectivamente a QV de 85 pacientes com câncer no assoalho da boca e regiões adjacentes, utilizando o questionário FLIC em 4 etapas. A QV dos pacientes mudou significativamente em um ano após a cirurgia. Pacientes em estágio T1 mostraram significativo aumento na QV. Houve aumento significativo de QV da primeira tomada de dados depois da cirurgia até a última entrevista nos três fatores medidos pela escala: bem estar, estado psicológico e sociabilidade.

Terrel et al. (2004) usaram os questionários SF-36 e HNQoL para relatar fatores clínicos prognósticos de QV em 570 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e observaram a sonda alimentar, traqueotomia, dissecação do pescoço, quimio e radioterapia tiveram impacto negativo na QV. Terrel et al. (1997) desenvolveram e avaliaram instrumento multidimensional para avaliar o estado funcional e bem estar dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Esse instrumento (o HNQOL) foi validado em duas fases; a primeira com questões gerais e a segunda com questões focadas para a doença específica. Com base nesse estudo, os autores identificaram quatro domínios relevantes para estes pacientes: comer, comunicação, dor e emoção.



### 3 PROPOSIÇÃO

Espera-se que os estudos de qualidade de vida em pacientes com câncer instruem a tomada de decisões quanto a riscos, efeitos, custos e benefícios dos tratamentos. Com base nessa expectativa, o presente estudo propõe a realização de um teste de campo de questionário especificamente desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Para esta finalidade, objetiva-se entrevistar um grupo de pacientes com câncer de boca e orofaringe em diferentes estágios da doença, e submetidos a diferentes tipos de tratamento, com a finalidade de descrever a condição por eles relatada e avaliar preliminarmente o instrumento selecionado para a coleta de dados.

A descrição da condição relatada por esse grupo de pacientes estará dirigida às seguintes finalidades:

- (i) recolher subsídios para a avaliação de efetividade do instrumento selecionado para a coleta de dados;
- (ii) apresentar dados comparativos evidenciando diferentes percepções no interior do grupo estudado, quanto a características de interesse, como sexo, idade, localização e estágio da neoplasia, nível de instrução e condição sócio-econômica.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

Foi avaliada a QV de pacientes com câncer bucal e de orofaringe que estavam realizando tratamento no Complexo Hospitalar Heliópolis, localizado na cidade de São Paulo, no período de outubro de 2004 a março de 2005. O estudo colheu informações de 143 pacientes com carcinoma epidermóide, em diferentes condições e estágios clínicos. Pacientes que apresentaram outros tipos histológicos de tumor não foram incluídos na amostra.

O questionário foi respondido pelo paciente imediatamente após a consulta médica em local separado no próprio ambulatório, observando as recomendações constantes na legislação brasileira e nos regulamentos internacionais, no que diz respeito à ética em pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa teve aprovação dos Comitês de Ética da Faculdade de Odontologia da USP e do Hospital Heliópolis (Anexos A e B). Os participantes responderam a versão em Português da 4ª versão do questionário UW-QOL (WEYMÜLLER EA, 2001), disponível para download em:

<[http://depts.washington.edu/soar/projects/dxcat/hnca/qol\\_uw.htm](http://depts.washington.edu/soar/projects/dxcat/hnca/qol_uw.htm)>).

O questionário (vide anexo C) possui doze questões específicas sobre diferentes dimensões de QV, para serem informadas pelo próprio paciente com câncer de cabeça e pescoço (dor, aparência, atividade, recreação, engolir, mastigar, falar, ombros, paladar, saliva, disposição e ansiedade). Cada uma dessas questões permite descrever as disfunções ou limitações vividas diariamente pelo paciente, possuindo entre três e cinco possibilidades de escolha, resultando numa escala de 0 a 100 pontos. O questionário também avalia questões que tiveram importância para

o paciente durante a última semana; e ainda possui quatro questões gerais, das quais uma em aberto, para o paciente descrever temas relevantes para sua QV, e três com cinco ou seis possibilidades de escolha (uma para o relato comparativo do estado atual com o vivido no mês anterior ao diagnóstico, outra para avaliar sua QV durante a última semana, e uma terceira para avaliar a QV segundo uma perspectiva mais abrangente, a qual inclui fatores sociais e espirituais).

O alto nível de QV ou função normal representa 100 pontos, enquanto níveis mais baixos são representados por valores menos elevados. Em sua quarta versão, o UW-QOL adicionou dois domínios específicos para avaliar disposição e ansiedade, de modo associado à vivência da doença e seu tratamento. O questionário UW-QOL para pacientes com câncer de cabeça e pescoço tem sido relatado como dispendioso de responsividade e boa aceitabilidade, praticidade e validade dos resultados (HASSAN; WEYMULLER JR 1993).

Através da análise de registros hospitalares (prontuário dos pacientes) foi possível avaliar as condições sócio-demográficas (idade, sexo, renda, ocupação e nível de escolaridade) e características clínicas (localização do tumor, classificação TNM, tipo e estágio do tratamento) dos pacientes.

Quanto a localização da neoplasia, os tumores foram classificados em região anterior (lábios, gengiva, assoalho bucal, mucosa bucal, palato duro e 2/3 anteriores da língua) e posterior (base da língua, palato mole, área retromolar, amígdala e orofaringe). Estas categorias foram usadas para avaliar comparativamente a proporção de respostas nas questões gerais e específicas dos pacientes classificados nesses dois grupos.

A American Cancer Society (2005) descreveu o sistema TNM da American Joint Committee on Cancer (AJCC) como sendo a forma mais usual para classificar os tumores. O sistema TNM inclui três peças chaves de informação. A categoria **T** indica o tamanho do tumor primário e para qual, se algum, tecido da cavidade bucal ou da orofaringe se estendeu. A categoria **N** descreve a extensão regional de células cancerosas da cavidade bucal e da orofaringe podem alcançar ou não os linfonodos do pescoço (metástase regional). E a categoria **M** indica se o câncer se estendeu para outro órgão do corpo (metástase à distância). Letras adicionais ou números adicionados às letras T, N, e M proporcionam detalhes sobre cada um desses fatores. A letra **x** após T, N, ou M significa que a condição não pôde ser avaliada por alguma razão associada a informação insuficiente.

Quanto ao tamanho do tumor, usa-se as seguintes indicações: **T0** (não há evidencia de tumor primário); **Tis** (carcinoma in situ: o tumor está contido dentro do epitélio e não houve penetração profunda da camada dos tecidos da cavidade bucal e da orofaringe); **T1** (tumor de 2 cm ou menos); **T2** (tumor maior que 2 cm, mas menor que 4 cm); **T3** (tumor maior que 4 cm); e **T4** (tumor de qualquer tamanho que invade estruturas adjacentes como osso, tecido muscular do pescoço, musculatura profunda da língua, pele, seios da face ou laringe).

Quanto à classificação do exame de linfonodos, usa-se as seguintes indicações: **N0** (não há metástase regionais indicadas pelo comprometimento de linfonodos); **N1** (o câncer se estendeu para um linfonodo, do mesmo lado da cabeça ou pescoço do tumor primário, o qual é menor que 3 cm); **N2**, inclui três subgrupos: **N2a** (o câncer se estendeu para um linfonodo, maior que 3 cm e menor que 6 cm, do mesmo lado do tumor primário), **N2b** (o câncer se estendeu para múltiplos

linfonodos, nenhum maior que 6 cm, do mesmo lado do tumor primário) e **N2c** (o câncer se estendeu para múltiplos linfonodos, nenhum maior que 6 cm, em ambos os lados do pescoço ou no lado oposto ao tumor primário); **N3** (o câncer se estendeu para um linfonodo maior de 6 cm).

Quanto à classificação de metástases à distância, usa-se as seguintes categorias: **M0** (não há metástase a distância); **M1** (o câncer se estendeu para sítios distantes da região da cabeça e pescoço).

As classificações T, N, e M são conjugadas para a classificação de estágio geral de desenvolvimento da doença. Desse modo, é possível usar as seguintes categorias: Estágio 0 (TisN0M0: câncer “in situ” e não há presença de linfonodos ou de metástase a distância); Estágio I (T1N0M0: o tumor tem 2 cm ou menos e não há presença de linfonodos ou de metástase a distância); Estágio II (T2N0M0: o tumor é maior que 2cm e menor que 4cm e não há presença de linfonodos ou de metástase a distância); Estágio III (T3N0M0, T1N1M0, T2N1M0 ou T3N1M0: o tumor é maior que 4cm, ou de qualquer tamanho com metástase regional menor que 3cm no mesmo lado da cabeça ou pescoço do tumor primário, e não apresenta metástase a distância); Estágio IVA (T4, N0 ou N1 e M0 ou qualquer T, N2 e M0: o tumor é de qualquer tamanho com invasão de estruturas adjacentes podendo ou não ter invadido um linfonodo com não mais que 3cm do mesmo lado da cabeça e pescoço do tumor primário, ou o tumor é de qualquer tamanho com invasão de linfonodos maiores 3cm e menores que 6 cm em ambos os lados do pescoço e sem metástase a distância); Estágio IVB (qualquer T, N3 e M0: o tumor é de qualquer tamanho com invasão de linfonodos maior que 6cm e sem metástase a distância); e Estágio IVC

(qualquer T, qualquer N e M1: o tumor é de qualquer tamanho podendo ou não ter linfonodos comprometidos, mas há metástase a distância).

No presente estudo, a classificação TNM acima descrita permitiu a comparação dos relatos de QV entre os pacientes que apresentavam tumores com tamanhos diferentes, classificados em dois grupos: o primeiro reunindo as categorias T1 e T2, o segundo reunindo as categorias T3 e T4. Além disso, a classificação TNM também permitiu a comparação dos relatos de QV entre os pacientes que apresentavam ou não comprometimento de linfonodos (grupo N0 em relação ao grupo apresentando as demais anotações para a classificação N). Com relação a metástases à distância, nenhum paciente examinado foi classificado em categoria diferente de M0.

Quanto ao tipo de tratamento, cirurgia e radioterapia, sozinhas ou em combinação, são ainda o tratamento de escolha, dependendo de fatores como o estágio do tumor, acessibilidade e função após o tratamento. Para tumores em estágio clínico mais avançado, no entanto, a quimioterapia tem sido usada em combinação com radioterapia com o objetivo de preservação dos órgãos neoadjuvantes (GANZ 1990; PATTON et al., 1994). Para fins de comparação dos resultados de QV, foram utilizados os contrastes entre as seguintes categorias: pacientes submetidos ou não submetidos a cada um desses tratamentos isoladamente. Para a comparação relativa ao tratamento cirúrgico, em especial, diferenciou-se os pacientes operados no período de três anos antes da entrevista daqueles não operados, ou que sofreram a cirurgia há mais de três anos.

A análise comparativa usou a proporção de respostas para as questões gerais do questionário UW-QOL e as notas atribuídas pelos pacientes para cada um dos doze domínios específicos da QV. O teste exato de Fisher foi empregado para o

cálculo de  $p$  relativo às comparações entre proporções, e o teste  $t$  de Student para amostras independentes foi empregado para as comparações entre as notas atribuídas para os domínios de QV. A análise estatística utilizou o programa SPSS 8.0 1997.

## 5 RESULTADOS

Em relação à localização dos tumores, foram incluídos 68 pacientes com câncer em localizações posteriores (palato mole, região retromolar, base de língua, amígdala e orofaringe) e 75 em localizações anteriores da boca (lábios, gengiva, assoalho bucal, 2/3 anteriores da língua, palato duro, mucosa da bochecha). O local da lesão foi determinado pelo médico cirurgião de cabeça e pescoço responsável pelo paciente. Cinquenta e oito pacientes apresentaram tumores T3 ou T4; 85 tiveram tumores T1 e T2. A maioria dos pacientes (81) já tinha sofrido cirurgia para remoção do tumor quando foram entrevistados, e 35 destes já haviam começado a radioterapia pós-operatória. Quatro pacientes fizeram radioterapia no pré-operatório. Dez pacientes com tumor T4 não foram indicados para tratamento cirúrgico, sendo submetidos a aplicações concomitantes de quimio e radioterapia. Com relação ao comprometimento de linfonodos, 70 pacientes apresentaram metástases regionais. Cento e dezoito eram homens, 52 tinham 60 anos ou mais de idade, 59 recebiam mais de um salário mínimo, 27 mantinham ocupação profissional e 35 haviam completado o ensino fundamental.

As Tabelas 5.1 e 5.2 contêm informações sobre as questões gerais relacionadas com a QV dos pacientes, segundo discriminados por, respectivamente, categorias sócio-demográficas e categorias de condição clínica. A primeira questão geral de QV indica a avaliação atual de modo comparado ao mês anterior ao diagnóstico do câncer. A segunda questão geral indica a avaliação de QV relativa aos últimos sete dias. E a terceira questão geral refere-se a uma avaliação mais abrangente de QV, considerando-a de modo não limitado à saúde física e mental,



mas incluindo fatores como relacionamento familiar, com os amigos, espiritualidade e lazer pessoal, considerando tudo que contribui para o bem estar pessoal do paciente.

Com relação à primeira pergunta geral, foi observado contraste mais acentuado entre os gêneros (pior perfil de resposta para o sexo masculino), entre os grupos de escolaridade (pior perfil para o grupo de maior escolaridade). Também foi observado pior perfil de resposta para os pacientes submetidos a cirurgia recente, quando comparados com os pacientes não operados ou operados há mais de dois anos. A análise estatística desses contrastes, no entanto, indicou não haver diferença significativa entre as proporções manifestadas por estas categorias ( $p > 0,05$ ).

No que diz respeito à segunda questão geral, observou-se que uma reduzida proporção de pacientes relatou má QV na semana anterior à entrevista. Apesar de terem sido indicados alguns contrastes entre as categorias sócio-demográficas e de condição clínica, a análise estatística indicou estas comparações como resultando em diferenças não-significantes. Com relação à avaliação de QV em uma perspectiva mais abrangente (terceira questão geral), também foi indicada reduzida proporção com avaliação negativa e nenhuma diferença significativa entre as categorias de comparação.

Tabela 5.1 Questões gerais sobre qualidade de vida: proporção de respostas segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

<b>Condição</b>	<b>Grupos comparados</b>	<b>Relacionando piora de QV em relação a um mês antes do diagnóstico</b>	<b>Relacionando má QV na semana anterior</b>	<b>Relacionando má QV numa perspectiva mais abrangente</b>
<b>Idade</b>	<b>≥ 60 anos / &lt; 60 anos</b>	20,45 / 15,38	5,77 / 8,79	1,92 / 3,30
<b>Sexo</b>	<b>Mulheres / Homens</b>	9,52 / 18,81	4,00 / 8,47	0,00 / 3,39
<b>Renda</b>	<b>≤ 1 Sal. Mín. / &gt; 1 Sal. Mín.</b>	19,40 / 14,55	8,33 / 6,78	3,57 / 1,69
<b>Escolaridade</b>	<b>Até ensino fundamental / Ensino médio ou mais</b>	14,44 / 25,00	8,33 / 5,71	3,70 / 0,00
<b>Ocupação</b>	<b>Sim / Não</b>	16,00 / 17,53	3,70 / 8,62	3,45 / 0,00
<b>Proporção geral</b>		17,21	7,69	2,80

Tabela 5.2 Questões gerais sobre qualidade de vida: proporção de respostas segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

<b>Condição</b>	<b>Grupos comparados</b>	<b>Relacionando piora de QV em relação a um mês antes do diagnóstico</b>	<b>Relacionando má QV na semana anterior</b>	<b>Relacionando má QV numa perspectiva mais abrangente</b>
<b>Localização</b>	<b>Posterior / Anterior</b>	14,29 / 19,70	8,96 / 6,67	2,99 / 2,67
<b>T estagio</b>	<b>T3 e T4 / T1 e T2</b>	13,33 / 19,48	13,79 / 3,53	5,17 / 1,18
<b>Linfonodo</b>	<b>Sim / Não</b>	12,73 / 20,90	7,14 / 8,22	4,29 / 1,37
<b>Radioterapia</b>	<b>Sim / Não</b>	16,95 / 17,46	10,00 / 6,02	5,00 / 1,20
<b>Quimioterapia</b>	<b>Sim / Não</b>	15,38 / 17,71	7,41 / 7,76	3,70 / 2,59
<b>Cirurgia</b>	<b>Sim / Não</b>	24,00 / 12,50	10,00 / 6,45	8,00 / 0,00
<b>Proporção geral</b>		17,21	7,69	2,80

As Tabelas 5.3 e 5.4 apresentam dados com notas médias atribuídas pelos pacientes aos diferentes domínios de QV (dor, aparência, atividades diárias, recreação, engolir, mastigar, falar, ombros, paladar, saliva, disposição e ansiedade), indicando a comparação entre grupos distintos quanto a características sócio-demográficas e condições clínicas. Nesse sentido, os resultados fornecidos pelo questionário foram consolidados separadamente para grupos divididos por fatores como sexo e idade dos pacientes, ocupação e renda, níveis de instrução, tamanho e localização do tumor, tratamentos efetuados.

Tabela 5.3 Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

Condição	Grupos comparados	Geral	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Engolir	Mastigar	
Idade	≥ 60 anos / < 60 anos	81,02 / 77,96	81,73 / 81,04	90,20 / 87,64	83,17 / 90,38	83,17 / 89,56	74,19 / 73,41	71,15 / 57,87	
	Mulheres / Homens	83,69 / 78,09	79,00 / 81,78	89,00 / 88,46	95,00 / 86,23	96,00 / 85,38	82,52 / 71,82	66,00 / 62,00	
Renda	≤ 1 Sal. Mín. / > 1 Sal. Mín.	76,55 / 82,66	76,49 / 88,14	87,20 / 90,52	86,31 / 89,83	83,93 / 91,95	72,42 / 75,51	59,12 / 67,80	
	Até ensino fundamental / Ensino médio ou mais	81,43 / 78,30	79,86 / 85,71	87,62 / 91,43	88,43 / 85,71	87,73 / 85,71	70,46 / 83,66	59,75 / 71,89	
Ocupação	Sim / Não	77,03 / 79,54	76,85 / 82,33	91,67 / 87,83	86,11 / 88,15	88,89 / 86,85	70,19 / 74,51	62,96 / 62,64	
<b>Pontuação geral</b>		<b>79,07</b>	79,07	81,29	88,56	87,76	87,24	73,69	62,70

Tabela 5.3 Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004. Continuação

Condição	Grupos comparados	Fala	Ombros	Paladar	Saliva	Disposição	Ansiedade
Idade	≥ 60 anos / < 60 anos	84,77 / 75,86	92,92 / 86,76	78,98 / 77,15	79,37 / 73,62	79,90 / 78,58	73,71 / 63,36
	Mulheres / Homens	89,12 / 76,97	90,92 / 88,59	83,92 / 76,50	66,52 / 77,72	90,00 / 76,88	74,83 / 65,50
Renda	≤ 1 Sal. Mín. / > 1 Sal. Mín.	76,88 / 82,25	87,30 / 91,42	72,98 / 84,61	76,70 / 74,41	74,89 / 84,92	63,90 / 71,54
	Até ensino fundamental / Ensino médio ou mais	77,96 / 82,60	90,09 / 85,63	76,84 / 80,77	74,00 / 81,21	79,68 / 77,14	67,59 / 65,51
Ocupação	Sim / Não	78,07 / 79,34	88,74 / 89,06	70,42 / 79,47	80,07 / 74,71	71,30 / 80,88	60,33 / 68,66
		<b>Pontuação geral</b>	79,10	89,00	77,81	75,74	79,06

A partir das tabelas 5.3 e 5.4, pode-se visualizar os itens de QV que obtiveram menor pontuação pelos pacientes entrevistados: mastigar, ansiedade e engolir. As condições sócio-demográficas mostraram ter menor importância na QV que as condições clínicas, pois a análise comparativa segundo categorias sócio-demográficas indicou não ter havido diferenças significantes, no que diz respeito à pontuação média obtida para cada domínio, enquanto a análise comparativa segundo categorias de condição clínica indicou diferenças significantes entre os grupos comparados.

Para os pacientes afetados por tumores de localização posterior, foram observadas pontuações mais baixas para os itens de engolir e saliva. Para os pacientes com tumores em localização posterior e para os pacientes apresentando metástases regionais (linfonodos), houve queixa significativamente mais elevada nos domínios dor, engolir, mastigar, saliva, disposição e ansiedade. Para os pacientes

submetidos a tratamento radioterápico, houve pontuação global de QV menos elevada, além de menor pontuação para os itens específicos de engolir, mastigar, paladar e disposição. Para os pacientes tratados com quimioterapia, houve relato de pior condição para os domínios de engolir e saliva. E para os pacientes operados há menos de três anos houve menos queixa por dor e por ansiedade.

Tabela 5.4 Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

Condição	Grupos comparados	Geral	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Engolir	Mastigar
Localização	Posterior / Anterior	78,09 / 80,31	78,36 / 84,33	85,61 / 91,33	88,06 / 87,33	89,55 / 86,33	67,91 / 79,40 *	64,18 / 62,21
T estágio	T3 e T4 / T1 e T2	71,98 / 83,91	72,41 / 87,35 *	82,76 / 92,56	84,91 / 89,70	83,62 / 89,70	61,21 / 82,21 *	45,97 / 74,12 *
Linfonodo	Sim / Não	75,02 / 82,96	72,86 / 89,38 *	83,93 / 93,06	88,57 / 86,99	87,50 / 86,99	65,47 / 81,58 *	54,29 / 70,77 *
Radioterapia	Sim / Não	73,27 / 83,26 *	81,66 / 81,02	87,29 / 89,46	86,25 / 88,86	85,00 / 88,86	65,31 / 79,75 *	53,60 / 69,28 *
Quimioterapia	Sim / Não	76,23 / 79,73	82,41 / 81,03	88,89 / 88,48	90,74 / 87,07	85,19 / 87,72	62,67 / 76,26 *	55,56 / 64,36
Cirurgia	Sim / Não	81,33 / 77,85	89,00 / 77,15 *	91,84 / 86,83	90,00 / 86,56	87,00 / 87,37	79,16 / 70,75	65,32 / 61,29
<b>Pontuação geral</b>		79,07	81,29	88,56	87,76	87,24	73,69	62,70

\*  $p < 0,05$

Tabela 5.4. Questões específicas sobre qualidade de vida: pontuação atribuída segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004. Continuação

Condição	Grupos comparados	Fala	Ombros	Paladar	Saliva	Disposição	Ansiedade
Localização	Posterior / Anterior	83,36 / 75,47	91,45 / 86,67	71,99 / 84,14	60,03 / 80,50 *	79,63 / 79,61	67,48 / 66,27
T estágio	T3 e T4 / T1 e T2	70,88 / 84,71	86,22 / 90,89	75,09 / 79,69	68,30 / 80,64 *	69,41 / 85,71 *	62,45 / 70,27 *
Linfonodo	Sim / Não	73,49 / 84,48	89,56 / 88,47	73,21 / 82,28	70,93 / 80,22 *	77,37 / 80,69 *	62,67 / 71,36 *
Radioterapia	Sim / Não	75,53 / 81,67	85,45 / 91,57	61,93 / 89,10 *	56,95 / 89,65 *	77,10 / 80,49 *	64,50 / 68,96
Quimioterapia	Sim / Não	83,74 / 78,01	96,26 / 87,31	70,11 / 79,62	55,33 / 80,57 *	78,70 / 79,14	65,22 / 67,51
Cirurgia	Sim / Não	73,98 / 81,85	83,32 / 92,05	84,20 / 74,44	78,76 / 74,13	83,32 / 76,74	72,14 / 64,33 *
<b>Pontuação geral</b>		79,10	89,00	77,81	75,74	79,06	67,08

\*  $p < 0,05$

Quando perguntados quais teriam sido os (até três opções para cada paciente) domínios da QV foram os mais relevantes durante a semana que antecedeu a entrevista, os itens mais relatados foram, nesta ordem, dor, engolir, mastigar e saliva. As tabelas seguintes apresentam os contrastes entre as proporções de pacientes que mencionaram estes domínios como sendo os mais importantes, respectivamente segundo categorias de classificação sócio-demográfica (tabela 5.5) e segundo categorias de condição clínica (tabela 5.6).

Tabela 5.5 Queixas mais freqüentes de qualidade de vida: proporção de respostas segundo características sócio-demográficas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

Condição	Grupos comparados	Dor	Engolir	Mastigar	Saliva
Idade	≥ 60 anos / < 60 anos	34,07 /	11,54 /	11,54 /	11,54 /
		25,00	16,48	15,38	14,28
Sexo	Mulheres / Homens	24,00 /	16,00 /	16,00 /	2,00 /
		32,20	14,41	13,56	11,86
Renda	≤ 1 Sal. Mín. / > 1 Sal. Mín.	39,28 /	20,24 /	14,28 /	11,90 /
		18,64 *	6,78 *	13,56	15,25
Escolaridade	Até ensino fundamental / Ensino médio ou mais	33,33 /	17,59 /	14,81 /	15,74 /
		22,87	5,71	11,43	5,71
Proporção geral		31,6	14,7	14,3	12,8

\* p < 0,05

Tabela 5.6 Queixas mais freqüentes de qualidade de vida: proporção de respostas segundo características clínicas dos pacientes com câncer bucal atendidos no Hospital Heliópolis, São Paulo, 2004

Condição	Grupos comparados	Dor	Engolir	Mastigar	Saliva
Localização	Posterior / Anterior	31,34 /	19,40 /	11,54 /	19,40 /
		29,33	10,66	15,38	8,00 *
T estagio	T3 and T4 / T1 and T2	44,83 /	25,86 /	16,00 /	17,24 /
		21,18 *	7,06 *	13,56	10,59
Linfonodo	Sim / Não	41,43 /	21,43 /	17,14 /	12,86 /
		20,55 *	8,21 *	10,96	13,70
Radioterapia	Sim / Não	30,00 /	11,67 /	13,56 /	21,66 /
		31,32	16,87	14,28	7,23 *
Quimioterapia	Sim / Não	25,92 /	18,52 /	14,81 /	14,81 /
		31,90	13,79	13,79	12,93
Cirurgia	Sim / Não	22,00 /	12,00 /	11,43 /	8,00 /
		35,48	16,13	14,81	16,13
Proporção gera		31,6	14,7	14,3	12,8

\* p < 0,05

Nesta comparação entre categorias de respondentes segundo os, a renda foi a única condição sócio-demográfica associada com diferenças significantes do ponto de vista estatístico, com os pacientes que auferiam renda menos elevada selecionando em maior proporção os domínios dor e engolir como dois dos itens de QV mais relevantes na semana da entrevista. Pacientes com tumores em localização posterior da boca e orofaringe relataram comprometimento da função salivar em maior proporção que os pacientes com tumores em localização anterior da boca. Pacientes com tumores mais extensos e os que apresentaram metástases regionais indicaram dor e comprometimento da função de engolir em maior proporção. Pacientes submetidos a radioterapia reclamaram de restrições da função salivar em maior proporção. Todas as demais comparações relativas à tabela 5.6 não apresentaram diferenças significativas.



## 6 DISCUSSÃO

A avaliação sobre QV é uma questão complexa envolvendo questões gerais e específicas sobre diferentes domínios (falar, dor, mastigar, etc.), as quais podem ser examinadas segundo diferenciais por grupos de classificação sócio-demográfica e clínica. Nesse sentido, podem ser planejados estudos voltados à avaliação específica de um ou mais desses itens, até mesmo envolvendo o delineamento de modelos multivariados para explicar as dimensões de QV envolvidas na análise. No presente estudo, entretanto, optou-se por um esquema analítico menos complicado, e somente se estimou a associação direta entre variáveis consideradas, sem ajuste para os demais fatores que participam da modificação do perfil de QV destes pacientes.

Projetos de novos estudos também podem vir a considerar uma avaliação longitudinal dos pacientes que apresentem tumores com características semelhantes do ponto de vista da localização anatômica e/ou do tratamento efetuado. Estas opções propiciariam um esquema de pesquisa adequado à avaliação de responsividade do questionário no contexto brasileiro, ou seja, sua capacidade em detectar mudanças clínicas que ocorrem após intervenções terapêuticas. Apesar destas possibilidades para um desenvolvimento mais extenso do tema de QV dos pacientes com câncer de boca e orofaringe; também sob esse aspecto, o presente estudo optou por um esquema analítico menos complexo, realizando apenas uma avaliação transversal dos pacientes entrevistados. Para esta opção, concorreu a percepção de que esse tipo de estudo é largamente prevalente na literatura científica dedicada à QV de pacientes com câncer bucal. Ao efetuar revisão

sistemática dessa literatura, Rogers et al. (1999b) indicaram que 50 dos 65 estudos publicados em língua inglesa sobre o assunto, entre 1980 e 1997, eram transversais.

O UW-QOL já foi validado por estudos que compararam os resultados de sua aplicação com aqueles obtidos por meio de outros questionários já reconhecidos como válidos para esta finalidade (ROGERS et al., 1998a). Além disso, o questionário UW-QOL foi considerado um instrumento seguro e prático para a coleta de dados, bem aceito por profissionais e pacientes, e de baixo custo para a pesquisa do estado funcional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Entretanto, sua aplicabilidade em diferentes idiomas ainda precisa ser mais bem avaliada, e sua versão em Português ainda não foi formalmente validada. Nesse sentido, o presente estudo configura um teste de campo da aplicação do questionário, indicando os resultados obtidos e sua capacidade em indicar fatores prognósticos da mudança de QV associada à vivência da doença e de seus tratamentos.

Rogers et al. (1998b) aplicou o UW-QOL e o SF-36 em pacientes com câncer bucal no contexto inglês, e consideraram ambos os instrumentos apropriados para comparações de QV no contexto internacional. Wang et al. (2002) empregaram a versão em Chinês do UW-QOL em pacientes com câncer de laringe, e consideraram o questionário um instrumento apropriado para pesquisa sobre QV em seu país. A versão em espanhol do UW-QOL foi testada por Gonzáles-Aguilar et al. (2000) na Argentina, tendo sido considerada compatível com os níveis de escolaridade da população daquele país, após o teste realizado com um grupo de 100 pacientes com câncer de cabeça e pescoço. O UW-QOL também foi testado no Brasil, através do estudo de Vartanian et al. (2004), que avaliaram favoravelmente, do ponto de vista da aceitação e compreensibilidade, a aplicação de uma versão em Português desse questionário.

No presente estudo, o UW-QOL possibilitou a identificação de diferentes padrões de QV associados com diferentes características apresentadas pelos pacientes, indicando ser viável a perspectiva de reconhecimento de fatores prognósticos da redução nos vários domínios de QV. Os domínios com pior pontuação pelos pacientes foram mastigar, ansiedade e engolir; e os domínios indicados como os mais relevantes durante a semana que antecedeu a aplicação do questionário foram dor, engolir, mastigar e saliva. Nesse sentido, sublinha-se a importância do acompanhamento odontológico, no âmbito de um atendimento multiprofissional para os pacientes com câncer de boca e orofaringe.

De modo geral, os grupos classificados por diferentes características sócio-demográficas não apresentaram diferença significativa no que diz respeito à pontuação de QV; mas o mesmo não se observou na comparação entre os grupos apresentando diferentes condições clínicas ou submetidos a tratamentos diferentes. Desse modo, pode-se dizer que o UW-QOL representou importante implemento para identificar fatores clínicos que ajudam a reconhecer antecipadamente o risco de redução da QV, os quais podem constituir informação útil para o planejamento dos protocolos de atendimento desses pacientes.

De modo geral, participantes com tumores diagnosticados em estágio mais avançado, seja por apresentarem maior tamanho ou pela presença de metástases regionais, e os pacientes com tumor em localização posterior da boca e orofaringe apresentaram indicadores de QV significativamente piores que os grupos de comparação (tabelas 5.4 e 5.6). Não há surpresa no fato de pacientes submetidos a radioterapia apresentarem queixas em proporção mais elevada quanto à função salivar; assim como também não há de surpreender o fato de pacientes com piores condições clínicas relatarem indicadores menos satisfatórios de QV. Mesmo assim,

a avaliação quantitativa destes contrastes foi alvo específico do presente estudo, indicando o sucesso do teste de campo proposto para a aplicação da versão em Português do questionário para pacientes atendidos na cidade de São Paulo.

Foi observado que os pacientes em estágio mais avançado da doença, seja por apresentarem tumores de maior extensão, seja por apresentarem comprometimento de linfonodos, tiveram piores indicadores de QV. Também se observou que pacientes tratados com cirurgia recente ou radioterapia apresentaram significativa redução dos indicadores de QV. Esta observação é consistente com importantes estudos realçando a flutuação dos níveis da QV, depende do tipo da doença e da fase do tratamento. McDonough et al. (1996) usou o questionário UW-QOL para avaliar as mudanças na QV em várias etapas do tratamento, e observou que a cirurgia associava de modo significativo com a diminuição da pontuação das questões gerais de QV, bem como com pior avaliação na escala empregada para avaliar ansiedade e interação social. Rogers et al. (1998b) identificaram uma considerável deterioração das funções físicas e sociais três meses após a cirurgia para a remoção do câncer bucal. Entretanto, eles também observaram que os pacientes reaproximaram-se dos escores do período pré-operatório cerca de doze meses após a cirurgia.

As comparações envolvendo função salivar e tratamento radioterápico produziram a maiores discrepâncias entre médias de QV para os domínios específicos (tabela 5.4), e para as proporções relativas às questões gerais mais relevantes durante a semana que precedeu o levantamento dos dados (tabela 5.6). Estas observações são consistentes com estudos que indicam a radioterapia como causa de xerostomia, disfunção ou redução do fluxo salivar (HENSON et al., 2001; EPSTEIN et al., 1999).

Tendo em vista a identificação de mastigação como o item de QV de menor avaliação global (Tabela 5.4), e de dor, engolir, mastigar e saliva como os domínios cuja queixa foi mais prevalente, sublinha-se a importância do monitoramento odontológico dos pacientes em todas as fases do tratamento. A participação do dentista na equipe multiprofissional que assiste o paciente com câncer bucal pode contribuir para a preservação das estruturas bucais que possam ser preservadas durante os tratamentos cirúrgicos e para a preservação de funções durante o tratamento radioterápico. Além disso, o tratamento odontológico posterior deve cumprir importante papel para a reabilitação desses pacientes, por exemplo recuperando funções através do uso de saliva artificial ou do tratamento protético. Estas observações também reforçam a necessidade de novos estudos dirigidos à avaliação das estratégias empregadas para a reabilitação da saúde bucal, e para a identificação de fatores prognósticos para outras complicações, como o trismo, que podem afetar esses pacientes.

## 7 CONCLUSÕES

Da análise dos dados e dos resultados obtidos neste estudo podemos concluir que o questionário foi bem aceito e facilmente respondido pelos pacientes, sem dificuldade de compreensão dos itens e para preenchimento das alternativas permitindo respostas rápidas. Os pacientes com tumores maiores, os que tinham tumores localizados na orofaringe ou na porção posterior da boca, os que apresentaram metástases regionais e os que foram submetidos a radioterapia apresentaram indicações significativamente menos elevadas ( $p < 0,05$ ) de qualidade de vida. Mastigar, ansiedade, engolir e saliva foram os domínios de pior pontuação; dor, engolir, mastigar e saliva foram as queixas mais freqüentes na semana que antecedeu a entrevista. Para todos os domínios de qualidade de vida, o estudo pode indicar comparações de interesse quanto à pontuação indicada por pacientes apresentando diferentes condições sócio-demográficas e clínicas.

O questionário empregado possibilitou identificar relevantes contrastes e similaridades entre os grupos de respondentes, indicando favoravelmente sua capacidade em discriminar a qualidade de vida dos pacientes, segundo suas características mais prevalentes. O uso regular desse tipo de avaliação em ambiente hospitalar pode contribuir para antecipar intervenções voltadas à redução de impacto das aplicações terapêuticas, contribuindo para a gestão dos tratamentos.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

American cancer society. disponível em:  
[www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_3\\_X\\_How\\_is\\_oral\\_cavity\\_and\\_oropharyngeal\\_cancer\\_staged\\_60.asp?sitearea](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3_X_How_is_oral_cavity_and_oropharyngeal_cancer_staged_60.asp?sitearea) [2005 julho 21]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JFA, McCormick LK, Pruyn JFA, Ryckman RM, et al. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 1999;120(3):427-36.

de Graef A, de Leeuw JRJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. A prospective study on quality of life of patients with câncer of the oral cavity or oropharyngeal treated with surgery with or without radiotherapy. *Oral Oncology* 1999;35(1):27-32.

Deleyiannis FWB, Weymüller Jr EA, Coltrera MD. Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III or IV) oropharyngeal cancer. *Head and Neck* 1997; 19(6):466-73.

Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND, Phillips N, Stenvenson-Moore P, et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 1999;21(1):1-11.

Fang FM, Liu YT, Tang Y, Wang CJ, Ko SF. Quality of life as a survival predictor for patients with advanced head and neck carcinoma treated with radiotherapy. *Cancer* 2004;100(2):425-32.

Ganz P. Current issues in cancer rehabilitation. *Cancer* 1990; 65(3 Suppl.):742-51.

---

<sup>1</sup>De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Gellrich NC, Schimming R, Schramm A, Schmalobr D, Bremerich A, Kugler J. Pain, function, and psychologic outcome before, during and after intraoral tumor resection. *J Oral Maxillofac Surgery* 2002;60(7):772-7.

González-Aguilar O, Pardo HA, Vannelli AM, Simkin DO, Rossi A, Simkin D. Is quality of life an obstacle of head and neck surgery? *Rev Argent Cir* 2000;78(5):171-9.

Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Biörklund A, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part I: At diagnosis. *The laryngoscope* 2001;111(4 Pt 1):669-80.

Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M. Prospective longitudinal quality of life study of patients with head and neck cancer a feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116(6 Pt 1): 666-73.

Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(4):507-16.

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

Henson BS, Inglehart MR, Eisbruch A, Ship JA. Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. *Oral Oncol* 2001;37(1):84-93.

Klug C, Neuburg J, Glaser C, Schwarz B, Kermer C, Millesi W. Quality of life 2-10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofac. Surg* 2002;31(6):664-9.

Konstantinovic VS. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. *Int J Cranio-Maxillofac Surg* 1999;27(3):192-7.

Magné N, Marcy PY, Chamorey E, Guardiola E, Pivot X, Schneider M, et al. Concomitant twice-a-day radiotherapy and chemotherapy in unresectable head and neck cancer patients: a long-term quality of life analysis. *Head and Neck* 2001;(8):678-82.



McDonough E, Varvares MA, Dunphy FR, Dunleavy T, Dunphy CH, Boyd JH. Changes in quality-of-life scores in a population of patients treated for squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 1996;18(6):487-93.

Minayo MCS, Hartz ZMC, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. the global picture. *Eur J Cancer* 2001;10:37 (Suppl 8):54-66.

Patton DW, Ali A, Davies R, Fardy MJ. Oral rehabilitation and quality of life following the treatment of oral cancer. *Dent Update* 1994;21(6):231-4.

Pourel N, Peiffert D, Lartigau E, Desandes E, Luporsi E, Conroy T. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2002;54(3):742-51.

Radford K, Woods H, Lowe D, Rogers SN. A UK multi-centre pilot study of speech and swallowing outcomes following head and neck cancer. *Clin Otolaryngol* 2004;29(4):376-81.

Rogers SN, Fisher SE, Woolgar JA. A review of quality of life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999;28(2):99-117.

Rogers SN, Lowe D, Humphris G. Distinct patient groups in oral cancer: a prospective study of perceived health status following primary surgery. *Oral Oncol* 2000;36(6):529-38.

Rogers SN, Hannah L, Lowe D, Magennis P. Quality of life 5-10 years after primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. *J Craniomaxillofac Surg* 1999a;27(3):187-91.

Rogers SN, Laher SH, Overend L, Lowe D. Importance- rating using the University of Washington Quality of Life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. *J Craniomaxillofac Surg* 2002a;30:125-32.

Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. A comparison between the University of Washington Head and Neck Disease-Specific Measure and the Medical Short Form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC Head and Neck 35. *Oral Oncol* 1998a; 34(5):361-72.

Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The relationship between length of stay and health related quality of life in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg* 2001;30(3):209-15.

Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The University of Washington head and neck cancer measure as a predictor of outcome following primary surgery for oral cancer. *Head Neck* 1999b;21(5):394-401.

Rogers SN, Humphris G, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the Medical Outcomes Short Form 36. *Oral Oncol* 1998b;34(3):171-9.

Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED. Health- related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2002b;40(1):11-8.

Rogers SN, Panasar J, Pritchard K, Lowe D, Howell R, Cawood JI. Survey of oral rehabilitation in a consecutive series of 130 patients treated by primary resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *British J Maxillofac Surg* 2005;43:23-30.

Schliephake H, Neukam FW, Schmelzeisen R, Varoga B, Schneller H. Long term quality of life after ablative intraoral tumour surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 1995;23(4):243-9.

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.

Schliephake H, Schmelzeisen R, Schneller T. Speech, deglution and life quality after intraoral tumor resection. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998;27(2):99-105.

Shepherd K, Fisher S. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to tree months post-treatment. *Oral Oncology* 2004;40(7):751-7.

Stewart BW, Kleihues P. (Eds): *World Cancer Report*. IARC Press. Lyon 2003. disponível em: URL: [http://www.cancer.gov/cancer\\_information/cancer\\_type/head\\_and\\_neck/](http://www.cancer.gov/cancer_information/cancer_type/head_and_neck/). [2005 agosto]

Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, et al. Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 2004;130:401-8.

Terrell JE, Nanavati KA, Esclamado RM, Bishop JK, Bradford CR, Teknos TN. Head and neck cancer-specific quality of life: instrument validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123(10):1125-32.

Terrell JE. Quality of life assessment in head and neck cancer patients. *Hematol Oncol Clin North Am* 1999;13(4):849-65.

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

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

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

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

Weymuller EA JR, Alsarraf R, Yueh B, Deleyiannis FW, Coltrera MD. Analysis of the performance characteristics of the University of Washington Quality of Life instrument and its modification (UW-QOL-R). *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127(5):489-493.

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética da FOUSP



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

CEP/OF. 12/05

São Paulo, 08 de março de 2005

Senhora Pesquisadora

Informamos a Vossa Senhoria, que diante de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Heliópolis, estamos cientes da aprovação do projeto de pesquisa intitulado "*Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal*" de sua autoria, não havendo nenhuma oposição por parte deste CEP, com relação a sua realização.

Sendo o que se nos apresentava, valemo-nos da oportunidade para reiterar-lhe os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Prof. Dr. *Rogério Nogueira de Oliveira*  
Coordenador do CEP-FOUSP

Ilustríssima Senhora  
**Kátia Silva Matias**  
Departamento de Odontologia Social

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética do Hospital Heliópolis



COMPLEXO HOSPITALAR HELIÓPOLIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

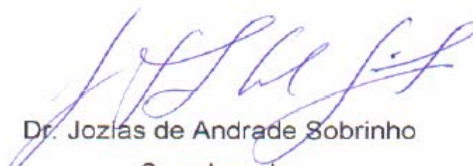
São Paulo, 15 de setembro de 2004.

Ao

Dr. Kátia Silva Matias.

Informamos que o projeto de pesquisa: ***“Qualidade de vida de pacientes com câncer de boca”***, registrado neste CEP sob nº 332, tendo como relator Dr. Renato Cardoso foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa no dia 14/09/2004.

Atenciosamente,



Dr. Jozias de Andrade Sobrinho  
Coordenador

## Anexo C: Questionário de Qualidade de Vida \*

Nome: \_\_\_\_\_

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

**1. Dor**

Não tenho sentido dor.

Tenho sentido pouca dor, sem a necessidade de medicamentos.

Tenho dor moderada que requer medicação regular (codeína ou não narcótico). \_\_\_\_\_

Tenho muita dor controlada apenas através de narcóticos. \_\_\_\_\_

Tenho muita dor não controlada por medicação

**2. Aparência**

Não houve mudanças na minha aparência.

As mudanças na minha aparência são pequenas.

As mudanças em minha aparência me incomodam, mas mantenho minhas atividades.

Sinto-me significativamente desfigurado, o que me levou a limitar minhas atividades.

Evito estar com as pessoas devido às mudanças em minha aparência.

**3. Atividade**

Estou tão ativo quanto antes.

Algumas vezes não consigo manter meu antigo ritmo, mas não é sempre.

Sinto-me freqüentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades, embora ainda saia.

Não posso sair, pois não tenho forças.

Fico freqüentemente na cama ou na cadeira e não saio de casa.

**4. Recreação**

Não tenho limitações para recreação em casa ou fora dela.

Existem algumas coisas que não consigo fazer, mas ainda saio e aproveito a vida.

Muitas vezes sinto vontade de sair mais, mas não consigo.

É muito limitado o que eu consigo fazer, na maior parte do dia fico em casa e assisto TV.

Não consigo fazer nada agradável.

**5. Engolir**

Consigo engolir tão bem quanto antes.

Não consigo engolir alguns alimentos sólidos.

Só consigo engolir alimentos líquidos.

Não consigo engolir, porque “vai para o lugar errado” e me sufoca.

**6. Mastigar**

Consigo mastigar tão bem como antes.

Não consigo comer todos os alimentos sólidos, só consigo se forem macios.

Não consigo mastigar alimentos sólidos, nem mesmo os macios.

**7. Fala**

Minha fala é a mesma de sempre.

Tenho dificuldade em falar algumas palavras, mas consigo ser entendido no telefone.

Somente minha família e meus amigos conseguem me entender.

Eu não consigo ser entendido.

**8. Ombros**

Não sinto problemas com meus ombros.

Meus ombros estão duros, mas isso não afeta minhas atividades.

Precisei modificar minhas atividades, por causa de dores ou problemas nos ombros.

Não consigo trabalhar, devido a problemas nos ombros.

**9. Sabor**

Sinto o sabor da comida normalmente.

Não sinto o sabor de algumas comidas.

Não sinto o sabor da maioria das comidas.

Não sinto o sabor de nenhuma comida.

#### 10. Saliva

Minha saliva tem uma consistência normal.

Tenho menos saliva que o normal, mas é o suficiente.

Tenho pouquíssima saliva.

Não tenho saliva alguma.

**Quais assuntos foram mais importantes para você durante os últimos 7 dias: (até 3 opções)**

Dor	Aparência	Engolir	Mastigação	Sabor
Fala	Ombros	Atividade	Recreação	Saliva

#### Questões Gerais

**1. Comparando com o mês anterior ao diagnóstico do câncer, como você avalia sua qualidade de vida?**

          muito melhor           um pouco melhor           equivalente           um pouco pior           muito pior.

**2. No geral, você diria que sua qualidade de vida nos últimos 7 dias foi:**

          excepcional    muito boa    boa                           regular           ruim           muito ruim.

**3. A qualidade de vida não se limita à saúde física e mental, mas inclui fatores como relacionamento familiar, com os amigos, a espiritualidade e o lazer pessoal.**

**Considerando tudo que contribui para seu bem estar pessoal, como você avalia sua qualidade de vida durante os últimos 7 dias:**

          excepcional    muito boa    boa                           regular           ruim           muito ruim.

**4. Por favor, descreva algum outro assunto (médico ou não médico) importante para sua qualidade de vida, que não tenha sido adequadamente abordado por nossas questões.**

---



---



---



---



---



---

Tempo de preenchimento \_\_\_\_\_ Questões deixadas sem resposta \_\_\_\_\_

**\* Questionário Revisado da Universidade de Washington. University of Washington, Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Seattle, WA 98195, USA. eaw@u.washington.edu**