



**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Coordenação de Pós-graduação**

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
Pós-Graduação em Oncologia**

*Fernanda Gonzalez Rocha Souza*

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE  
LARINGE**

**Orientador (es):** Prof. Dr. Fernando Luiz Dias  
Prof. Dr<sup>a</sup> Izabella Costa Santos

**RIO DE JANEIRO  
2021**



**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Coordenação de Pós-graduação**

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
Pós-Graduação em Oncologia**

*Fernanda Gonzalez Rocha Souza*

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE  
LARINGE**

Tese apresentada ao Instituto Nacional de Câncer como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Oncologia

**Orientador (es):** Prof. Dr. Fernando Luiz Dias  
Prof. Dr<sup>a</sup> Izabella Costa Santos

**RIO DE JANEIRO  
2021**

S729a Souza, Fernanda Gonzalez Rocha

Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. / Fernanda Gonzalez Rocha Souza. – Rio de Janeiro, 2022.

59 f. : il. Color.

Tese (Doutorado em Oncologia) – Programa de Pós-Graduação em Oncologia, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2022.

Orientadores: Prof. Dr. Fernando Luiz Dias  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Izabella Costa Santos

1. Neoplasias Laríngeas. 2. Laringectomia. 3. Qualidade de Vida. 4. Equipe Multidisciplinar. 5. Equipe de Assistência ao Paciente. I. Dias, Fernando Luiz (Orient.). II. Santos, Izabella Costa (Orient.). III. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. IV. Título.

CDD 616.22 0600724



**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Coordenação de Pós-graduação**

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
Pós-Graduação em Oncologia**

***AUTOR: Fernanda Gonzalez Rocha Souza***

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE  
LARINGE**

**ORIENTADOR (ES): Prof. Dr. Fernando Luiz Dias  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Izabella Costa Santos**

**Aprovada em: 25/02/2021**

**EXAMINADORES:**

**Prof. Dr. Luiz Henrique de Lima Araújo - Presidente  
Prof. Dr. Daniel Alves Bulzico - Titular  
Prof. Dra. Fernanda Vaisman Balieiro UFRJ - Titular  
Prof. Dra. Júlia Bette - Titular  
Prof. Dra. Maria do Socorro Pombo de Oliveira - Suplente I  
Prof. Dra. Tatiana de Almeida Simão – Suplente II**

**RIO DE JANEIRO  
2021**

## SUMÁRIO

|          |   |      |
|----------|---|------|
|          | <b>LISTA DE TABELAS E FIGURAS</b>   | vi   |
|          | <b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>  | vii  |
|          | <b>RESUMO</b>   | viii |
|          | <b>ABSTRACT</b>   | viii |
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | 1    |
| 1.1      | EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE LARINGE  | 1    |
| 1.2      | ESTADIAMENTO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO CÂNCER DE LARINGE                                  | 2    |
| 1.3      | TRATAMENTOS DO CÂNCER DE LARINGE  | 4    |
| 1.4      | CONSEQUÊNCIAS DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE LARINGE  | 6    |
| 1.5      | REABILITAÇÃO  | 7    |
| 1.6      | QUALIDADE DE VIDA EM CÂNCER   | 8    |
| 1.7      | QUALIDADE DE VIDA EM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO   | 9    |
| 1.8      | QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON (UW-QOL)                  | 10   |
| 1.9      | QUALIDADE DE VIDA E PSICO-ONCOLOGIA   | 13   |
|          | JUSTIFICATIVA   | 16   |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | 19   |
| 2.1      | OBJETIVO GERAL  | 19   |
| 2.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | 19   |
| <b>3</b> | <b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>  | 20   |
| 3.1      | DELINEAMENTO DO ESTUDO  | 20   |
| 3.2      | POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE  | 20   |
| 3.3      | PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS   | 20   |
| 3.4      | VARIÁVEL DESCRITIVAS E INDEPENDENTES  | 21   |
| 3.5      | VARIÁVEL DEPENDENTE (DESFECHO)  | 22   |
| 3.6      | ANÁLISE ESTATÍSTICA   | 22   |
| 3.7      | HIPÓTESE  | 24   |
| 3.8      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS  | 24   |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS</b>   | 24   |
| 4.1      | ANÁLISE DESCRITIVA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA | 24   |
| 4.2      | ANÁLISE DESCRITIVA DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE REABILITAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA   | 25   |
| 4.3      | ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (UW-QOL)             | 26   |
| 4.4      | ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO UW-QOL EM DOIS MOMENTOS DISTINTOS                      | 29   |
| 4.5      | VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS ASSOCIADAS À QV (UW-QOL)                           | 31   |
| 4.6      | DIFERENTES TIPOS DE TRATAMENTOS ASSOCIADOS À QV (UW-QOL)                                  | 33   |
| <b>5</b> | <b>DISCUSSÃO</b>  | 34   |
| 5.1      | CÂNCER DE LARINGE E QUALIDADE DE VIDA   | 34   |
| 5.2      | TIPOS DE TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA   | 38   |
| <b>6</b> | <b>CONCLUSÕES</b>   | 41   |
| <b>7</b> | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | 42   |
| <b>8</b> | <b>ANEXOS</b>   | 51   |
| 8.1      | FICHA DE REGISTRO   | 51   |
| 8.2      | UW-QOL  | 54   |
| 8.3      | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  | 58   |

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 4.1** Características demográficas dos pacientes com neoplasias malignas de laringe

**Tabela 4.2** Características clínicas e cirúrgicas dos pacientes com neoplasias malignas de laringe

**Tabela 4.3** Frequência dos domínios objetivos do UW-QOL de pacientes com neoplasias malignas de laringe

**Tabela 4.3.1** Frequência dos domínios subjetivos do UW-QOL de pacientes com neoplasias malignas de laringe

**Tabela 4.4** Domínios de QV avaliados em dois momentos com o mesmo método de reabilitação

**Tabela 4.4.1** Domínios de QV avaliados em dois momentos após troca do método de reabilitação

**Tabela 4.5** Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas de laringe

**Tabela 4.5.1** Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas de laringe (continuação)

**Tabela 4.6** Tipos de tratamentos em relação à média dos domínios do UW-QOL

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** Estadiamento do câncer de laringe

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**QV** Qualidade de Vida

**INCA** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**AICR** American Institute for Cancer Research

**ASCO** American Society of Clinical Oncology

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**WHOQOL** World Health Organization Quality of Life Group

**UW-QOL** University of Washington Quality of Life Questionnaire

**DIPAT** Divisão de Patologia

**CEP** Comitê de Ética em Pesquisa

**CPQ** Centro de Pesquisas

**FAPERJ** Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

**TNM** Sistema de Estadiamento de Neoplasias Malignas “*tumor-node-metastasis*”

**UICC** União Internacional de Combate ao Câncer



**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Coordenação de Pós-graduação**

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE  
LARINGE  
RESUMO**

**TESE DE DOUTORADO  
Fernanda Gonzalez Rocha Souza**

**Introdução:** O câncer de laringe representa aproximadamente 25% das neoplasias malignas da região da Cabeça e Pescoço e 2% de todas as doenças malignas. No Brasil os dados apontam a ocorrência de cerca de 160 mil casos novos de câncer por ano, sendo responsável pelo óbito de 83 mil pessoas ao ano. A incidência é maior em homens com idade acima de 40 anos e é diretamente relacionada ao tabagismo e etilismo. O câncer de laringe e seus diversos tipos de tratamento podem ter um impacto considerável na vida dos pacientes na medida em que esses tratamentos podem resultar em algum grau de disfunção na fala, deglutição, respiração e aparência. A avaliação de qualidade de vida (QV) tornou-se um importante instrumento na mensuração do impacto da doença e tratamentos instituídos uma vez que existem diversas opções terapêuticas. O questionário de avaliação de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) é um instrumento multidimensional composto por domínios que avaliam funções específicas à cabeça e pescoço, assim como funções sociais e emocionais. Os domínios podem ser avaliados individualmente, por suas dimensões ou por seu escore total para uma visão geral. **Objetivo:** Avaliar a QV dos pacientes com câncer de laringe tratados no INCA. **Metodologia:** A pesquisa teve como objetivo avaliar a QV dos pacientes com câncer de laringe, nos estádios I a IV, submetidos a diferentes modalidades terapêuticas e que estiveram em acompanhamento em 2015 e 2016. Avaliamos novamente a QV de um subgrupo de pacientes submetidos à laringectomia total anteriormente. As informações foram coletadas através do UW-QOL. **Resultados:** Este projeto foi aprovado pelo CEP/INCA sob o protocolo 96/09. Ao total, 168 pacientes foram incluídos no estudo. A maioria era composta por homens (90,1%), casados (68,1%), brancos (74,2%), baixa escolaridade (88%). No momento da entrevista 62,6% dos pacientes eram tabagistas ao diagnóstico e 62,5% eram etilistas. Desses pacientes, 88,6% apresentavam estadiamento avançado, 69,5% fizeram radioterapia adjuvante e 14,2% foram tratados com quimio e radioterapia. Os pacientes laringectomizados totais foram reabilitados predominantemente com prótese traqueoesofágica (45,8%). **Conclusões:** A QV dos pacientes com câncer de laringe foi considerada muito boa, uma vez que a média do escore composto é 82,5. Os domínios associados à pior QV foram humor, ansiedade para as mulheres, evidenciando que possuem mais dificuldades psicológicas; dor em pacientes com estadiamentos avançados e a reabilitação por meio da voz esofágica. Na avaliação de QV referente à reabilitação vocal, os domínios associados à pior QV foram recreação, mastigação e fala, corroborando que pacientes sem reabilitação não conseguem se comunicar eficazmente. Nos 27 pacientes que refizeram o UW-QOL, evidenciamos a importância do tempo após o tratamento para melhora da QV.

**Palavras-chave:** Câncer da Laringe; Qualidade de Vida; Equipe multidisciplinar.





**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer  
Coordenação de Pós-graduação**

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LARYNX CANCER**

**ABSTRACT**

**DOCTORAL THESIS**

**Fernanda Gonzalez Rocha Souza**

**Introduction:** Laryngeal cancer represents approximately 25% of malignancies in the Head and Neck region and 2% of all malignancies. In Brazil, the data indicate the occurrence of about 160 thousand new cases of cancer per year, being responsible for the death of 83 thousand people per year. The incidence is higher in men over the age of 40 and directly related to smoking and alcohol consumption. Laryngeal cancer and its various types of treatment can have a considerable impact on patients' daily lives as these treatments may result in some degree of dysfunction in speech, swallowing, breathing and appearance. The assessment of quality of life has become an important tool in measuring the impact of the disease and the treatments instituted. The University of Washington Quality of Life Assessment Questionnaire (UW-QOL) is a multidimensional instrument composed of domains that evaluate specific functions of the head and neck, as well as social and emotional functions. Domains can be evaluated individually, by their dimensions or by their overall score for an overview.

**Objective:** To evaluate the quality of life and prognostic factors of patients with laryngeal cancer treated at INCA. **Methodology:** The research aimed to evaluate the QOL of patients with laryngeal cancer, in stages I to IV, submitted to different therapeutic modalities, which were followed up in 2015 and 2016. We again assessed the QOL of a subgroup of patients previously submitted to total laryngectomy. The information were collected through the UW-QOL. **Results:** This Project was approved by CEP / INCA under protocol 96/09. In total, 168 patients were included in the study. Most were men (90.1%), married (68.1%), white (74.2%), with low education (88%). At the time of the interview, 62.6% of the patients were smokers at diagnosis and 62.5% were alcoholics. Of the 141 patients, 88.6% had advanced staging, 69,5% underwent adjuvant radiotherapy and 14.2% were treated with chemo and radiotherapy. Total laryngectomized patients were predominantly rehabilitated with tracheoesophageal prosthesis (45.8%). **Conclusions:** The QOL of patients with laryngeal cancer was considered very good, since the average of the composite score is 82.5. The domains associated with the worst QoL were mood and anxiety for women, showing that they have more psychological difficulties; pain in patients with advanced staging and rehabilitation through esophageal voice. In the assessment of QoL regarding speech therapy rehabilitation, the domains associated with the worst QoL were recreation, chewing and speech, corroborating that patients without rehabilitation are unable to communicate effectively. In the 27 patients who underwent the UW-QOL, we evidenced the importance of time after treatment to improve QOL.

**Keywords:** Laryngeal Cancer; Quality of life; Interdisciplinary team

## **AGRADECIMENTOS**

Aos pacientes que aceitaram participar do estudo e dividiram comigo um pouco de sua trajetória de vida, de seus medos e angústias, de seus momentos de superação, por sua atenção, disponibilidade e confiança.

A minha família e minha filha, por seu amor incondicional e apoio nos momentos de incertezas e por estarem sempre ao meu lado.

Ao Dr. Fernando Luiz Dias e Dra. Izabella Costa Santos, por aceitarem a orientação deste trabalho, por dividirem seu conhecimento e experiência como cirurgiões de cabeça e pescoço, por todo o incentivo, confiança, suporte e carinho. Principalmente por acreditarem em mim em toda essa longa jornada desde o Mestrado!

À minha amiga fonoaudióloga Andressa Freitas pela parceria dentro e fora do INCA, pelo incentivo de sempre, companheirismo e amizade.

À toda a equipe da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, por todo o acolhimento e colaboração e todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos colaboradores da Secretaria do Programa de Pós Graduação do INCA, Andreia Dantas, Danielle Brito e Rodrigo Mafra.

Aos Doutores que aceitaram gentilmente fazer parte da minha banca do doutorado, com suas críticas e sugestões, dividindo seu conhecimento para que eu pudesse apresentar um estudo de qualidade e relevância.

Ao Programa de Pós Graduação do INCA, agradeço pela grande oportunidade de aprendizado e crescimento profissional e pessoal obtida através do Doutorado em Oncologia no INCA.

# 1 INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é responsável por cerca de 900.000 casos novos por ano no mundo, correspondendo à sexta causa de morte por câncer. O câncer de laringe representa aproximadamente 25% das neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço e 2% de todas as doenças malignas, sendo responsável pelo óbito de 83 mil pessoas por ano no mundo. (GLOBOCAN, 2018).

De acordo com as Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (2019) para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se a ocorrência de 6.470 novos casos em homens e de 1.180 em mulheres. O risco estimado será de 6,20 casos novos a cada 100 mil homens e de 1,06 casos novos a cada 100 mil mulheres.

O câncer de laringe e seus diversos tipos de tratamento podem ter um impacto considerável na vida diária dos pacientes, necessitando de acompanhamento multidisciplinar durante o curso do tratamento. Os diversos tipos de tratamento para o câncer de laringe resultam em algum grau de disfunção na fala, deglutição, respiração e aparência, tornando-se de suma importância avaliar a qualidade de vida (QV) desses pacientes. (HASSAN e WEYMULLER, 1993; GHAZALI *et al.*, 2013; METCALFE *et al.*, 2014; ROGERS *et al.*, 2018; DUNNE *et al.*, 2019)

Os tratamentos para o câncer avançaram bastante no sentido de preservar e prolongar a vida, entretanto, aumentar quantitativamente a sobrevida nem sempre implica em melhorar qualitativamente a saúde dos pacientes, garantindo uma recuperação de seu estado físico, emocional e social. A sobrevida e controle da doença são geralmente considerados como os principais desfechos estudados em oncologia, mas poucos estudos analisam a opinião do paciente sobre as consequências de sua doença e suas expectativas sobre o período pós-tratamento, as quais repercutiram em seu funcionamento social, emocional e psicológico.

Desta forma, fica evidente a importância de estudar a QV dos pacientes com câncer de laringe para avaliar de que forma os diferentes estágios da doença, seus tratamentos e o quanto outras características sociodemográficas influenciam na QV dos pacientes.

## 1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE LARINGE

Mundialmente, câncer de laringe representa aproximadamente 25% das neoplasias malignas da região da Cabeça e Pescoço e 2% de todas as doenças malignas, com maior incidência entre o sexo masculino e diretamente relacionado ao tabagismo e etilismo.

A mais recente estimativa nacional, realizada pelo INCA, apontou para a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos de câncer por ano, sendo responsável pelo óbito de mais de 83 mil pessoas por ano. Especificamente em relação ao câncer de laringe, sua incidência é maior em homens com idade acima dos 40 anos. A exposição ao tabaco e o consumo de álcool atualmente são bem estabelecidos como fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço, assim como o consumo do álcool associado ao tabaco possui efeito multiplicador em até 35 vezes o risco de desenvolver o câncer de cabeça e pescoço. Outros fatores são: histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, HPV e exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta. (INCA, 2017; LOCONTE *et al.*, 2017; ABRAHÃO *et al.*, 2018; DU *et al.*, 2019)

De acordo com Du *et al.* (2019), embora o fumo influencie o risco de desenvolver o câncer de laringe, seu cessamento após o tratamento igualmente reduz o risco de recidiva tumoral e aumenta a sobrevida livre de doenças. Em relação ao consumo de álcool, já existem evidências robustas de acordo com o *American Institute for Cancer Research* (AICR) para reiterar a correlação entre o consumo abusivo de álcool e o desenvolvimento de câncer de laringe (LOCONTE *et al.*, 2017).

A fala, voz e a deglutição são funções que têm como características a sobrevivência do indivíduo e sua QV. De acordo com Rogers *et al.* (2019), a depender do tratamento cirúrgico, radioterápico ou ambos para o câncer de cabeça e pescoço, podemos esperar modificações na fala e na deglutição. Estas consequências desfavoráveis decorrentes dos tratamentos implicam em efeitos negativos nas atividades diárias, laborais e recreativas dos pacientes.

## 1.2 ESTADIAMENTO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO CÂNCER DE LARINGE

O sistema de classificação de tumores mais utilizado é preconizado pela AJCC é o Sistema TNM. Através dele avaliamos a extensão do tumor e sua disseminação para outras regiões. Em relação ao câncer de laringe, muitas vezes o paciente se apresenta em estágios avançados da doença, pois os sintomas, como por exemplo a rouquidão, são subestimados.

A utilização do estadiamento TNM propicia uma avaliação adequada quanto ao estágio do tumor auxiliando na deliberação terapêutica. Na atual classificação a utilização de exames de imagem (tomografia ou ressonância) faz parte dessa avaliação, dessa forma temos um melhor entendimento das estruturas comprometidas em relação ao tumor; principalmente ao estudarmos o câncer de laringe onde a doença inicial pode ter poucos sintomas. (AJCC, 2018) Abaixo na figura 1 apresentamos o estadiamento do câncer de laringe.

Figura 1. Estadiamento do câncer de laringe

• **Estágios do Câncer de Laringe Supraglótico**

Estágio 0. Tis, N0, M0.

Estágio I. T1, N0, M0.

Estágio II. T2, N0, M0.

Estágio III. T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.

Estágio IVA. T4a, N0 ou N1, M0; T1-T4a, N2, M0.

Estágio IVB. T4b, qualquer N, M0; Qualquer T, N3, M0.

Estágio IVC. Qualquer T, qualquer N, M1.

• **Estágios do Câncer de Laringe Glótico**

Estágio 0. Tis, N0, M0.

Estágio I. T1, N0, M0.

Estágio II. T2, N0, M0.

Estágio III. T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.

Estágio IVA. T4a, N0 ou N1, M0; T1-T4a, N2, M0.

Estágio IVB. T4b, qualquer N, M0; Qualquer T, N3, M0.

Estágio IVC. Qualquer T, qualquer N, M1.

• **Estágios do Câncer de Laringe Subglótico**

Estágio 0. Tis, N0, M0.

Estágio I. T1, N0, M0.

Estágio II. T2, N0, M0.

Estágio III. T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.

Estágio IVA. T4a, N0 ou N1, M0; T1-T4a, N2, M0.

Estágio IVB. T4b, qualquer N, M0; Qualquer T, N3, M0.

Estágio IVC. Qualquer T, qualquer N, M1.

*Observação: Nos estágios acima as seguintes categorias não são listadas:*

- TX. O tumor principal não pode ser avaliado devido à falta de informação.
- NX. Os linfonodos não podem ser avaliados devido à falta de informação.

Fonte: [American Cancer Society](#) (20/12/2017)

Os resultados terapêuticos dos pacientes com câncer de laringe estão diretamente relacionados ao adequado diagnóstico e estadiamento da doença. O estadiamento é feito através da associação do exame físico e exames de imagens, seja tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. De acordo com a literatura nacional e internacional, os pacientes chegam aos centros especializados em sua maioria em estágios avançados da doença. (VARTANIAN *et al.*, 2013; BAIRD *et al.*, 2018; NAYANA *et al.* 2019).

Apesar do câncer de cabeça e pescoço não ter incidência elevada, possui um enorme impacto na vida dos pacientes com alterações de fala, deglutição e as mutilações de face são responsáveis por grande impacto na qualidade de vida e por grande parte dos afastamentos do trabalho. (SOUZA *et al.*, 2018)

O quadro clínico das neoplasias malignas de laringe é relacionado com a localização e extensão da lesão. Os tumores da supraglote se apresentam com a sensação de corpo estranho, odinofagia e otalgia reflexa, enquanto os tumores glóticos inicialmente com rouquidão e os subglóticos causam dispnéia precoce. O câncer de laringe, quando diagnosticado precocemente, geralmente é curável. Entretanto, de acordo com estudos recentes, esta não é a realidade internacional e nacional, tendo em vista que os pacientes com diagnóstico de câncer chegam aos serviços especializados com estágios avançados da doença, o que implica em tratamentos mais agressivos com maior morbidade e mortalidade. O tempo de espera entre os sintomas iniciais e o tratamento aumenta o risco de falha do tratamento local, assim como aumenta o risco de óbito. (FELIPPU *et al.*, 2016; Coca-Pelaz *et al.*, 2018)

De acordo com estudo realizado por Coca-Pelaz *et al.* (2018) os casos diagnosticados em estágios iniciais da doença têm melhores chances de cura enquanto que em estágios mais avançados são esperados piores prognósticos, acarretando diretamente em menor sobrevida, independente do tratamento instituído. É oportuno salientar que no tratamento do câncer avançado de laringe obtém-se não somente maior taxa de mortalidade, como os piores resultados em termos de sobrevida, mas também comprometimento da função das estruturas afetadas e efeitos estéticos desagradáveis quando se comparam os resultados obtidos no tratamento em estadiamentos iniciais.

### 1.3 TRATAMENTOS DO CÂNCER DE LARINGE

O tratamento de cada sítio anatômico na área de cabeça e pescoço implicará em alterações específicas nas funções afetadas com possibilidade de alguma disfunção na vida dos pacientes. Nesse aspecto, o tratamento para o câncer de laringe vai acarretar modificações em

qualquer estágio da doença. A descrição dessas modificações específicas permite uma melhor abordagem terapêutica.

Em uma meta análise recente, Guimarães *et al.* (2018) evidenciaram que para os tumores glóticos T1 a melhor escolha é a microcirurgia a laser em detrimento da radioterapia. Nos casos de recidiva tumoral a radioterapia geralmente não pode ser usada novamente, sendo necessário uma cirurgia parcial ou total de resgate. Em comparação, existem evidências que demonstraram melhores taxas de sobrevida em pacientes tratados com radioterapia para os tumores glóticos iniciais. (KIM *et al.*, 2020)

Em estágios iniciais do câncer de laringe a escolha do tratamento pode ser unimodal com opções de radioterapia exclusiva ou cirurgia parcial. A radioterapia avançou muito nas últimas décadas e atualmente é bastante precisa e pode promover a cura em casos iniciais bem selecionados com menos toxicidade. No entanto, ainda não existem estudos clínicos suficientes que possam servir de *guideline* para a escolha de tratamentos iniciais pela dificuldade de comparar as duas técnicas, radioterapia exclusiva ou cirurgia parcial, embora exista a orientação da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) que, para estágios T1 e T2, tanto a cirurgia parcial quanto a radioterapia exclusiva ofereçam os mesmos resultados de sobrevida. (BAIRD *et al.*, 2018)

A escolha do tipo de tratamento para os tumores iniciais da laringe é baseada nos seguintes critérios: extensão e localização da lesão na laringe; funcionalidade do órgão; critérios relacionados ao paciente como comorbidades, perspectivas do paciente, ocupação e resultados funcionais (qualidade da voz e deglutição). Cada caso deve ser avaliado cuidadosamente para a escolha correta para cada paciente. (BAIRD *et al.*, 2018; GUIMARÃES *et al.*, 2018)

Quanto às modalidades cirúrgicas, a laringectomia é tradicionalmente classificada em parcial (somente parte do órgão é ressecado) e total (ressecção total do órgão).

A laringectomia parcial ao longo das décadas se mostrou como alternativa segura para os tumores localmente avançados de laringe, oferecendo taxas efetivas de controle local, assim como baixa morbidade e a preservação da laringe, sem a necessidade de traqueostomia definitiva. (CLASEN *et al.*, 2018)

Atualmente existe um desafio em relação à preservação da laringe em pacientes com tumores T4 selecionados e jovens, pois o tratamento padrão seria quimiorradioterapia em casos indicados e quando houvesse recusa cirúrgica, ou a laringectomia total com perda da voz laríngea e traqueostoma definitivo, mas com possibilidade de reabilitação. (SUCCO *et al.*, 2014; SUCCO *et al.*, 2017)

Em alguns tumores moderadamente avançados (T3 e T4a selecionados), existe a opção da cirurgia parcial da laringe (OPHL, *Open Partial Horizontal Laryngectomies*) que foi

idealizada para evitar a laringectomia total em pacientes contra indicados para procedimentos parciais tradicionais. Essa cirurgia representa uma evolução das técnicas das cirurgias parciais, pois evita a presença de um traqueostoma definitivo e da perda da voz laríngea. (DIAS *et al.*, 2005; SUCCO *et al.*, 2014; SUCCO *et al.*, 2017)

Na laringectomia supracricóide (OPHL II) remove-se quase toda a laringe, poupando o osso hióide, a cartilagem cricóide e, pelo menos, uma aritenóide mantendo assim a possibilidade da reconstrução funcional do órgão. Zhang *et al.* (2018) evidenciaram em seu estudo que a cirurgia parcial alargada em casos bem definidos é uma importante opção de tratamento e que os pacientes apresentaram boa recuperação, sobrevida livre de doença condizente com a literatura, deglutição normal e boa qualidade vocal após tratamento. No entanto, são necessários mais estudos sobre preservação de órgão em pacientes T4, pois embora ofereça bons resultados, não necessariamente implica em boa função da laringe. As principais complicações deste tipo de cirurgia são aspiração e disfagia. (LIMA *et al.*, 2006; PIZZORNI *et al.*, 2019)

O tratamento padrão para pacientes com tumores avançados de laringe é a laringectomia total associada à radioterapia, principalmente quando há comprometimento cartilaginoso. De acordo com recente estudo europeu de Abrahão *et al.* (2018), o câncer de cabeça e pescoço ainda hoje é diagnosticado em estágios avançados, necessitando de tratamentos agressivos e multimodais para o controle do mesmo. Esses tratamentos radicais podem levar a incapacidades psicossociais importantes para os pacientes.

Na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, devido aos estágios avançados que os pacientes chegam, as laringectomias totais são frequentemente realizadas; seguidas das laringectomias parciais alargadas (OPHL II). Essa modalidade cirúrgica é uma opção de evitar a laringectomia total quando possível e se aplica a pacientes selecionados com estágios intermediários a avançados da doença, sendo uma importante opção mediante ao predomínio dos estágios que aqui se apresentam. Consegue-se um alto índice de controle local e permite a preservação da voz e da deglutição. Outra opção de tratamento é o protocolo de preservação de órgãos com radioterapia e quimioterapia, dependendo do estágio da doença e do *performance status*.

Pacientes com câncer avançado de laringe que necessitam se submeter à laringectomia total podem ser beneficiados com a preservação do órgão por meio de radioterapia e quimioterapia concomitantes, embora sejam esquemas agressivos podendo trazer efeitos agudos e tóxicos. (SCOTT *et al.*, 2019)

Ainda não existe uma clareza no sentido de saber quais pacientes T3 e T4 se beneficiaram de cirurgia ou de quimio e radioterapia. Em uma meta-análise recente, Tang *et al.* (2018) investigaram se existem diferenças em termos de sobrevida e controle local da doença



entre o grupo cirúrgico e não cirúrgico. Eles chegaram à conclusão que a preservação do órgão não teve nenhuma vantagem em relação à laringectomia total para todos os estágios. Mas em relação aos estágios T3, não houve piora na sobrevida dos pacientes e o grupo concluiu que o protocolo de preservação de órgão pode ser positivo nos pacientes T3 de câncer de laringe. (HERCHENHORN *et al.*, 2010)

#### 1.4 CONSEQUÊNCIAS DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE LARINGE

Os tratamentos para os tumores de laringe independente dos estágios vão implicar em mudanças e importantes consequências em relação a este órgão. Nos estágios iniciais a principal alteração funcional está relacionada com a voz; no entanto a disfagia pode ser observada em pacientes submetidos à radioterapia. A preservação das funções é proporcional ao estágio da doença e espera-se que tumores iniciais ocasionem menores impactos funcionais. (GUIMARÃES *et al.*, 2018)

Buscando a redução destas possíveis consequências, houve o aprimoramento das técnicas de laringectomias parciais com o intuito de preservar a respiração, a deglutição e a fala. Porém as modificações ocasionadas estruturalmente pela cirurgia alteram parcialmente essas funções sendo necessário a reabilitação para otimizar o resultado oncológico e funcional. Esse aspecto traz um impacto na QV do paciente. (PIZZORNI *et al.*, 2018)

Nos estágios mais avançados os tratamentos são muito agressivos e implicam em sequelas físicas, funcionais, sociais e psíquicas que afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A perda ou alteração da voz laríngea tem grande impacto na comunicação, sequelas na deglutição, traqueostomia definitiva com a mudança do trajeto respiratório. Isso modifica drasticamente a fisiologia respiratória, da deglutição, e da fala do paciente e dificulta sua reabilitação e reinserção na sociedade. Mesmo os pacientes que são submetidos ao protocolo de preservação de órgãos têm importante impacto em sua QV já que o órgão muitas vezes não mantém sua função, principalmente em relação a deglutição. (MIYAMARU *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018; ZHANG *et al.*, 2018)

O tratamento de tumores em estágios avançados, mesmo quando há o controle oncológico, poderá levar à perda da voz laríngea, a presença de traqueostoma definitivo, alterações no olfato, no paladar, na deglutição e alterações pulmonares, assim como dificuldades psicossociais, depressão e ansiedade. Essas sequelas podem exercer influência na vida diária do paciente no pós-tratamento em diferentes aspectos como o seu convívio social, à medida que geram alterações estéticas e de autoconfiança, e laborativa. (SCOTT *et al.*, 2019)

## 1.5 REABILITAÇÃO

A reabilitação do câncer de laringe é multidisciplinar em todos os estágios. O impacto do tratamento deste tumor deve ser avaliado de forma abrangente pelos profissionais necessários.

Em estágios iniciais, muitas vezes a principal alteração será a disfonia, porém o impacto psicológico do diagnóstico e a repercussão da alteração da voz do ponto de vista laboral são alguns dos aspectos a serem considerados quando avaliamos a QV destes pacientes. (VARTANIAN *et al.*, 2013)

Mesmo em pacientes submetidos à laringectomia total, é possível obter a reabilitação da voz através de três métodos distintos: a voz esofágica, a eletrolaringe e a utilização de próteses fonatórias traqueoesofágicas. De acordo com Oozer *et al.* (2010) e Hilgers *et al.* (2011) não existe um melhor método em detrimento do outro, e sim o método pelo qual o paciente terá melhor adaptação.

Para realizar o método da voz esofágica o paciente deve levar o ar da boca para dentro do esôfago e expelir em direção à boca através da emissão de vogais, sílabas e palavras. Três técnicas podem ser utilizadas para ativação da sonorização no segmento faringoesofágico necessário à voz esofágica: deglutição, aspiração ou injeção do ar. Em qualquer uma das três formas de introdução do ar, não há diferenças no mecanismo de expulsão e sonorização do ar. A escolha da técnica depende da melhor adaptação do paciente. (HILGERS *et al.*, 2011)

Uma das vantagens da voz esofágica se deve ao fato de não haver necessidade de uso de artefato eletrônico ou uso das mãos para auxiliar a produção vocal, e também representa a forma de fonação mais natural após a cirurgia, com menor custo, após a cirurgia. Apresenta algumas desvantagens, como a alta taxa de insucessos devido às dificuldades de aprendizado e longo período para seu treinamento, que pode variar de quatro meses a um ano, dependendo da extensão cirúrgica e radioterapia.

A eletrolaringe é um dispositivo eletrônico na forma de um tubo, que quando acionado produz uma vibração do segmento faringomucoso. Para a eletrolaringe ser acionada deve ser acoplada na pele da região cervical ou da bochecha para amplificar a vibração das estruturas e, desta forma, produzir o som no trato faríngeo com articulação da cavidade oral. O paciente precisa ser capaz de acionar o aparelho em sincronia com a articulação da fala para que o som seja inteligível.

O uso da eletrolaringe possibilita comunicação imediata no pós-operatório reduzindo a ansiedade da ausência da comunicação oral. No entanto, o custo ainda é um fator limitante já que necessita da aquisição do aparelho. A voz advinda por meio da eletrolaringe produz uma

inteligibilidade efetiva e bons resultados fonéticos, no entanto como desvantagem a qualidade da voz produzida é robotizada e com modulação restrita, fato que desagrada um bom número de pacientes. (SOUZA *et al.*, 2018)

Em 1980, Singer e Blom, desenvolveram uma técnica para reabilitação vocal dos laringectomizados totais, constituída por uma fístula traqueoesofágica onde é introduzida uma prótese que permite a passagem unidirecional do ar expirado da traquéia para o esôfago cervical e impossibilita a passagem de alimentos do esôfago para a traquéia, já que é valvulada. Por meio da oclusão do traqueostoma durante a expiração, o ar é levado ao esôfago e trato aerodigestivo alto fazendo vibrar o segmento faringoesofágico, que funciona como uma neoglote, produzindo voz de boa qualidade. (HILGERS *et al.*, 2011)

Com a prótese traqueoesofágica, os pacientes laringectomizados totais obtiveram uma grande melhora na qualidade vocal. O aproveitamento do ar do pulmão permite uma emissão mais longa e mais forte da voz, o que resulta em melhor inteligibilidade da comunicação e maior tempo de fonação. Outra vantagem é que a colocação da prótese pode ser no ato cirúrgico ou em um segundo tempo no caso de insucesso dos outros dois métodos. A restauração da voz por meio da prótese traqueoesofágica é a melhor possibilidade de comunicação oral para os pacientes submetidos à laringectomia total, sendo considerado o padrão ouro para a reabilitação vocal desses pacientes atualmente. (HILGERS *et al.*, 2011; VAN DER MOLEN *et al.*, 2013; PATEL *et al.*, 2018)

Devido ao elevado custo da prótese, os pacientes ainda não possuem total acesso a esse método. No Rio de Janeiro, o INCA tornou-se pioneiro ao fornecer gratuitamente a prótese traqueoesofágica aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com aquisição de experiência neste método de reabilitação.

## 1.6 QUALIDADE DE VIDA EM CÂNCER

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV, embora ainda indefinido, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a pensar sobre o assunto e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais. A medicina social tinha como estratégia a promoção da saúde e condições de QV. (MINAYO *et al.*, 2000)

A QV foi primeiramente mencionada em relação ao câncer ginecológico por Michael Newton em 1979, quando ele publicou um artigo com os objetivos de definir o significado de QV, definir como a mesma é afetada pelo câncer ginecológico e seus tratamentos, e como a QV poderia ser incluída no planejamento do cuidado do paciente. O autor considerou na época que

não havia nenhum instrumento para mensuração eficaz da QV das pacientes e que essa avaliação era responsabilidade do julgamento da equipe clínica. (NEWTON, 1979)

O primeiro artigo em que foi mencionada a QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço foi em 1979 por Levine e Ogura, onde os autores mencionaram que os resultados referentes à reconstrução por retalhos deveriam ser avaliados em termos de palição, QV e sobrevida. (LEVINE E OGURA, 1979)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV 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”. (ROGERS *et al.*, 2009).

A realização de pesquisas sobre QV em pacientes com câncer é fundamental para levantar os domínios afetados e planejar as intervenções para a reabilitação desses pacientes. De acordo com Modesto e Costa (2009) QV é considerada um constructo 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 o mesmo 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 QV. Para auxiliar na possível definição de QV no contexto da saúde, foi criado o 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 (1997), o constructo de QV 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.

## 1.7 QUALIDADE DE VIDA EM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Apesar do câncer de cabeça e pescoço contribuir com apenas 10% da incidência dos casos de câncer e ser responsável por apenas 3% dos óbitos, este tem um impacto significativo na QV dos doentes. Nos últimos anos, o reconhecimento da avaliação multidimensional destas neoplasias malignas e seus tratamentos têm desencadeado um significativo aumento de interesse em QV e nas publicações de instrumentos de avaliação doença específicos. (LIAO *et al.*, 2019)

Costa Neto *et al.* (2008) afirmam que a expectativa da equipe médica com relação às intervenções com os pacientes com câncer de cabeça e pescoço é de proporcionar condições de

vida mais satisfatórias, adaptadas e funcionais. No entanto, para estes autores, nem sempre o que se traduz como condição de adaptação, comodidade e prazer para a equipe médica é visto com o mesmo entusiasmo pelos pacientes.

Houve um aumento do 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 QV relacionadas 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. Esta avaliação no pós-tratamento é reconhecidamente uma importante medida do efeito destes tratamentos na vida dos pacientes, além de fornecer *feedback* da perspectiva dos pacientes de uma forma estruturada. (ROGERS *et al.*, 2009; ROGERS *et al.*, 2018; LIAO *et al.*, 2019)

De acordo com Bozec *et al.* (2019) um sistema de avaliação da QV 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 e funcionais dos diferentes tratamentos.

De acordo com Metcalfe *et al.* (2014) e Clasen *et al.* (2018), ao longo do primeiro ano de tratamento existe uma flutuação da QV dos pacientes com predominância de efeitos negativos imediatamente ao fim do tratamento. Esta variação em termos de QV tende a ficar estável por volta de dois anos após término de tratamento, tornando-se mais positivo. Da mesma forma, de acordo com Webster *et al.* (2019), houve uma melhora significativa da QV dos pacientes ao longo do primeiro ano relacionada à reabilitação vocal dos pacientes avaliados. Em estudo com 17 pacientes submetidos à laringectomia parcial no Japão, Miyamaru *et al.* (2019) observaram que a função vocal dos pacientes melhorou significativamente ao longo do primeiro ano após a cirurgia, corroborando os artigos mencionados e nosso estudo.

## 1.8 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON (UW-QOL)

Na década de 90, a ausência de ferramentas que avaliassem a QV do ponto de vista transcultural, levou o *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)* da Organização Mundial da Saúde a desenvolver o primeiro instrumento geral de medida de QV, o WHOQOL-100.

O WHOQOL-100 contém 100 questões que avaliam os domínios físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais/espiritualidade; e o

WHOQOL-Bref é uma versão abreviada com 26 questões. A versão para o português foi realizada por Fleck somente em 1999. (CICONELLI *et al.*, 1997; SANTOS *et al.*, 2006)

No contexto médico, os instrumentos para avaliar a QV eram focalizados na ideia de complementar as análises de sobrevida, para em seguida relacionar a QV em saúde com a capacidade de superar os tratamentos e morbidades da doença. (MINAYO *et al.*, 2000)

Os instrumentos de avaliação de QV, WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, são ferramentas importantes para a prática médica na medida em que fornecem informações que indicam quais áreas são mais afetadas pelos tratamentos e auxiliam em tomadas de condutas mais assertivas. Da mesma forma auxiliam na verificação da efetividade dos diversos tratamentos, na avaliação e implementação de políticas de saúde. Na pesquisa, os instrumentos de avaliação da QV são importantes ferramentas de medida do efeito destes tratamentos na vida dos pacientes, além de fornecer uma resposta quanto à perspectiva dos pacientes de uma forma estruturada. (World Health Organization, 1997)

Atualmente, existem diversos instrumentos específicos desenvolvidos em outros países disponíveis para a avaliação da QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os instrumentos específicos avaliam a percepção geral da QV, entretanto sua ênfase é sobre os sintomas, incapacidades ou limitações.

Os questionários de avaliação da 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. (ALLEN *et al.*, 2018; ROGERS *et al.*, 2018; BOZEC *et al.*, 2019; DUNNE *et al.*, 2019; LIAO *et al.*, 2019)

A avaliação de QV é realizada pela aplicação de questionários específicos desenvolvidos para este fim. Atualmente, existem diversos instrumentos específicos para a avaliação de QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. No entanto, nenhum deles pode ser considerado melhor em detrimento dos outros. Os questionários mais utilizados em todo o mundo são os da *University of Washington – Quality of Life Questionnaire* (UW-QOL); o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT-H&N) e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC-C30/H&N35), todos desenvolvidos em outros países. (VARTANIAN *et al.*, 2007)

O questionário UW-QOL foi desenvolvido em 1990 pelo grupo de Ernest A. Weymuller Jr, que idealizou um instrumento específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, quando comparou 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 à segunda versão do questionário, em 1995, referentes à avaliação de qualidade de vida global e relacionada à saúde. (HASSAN e WEYMULLER JR, 1993)

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. (WEYMULLER *et al.*, 2000)

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 pescoço, como também relacionadas à atividade, recreação, dor, humor e 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, onde é calculado um escore composto, que seria a média dos doze domínios. (WEYMULLER *et al.*, 2000)

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.*, 2006) Os mesmos autores realizaram uma pesquisa composta por 344 pacientes brasileiros com diagnóstico 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.

Outro questionário mundialmente utilizado é o QLQ-H&N35, que foi desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) em 1993 e validado em muitos países. Este instrumento deve ser aplicado em conjunto com o QLQ-C30 da EORTC, que avalia a QV em câncer geral, fazendo com que tanto os domínios gerais quanto os específicos à cabeça e pescoço sejam avaliados. O QLQ-H&N35 engloba 7 domínios; dor, deglutição, sentidos, contato social e sexualidade. Seu preenchimento é considerado de aplicação mais longa do que os outros, pois juntamente com o QLO-C30, 65 questões deverão ser preenchidas pelos pacientes. (ROGERS *et al.*, 2018)

No mesmo ano de 1993, foi criado e validado o questionário multidimensional *Functional Assessment Cancer Therapy General* (FACT-G), com 28 itens gerais. Em 1996, foram incluídas a este questionário questões específicas ao câncer de cabeça e pescoço - FACT-HN (versão 4.0). O questionário é multidimensional e auto aplicativo, inclui 5 domínios: físico,

social-familiar, emocional, funcional e 12 questões específicas relacionadas 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) apresenta escores finais das subescalas e totais das escalas globais, sendo quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida. (VARTANIAN *et al.*, 2007)

Atualmente estes são os três instrumentos mais utilizados mundialmente para avaliação da QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Não existe um que seja considerado *gold-standard*, e sim o que tenha melhor aplicabilidade em determinada população, que seja conciso, de rápido preenchimento e fácil entendimento pelos pacientes.

No presente estudo utilizamos o UW-QOL pois o mesmo é um dos mais utilizados em todo o mundo. Trata-se de um instrumento validado, conciso, de fácil entendimento para os pacientes, rápida aplicação em cerca de 5 minutos, fácil de concluir e interpretar. Este instrumento já havia sido escolhido para o estudo anterior do grupo com bons resultados e a continuidade da sua utilização seria importante pois parte da amostra consistia nos mesmos pacientes. Esse questionário se adequou ao perfil epidemiológico da nossa população pelos aspectos mencionados acima. (SOUZA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2018; COCA-PELAZ *et al.*, 2018; ROGERS *et al.*, 2018; BOZEC *et al.*, 2019; DUNNE *et al.*, 2019; LIAO *et al.*, 2019)

O UW-QOL proporcionou uma medida simples de avaliação da QV relacionada à saúde, e se mostrou viável para ser usado no cenário do câncer de cabeça e pescoço da população brasileira. Sua utilização clínica pode aprimorar o conhecimento da percepção dos pacientes sobre os efeitos dos diversos tipos de tratamentos, e identificar os subgrupos que são piores e se beneficiariam de uma intervenção multidisciplinar mais apropriada. (LARAWAY e ROGERS, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2010, SENCHAK *et al.*, 2019)

## 1.9 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. A região da face é de suma importância para as relações interpessoais, sociais e para a elaboração da autoimagem do indivíduo. (SILOS e COSTA, 2009)



O câncer de cabeça e pescoço, pode acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e dificuldades psicossociais importantes, tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

Nesse cenário, a avaliação da qualidade de vida pode ajudar a melhor compreensão do real impacto da doença e seu tratamento na vida dos indivíduos. 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. (DUNNE *et al.*, 2019)

Os tratamentos cirúrgicos extensos determinam morbidades significativas na vida dos pacientes. A cirurgia radical da laringe apresenta como sequelas a traqueostomia definitiva com modificação do trajeto do ar, a perda da fonação e diminuição do olfato e desfiguração facial. (OOZEER *et al.*, 2010)

Em revisão bibliográfica realizada por Korsten *et al.* (2019), 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, e depende do significado que o paciente atribui ao órgão afetado. A reação do paciente vai depender igualmente da forma como lidou com outras perdas ao longo de sua vida, pois a tendência é a repetição da mesma forma de enfrentamento psicológico. Aliado a estes fatores, a depressão pode ser subdiagnosticada em pacientes com câncer, necessitando de atenção maior por se mostrar preditor de dificuldades em relação ao tratamento.

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 os tratamentos. 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.

Após o diagnóstico de câncer, o paciente se desestrutura significativamente e necessita de suporte especializado para lidar com esse momento de tantas incertezas e medo. 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, para que possa auxiliar no processo de reabilitação e melhorar a qualidade de vida 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 medo da recidiva do

câncer tem se mostrado bastante presente em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, deixando-os mais vulneráveis a desenvolver sintomas de ansiedade, depressão e dificuldades de lidar com os tratamentos propostos. (DUNNE *et al.*, 2019; MIROSEVIC *et al.*, 2019)

“Qualidade de vida é um conceito difícil de definir e medir. Existe uma hipótese que sugere que a qualidade de vida mede a diferença, ou a lacuna, em um período particular de tempo entre as esperanças e expectativas do indivíduo e as experiências individuais presentes. A qualidade de vida só pode ser descrita pelo próprio indivíduo e deve levar em conta muitos aspectos da vida”. (K C Calman, 1984)

O principal aspecto da avaliação da qualidade de vida é sua natureza subjetiva e a singularidade de cada paciente. No caso dos tratamentos mencionados, onde pode ocorrer mutilação ou sentimento de mutilação, é possível que o paciente avalie satisfatoriamente sua vida em geral, enquanto outro possa avaliar negativamente. Esse fato diz respeito às diferentes formas como os pacientes avaliam sua qualidade de vida relacionada aos mesmos tratamentos. Possivelmente fatores como estratégias de enfrentamento psicológico e rede de suporte social podem influenciar na qualidade de vida e na avaliação do paciente da mesma. (LLEWELLYN *et al.*, 2005; COSTA NETO *et al.*, 2008)

A identificação prévia de preocupações, depressão e ansiedade nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço pode ser benéfica, melhorando a comunicação entre a equipe e paciente. A comunicação eficaz entre equipe e paciente pode auxiliar no enfrentamento, adaptação e qualidade de vida do paciente. A depressão é subdiagnosticada em pacientes com câncer de cabeça e pescoço pois a tristeza e melancolia já são consideradas inerentes ao câncer. No entanto, estudos mostram que acima de 40% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentam sintomas de ansiedade, depressão ou ambos. (KANATAS *et al.*, 2012; DUNNE *et al.*, 2019; KORSTEN *et al.*, 2019)

De acordo com Peçanha *et al.* (2008) o enfrentamento psicológico é o processo de mobilização psicológica, comportamental e cognitiva que visa a 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 que o paciente utiliza para verificar se as mesmas são funcionais.

O medo da recidiva é um fenômeno comumente experimentado pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, caracterizado pelo medo associado com a possibilidade de o câncer retornar no mesmo lugar ou em outro do corpo. Um estudo conduzido por Ghazali *et al* (2013) evidenciou que a prevalência do medo da recidiva ocorre em 35% dos pacientes. Esses

resultados são importantes à medida que sugerem a necessidade de uma intervenção psicológica efetiva para lidar com o medo da recidiva, que pode ter consequências significativas no bem-estar dos pacientes.

Os tratamentos para o câncer avançaram bastante no sentido de preservar e prolongar a vida, entretanto, aumentar quantitativamente a sobrevida nem sempre implica em melhorar qualitativamente a saúde dos pacientes, garantindo uma recuperação de seu estado físico, emocional e social. Dessa forma, medir o impacto dos diversos tratamentos na vida dos pacientes tornou-se importante para a seleção de tratamentos mais efetivos e multidisciplinares. O psicólogo atua em conjunto com a equipe multidisciplinar para auxiliar os pacientes a enfrentar melhor as etapas dos tratamentos e ajudá-los a obter bons resultados funcionais com qualidade de vida.

## JUSTIFICATIVA

Grande parte dos tratamentos para o câncer de laringe são radicais e implicam em sequelas físicas, funcionais, sociais e psíquicas e podem afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A perda do órgão ou alteração da voz laríngea acarreta grande impacto na comunicação, sequelas na deglutição, traqueostomias definitivas modificando drasticamente a fisiologia do paciente e dificultando sua reinserção na sociedade. Mesmo em tumores iniciais, a transformação da voz após tratamento, que é o principal meio de comunicação do indivíduo, irá acarretar mudança importante em sua qualidade de vida. E no caso dos pacientes que são submetidos ao protocolo de preservação de órgãos, tratados com quimioterapia e radioterapia concomitantes, a laringe pode tornar-se disfuncional e este fato poderá impactar a QV.

A avaliação da QV é uma ferramenta notadamente importante para compreender a repercussão do câncer de cabeça e pescoço e seus respectivos tratamentos na vida diária dos pacientes. Por estes motivos, pretendemos avaliar de forma estruturada o quanto estas alterações realmente modificam a vida dos pacientes de acordo com os estágios da doença e como isso influencia no resultado da avaliação da QV.

As alterações advindas do tratamento interferem negativamente na rotina dos pacientes, impactando em sua capacidade laborativa e psicossocial. A maioria dos tumores são diagnosticados tardiamente, o que implica em tratamentos mais abrangentes e radicais com resultados funcionais piores.

Diante disso, um instrumento internacionalmente reconhecido e validado para a população brasileira, que possa avaliar esses resultados de forma estruturada, poderá identificar estratégias para melhorias em relação aos resultados funcionais (reabilitação adequada) e QV

dos pacientes. Nesse contexto, onde os tratamentos são em sua maioria agressivos, a avaliação e cuidado com este paciente desde o início de seu tratamento influenciará em sua reabilitação e enfrentamento diante da doença.

Em um estudo anterior foram incluídos pacientes com estágios III e IV com câncer de laringe, por representarem epidemiologicamente os estágios mais acometidos na nossa população e que geram morbidades e sequelas significativas. Todos os pacientes foram submetidos à laringectomia total com ou sem radioterapia adjuvante. A avaliação da QV foi realizada a partir de 6 meses após os tratamentos, pois compreende um tempo mínimo necessário para o paciente realizar os tratamentos e um tempo ideal máximo para avaliarmos sua adaptação frente ao tratamento e ao tipo de reabilitação vocal. Foram selecionados pacientes submetidos à laringectomia total pois inferimos que cirurgias radicais trariam repercussões negativas na vida dos pacientes, com alterações importantes físicas, sociais e emocionais. A avaliação da QV destes pacientes foi dividida de acordo com o método de reabilitação vocal; prótese traqueoesofágica, eletrolaringe e voz esofágica. (SOUZA *et al.*; 2018)

O estudo mostrou a avaliação da QV de acordo com os métodos de reabilitação. A maioria dos pacientes foi reabilitada por meio da prótese traqueoesofágica, seguida pela eletrolaringe e voz esofágica. Os pacientes laringectomizados totais consideraram a prótese traqueoesofágica como o melhor método de reabilitação vocal, relacionando a superioridade deste método com uma melhor QV e satisfação vocal. O fato deles serem reabilitados e poderem voltar a se comunicar trouxe QV no aspecto laborativo, social e recreativo. Como resultado, foi possível avaliar a QV destes pacientes e verificar que, embora a cirurgia imponha a necessidade de traqueostomia definitiva pela perda da laringe, alterações na deglutição e respiração, os pacientes avaliaram de forma positiva sua QV. Os pacientes foram eficazmente reabilitados em relação à fala e avaliaram de forma positiva sua QV. (SOUZA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2020)

Escolhemos estudar pacientes com câncer de laringe por ser um sítio primário onde existe um número significativo de tratamentos. No estudo do doutorado procuramos estabelecer as perspectivas neste grupo de forma a ajudar o cirurgião a ter ferramentas para optar por um tratamento ou outro já que os resultados oncológicos são semelhantes, e a escolha pode ser embasada pela QV dos pacientes em cada um deles. Essa variabilidade terapêutica ocorre desde os estágios iniciais até os estágios mais avançados e vários fatores são considerados para a deliberação do tratamento. Diante desse cenário, esta escolha deve ser individualizada permitindo a melhor indicação para cada paciente, com melhor QV.

Para o presente estudo, resolvemos ampliar a amostra e avaliar todos os estágios de câncer de laringe e seus diversos tipos de tratamento. Com isso, pretendemos comparar a QV

entre os tratamentos distintos. Para este estudo, infelizmente não tivemos como avaliar a QV dos pacientes antes e após os tratamentos e fazer esta comparação pois ainda não foi possível a aplicação do questionário previamente ao tratamento. Entretanto, o grupo que desenvolveu o UW-QOL afirma que a melhor forma de o utilizar em uma única instituição é em estudos transversais de sobreviventes. (WEYMULLER *et al.*, 2000).

A população brasileira apresenta características sociodemográficas diferentes dos pacientes do hemisfério norte; tais como: dificuldade de acesso aos centros especializados, atraso no diagnóstico e nível socioeconômico. O fato desse questionário já ter sido aplicado com fácil entendimento na nossa população no estudo anterior o tornou um instrumento viável. O conhecimento das características dos nossos pacientes e sua QV é de suma importância para a tomada da decisão clínica e cirúrgica entre fazer um tratamento radical, que implique numa piora da QV, ou em outro que forneça uma QV satisfatória e menos morbidade.

A implementação do Questionário de QV na rotina da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, para que os pacientes sejam avaliados antes e após os tratamentos, irá contribuir como um importante aspecto na diferenciação dos resultados dos tratamentos. Diante de um tipo de tumor que se apresenta com diferentes modalidades terapêuticas em cada um de seus estágios, e podem interferir na QV dos doentes, o entendimento do resultado do tratamento, analisando a QV, será de grande contribuição da escolha terapêutica desta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a QV dos pacientes com câncer de laringe tratados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a QV e seus determinantes em pacientes com câncer de laringe diagnosticados e tratados entre 2004 e 2012, que compareceram ao ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de março de 2015 a dezembro de 2016.
2. Avaliar a alteração na QV após 5 anos da avaliação inicial incluídos em estudo prévio do grupo, composto por 95 pacientes submetidos à laringectomia total entre 2004 e 2012.
3. Avaliar os domínios associados à pior QV para os pacientes com câncer de laringe tratados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, para avaliação da QV dos pacientes com câncer de laringe submetidos às diferentes modalidades terapêuticas nesta especialidade.

#### **3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

Os critérios de inclusão compreenderam pacientes, de ambos os sexos, idade entre 25 a 75 anos, tratados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HC I/ INCA, com câncer laringe em estágios I a IV, abrangendo todas as modalidades de tratamentos. As entrevistas foram realizadas em 2015 e 2016 e incluíram os pacientes com câncer de laringe com o mínimo de tratamento de seis meses e que compareceram para consulta ambulatorial neste período. Foram também submetidos a uma segunda entrevista um subgrupo de pacientes que participaram do estudo anterior e que contemplava o segundo objetivo do trabalho, que era uma avaliação comparativa da QV desses pacientes previamente estudados. (SOUZA *et al.*, 2020)

Os pacientes foram identificados pelo Registro Hospitalar de Câncer. Todos foram analisados, no mínimo, após seis meses de tratamento. Foi determinado esse intervalo de tempo, pois compreende um tempo mínimo necessário para o paciente realizar o tratamento proposto e um tempo ideal máximo para avaliarmos sua adaptação ao tratamento instituído e ao tipo de reabilitação vocal, quando pertinente.

Foram excluídos os pacientes com outras patologias de cabeça e pescoço, alterações neurológicas, alterações cognitivas que pudessem dificultar o preenchimento do questionário, internados no período da coleta de dados; os que não compareceram à rotina de acompanhamento ambulatorial; e que possuíam doença em atividade no momento da avaliação.

### 3.3 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS

Os pacientes com câncer de laringe que compareceram à rotina de acompanhamento ambulatorial e preencheram os critérios de seleção foram convidados a participar da entrevista comigo. Eles foram convidados para a entrevista em uma sala separada e obtiveram todas as informações a respeito da pesquisa. Após o entendimento da mesma, foi explicado que não haveria qualquer mudança no tratamento caso não quisessem participar. Os que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi realizada pela mesma pesquisadora, que serviu de facilitadora para o preenchimento do questionário, quando necessário.

As informações sobre o desfecho de QV foram coletadas por meio do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington UW-QOL (anexo 1). Foram utilizados no estudo dados contidos em prontuários para descrever o perfil sócio demográfico dos pacientes com câncer de laringe submetidos aos diferentes tipos de tratamentos. Todas as coletas foram realizadas pela pesquisadora responsável pela pesquisa.

### 3.4 VARIÁVEIS DESCRITIVAS E INDEPENDENTES

As variáveis independentes estudadas são as referenciadas na literatura internacional.

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 ( $\leq 60$  anos e  $> 60$  anos).

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

Raça/Cor/Etnia: Foi perguntada ao paciente sua cor, conforme atributos adotados pelo IBGE que classifica 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: Se refere 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 I a 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 classificado em: Laringe (laringe, com ou sem extensão para hipofaringe).

Tipo de cirurgia: Conforme descrito no relatório cirúrgico. Para os casos de câncer de laringe, foram classificadas em dois grupos: laringectomia parcial; laringectomia total.

Radioterapia (RXT): Conforme descrito no relatório da radioterapia, sendo divididos em: não, sim, radioterapia com quimioterapia.

Reabilitação fonoaudiológica: foi verificado o tipo de reabilitação realizada, sendo considerada: voz esofágica, eletrolaringe e prótese traqueoesofágica.

Tabagismo: Conforme descrito no prontuário médico, sendo divididos em: nunca, ex fumante, fumante ao diagnóstico.



Etilismo: Conforme descrito no prontuário médico, sendo divididos em: nunca, ex etilista, etilista ao diagnóstico.

### 3.5 VARIÁVEL DEPENDENTE (DESFECHO)

Foi utilizado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington UW-QOL (anexo 1), que foi preenchido pelo paciente. Na eventualidade do paciente não ter sido capaz de preenchê-lo (nível sociocultural e cognitivo), a pesquisadora responsável que realizou a entrevista preencheu o mesmo.

O Questionário UW-QOL foi escolhido por possuir questões específicas relacionadas à funções de cabeça e pescoço dentre as relacionadas à QV, por ter sido validado para a população brasileira e por ser um instrumento sucinto, de fácil entendimento e rápida aplicação (VARTANIAN *et al.*, 2007; WEYMULLER *et al.*, 2009). É composto por doze questões relacionadas a funções específicas da cabeça e pescoço, como também relacionadas à atividade, recreação, dor, humor e ansiedade, sendo que cada questão apresenta de três a cinco categorias de resposta com escore variando de 0 (pior) a 100 (melhor) e também é calculado um escore composto, que é a média dos doze domínios.

A análise dos domínios objetivos do questionário UW-QOL é realizada de duas formas: individualmente em cada domínio, por meio dos escores de cada resposta, que trará uma visão específica em relação a determinado aspecto ou função; e calculado um escore composto, que é a média dos doze domínios, fornecendo uma visão geral da QV dos pacientes. O ponto de corte que os autores consideram como boa a QV é acima de 80 pontos no escore composto. Os escores de cada questão possuem uma variação entre 100 e 0 pontos que correspondem, respectivamente, à melhor e pior resposta. Existem ainda, ao final do UW-QOL, três questões genéricas referentes à QV dos pacientes antes e após os tratamentos e que não possuem escores próprios. Estas são utilizadas para fornecer uma visão global de como os pacientes avaliam sua QV no momento e para comparações entre pacientes ou grupos de pacientes. (VARTANIAN *et al.*, 2007; WEYMULLER *et al.*, 2009)

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os métodos estatísticos adotados foram definidos de acordo com os objetivos do estudo:

#### 1. Estudo transversal para avaliação da QV:

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 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).

Para a avaliação da associação entre as variáveis independentes e os escores dos domínios de QV, foi elaborado um modelo de regressão linear múltipla pelo método enter (stepwise forward) com o escore composto da qualidade de vida para o total da população estudada. Para os demais domínios não foi realizada a regressão linear múltipla por não preencherem os pressupostos necessários.

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

## 2. Estudo de coorte para avaliação de alterações da QV:

Foi reavaliado um subgrupo de pacientes submetidos à laringectomia total, que havia sido avaliado anteriormente no mestrado (SOUZA *et al.*, 2018), entre 2015 e 2016. O objetivo de entrevistar essa amostra foi para verificarmos se houve alguma alteração em sua qualidade de vida 5 anos após a primeira avaliação.

As informações sobre QV foram coletadas por meio do UW-QOL. A avaliação da alteração da QV entre os dois momentos, foi realizada por meio do Teste dos sinais pareado de Wilcoxon. Os domínios da QV então categorizados em: pior (escore do seguimento < escore inicial), melhor (escore do seguimento > escore inicial), igual (escore do seguimento = escore inicial). O teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para analisar possíveis preditores de piora na QV. O modelo final preditivo de piora da QV foi obtido a partir de um modelo de

regressão logística múltipla. Para todas as análises foram considerados como estatisticamente significantes os valores de  $p < 0,05$ .

### 3.7 HIPÓTESE

Escolhemos estudar o câncer de laringe porque é uma doença que tem um impacto epidemiológico importante, porque necessita de um entendimento da doença de forma multidisciplinar e principalmente porque o seu tratamento afeta o paciente de forma multifatorial trazendo repercussões físicas, psicológicas, sociais, familiares e laborativas.

Independente do estágio que o câncer da laringe é tratado, a escolha do tratamento tem vários aspectos de acordo com o tumor e o paciente. E em cada estágio da doença existe mais de uma modalidade terapêutica; e essa deliberação do melhor tratamento deve ser considerada não só pelo resultado oncológico como também pelo resultado funcional e da QV. Na nossa amostra foi possível contemplar esses estágios e as diferentes modalidades terapêuticas.

Nossa hipótese é de que, independente do tratamento escolhido para o câncer de laringe, estas modalidades terapêuticas podem interferir diferentemente na QV dos pacientes. Pela literatura os resultados oncológicos. Desta forma, inferimos que tanto os tumores em estágios iniciais (I e II) como os de estágios avançados (III e IV) podem apresentar impacto na QV dos pacientes.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa seguiu as normas estabelecidas para pesquisa em seres humanos contidas na Resolução 466/12. Os pacientes selecionados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) para que seus dados fossem 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 foram expostos, visto que o estudo manterá sigilo quanto à identidade dos mesmos. Dessa forma, exposições desnecessárias serão evitadas mantendo, sobretudo, uma postura ética e científica.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/INCA sob o registro: CEP nº 96/09.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram entrevistados para o estudo 168 pacientes no total, sendo que 27 destes refizeram a entrevista em um segundo momento. Por este motivo, o total de pacientes apresentados na tabela 4.1 foi de 141, por representarem os pacientes entrevistados em um único momento. Na data da entrevista, a média de idade foi de 63,73 anos (dp 8,69).

As características sociodemográficas dos pacientes com câncer de laringe encontram-se descritas na tabela 4.1. A população estudada foi predominantemente masculina (90,1%), com idade superior a 60 anos (66%), baixa escolaridade (88%), de cor branca (74,2%), e no momento da entrevista vivia com companheiro (68,1%).

Em relação aos fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço, foram coletados os dados sobre etilismo e tabagismo. No momento da entrevista 62,6% dos pacientes era tabagista ao diagnóstico e 62,5% eram etilistas ao diagnóstico. (tabela 4.1).

Tabela 4.1 Características demográficas dos pacientes com câncer de laringe

| Variável                           | N=141 | %    |
|------------------------------------|-------|------|
| <b>Sexo</b>                        |       |      |
| Masculino                          | 127   | 90,1 |
| Feminino                           | 14    | 9,9  |
| <b>Idade na data da Entrevista</b> |       |      |
| ≤60 anos                           | 48    | 34,0 |
| >60 anos                           | 93    | 66,0 |
| <b>Estado civil</b>                |       |      |
| Com companheiro                    | 96    | 68,1 |
| Sem companheiro                    | 45    | 31,9 |
| <b>Escolaridade</b>                |       |      |
| Até 8 anos                         | 124   | 88   |
| Mais de 8 anos                     | 17    | 12   |
| <b>Raça</b>                        |       |      |
| Branca                             | 98    | 74,2 |
| Negros e Pardos                    | 43    | 25,8 |
| <b>Tabagismo</b>                   |       |      |
| Nunca                              | 11    | 8,4  |
| Ex fumante                         | 38    | 29   |
| Fumante ao diagnóstico             | 92    | 62,6 |
| <b>Etilismo</b>                    |       |      |
| Nunca                              | 27    | 19,1 |
| Ex etilista                        | 26    | 18,1 |
| Etilista ao diagnóstico            | 88    | 62,5 |

## 4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DE REABILITAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Dos pacientes observados, 85,8% foram submetidos à cirurgia de laringe e destes, 92,6% realizaram cirurgia parcial ou total de laringe; 82,3% apresentavam estadiamento clínico avançado; 69,5% fizeram radioterapia após a cirurgia e 14,2% fizeram tratamento combinado com quimioterapia; houve pouca incidência de recidivas tumorais (12,1%) e de metástases após o tratamento no momento da entrevista (10,7%).

Em relação aos pacientes submetidos à laringectomia total, sua reabilitação foi em sua maioria com prótese traqueoesofágica (45,8%), seguidos de eletrolaringe (28,1%) e voz esofágica (13,5%); contemplando os três métodos de reabilitação. (Tabela 4.2)

Tabela 4.2 Características clínicas e de reabilitação dos pacientes com câncer de laringe

| Laringe   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Cirurgia de laringe</b>                                |     |      |
| Não   | 20  | 14,2 |
| Sim   | 121 | 85,8 |
| <b>Tipo de cirurgia (n=121)</b>                           |     |      |
| Cirurgia de pequeno a médio porte                         | 9   | 7,4  |
| Cirurgia de grande porte                                  | 112 | 92,6 |
| <b>Radioterapia</b>                                       |     |      |
| Não   | 32  | 22,7 |
| Exclusiva   | 11  | 7,8  |
| Adjuvante   | 98  | 69,5 |
| <b>Quimioterapia</b>                                      |     |      |
| Não   | 120 | 85,1 |
| Exclusiva   | 1   | 0,7  |
| QT + RXT  | 20  | 14,2 |
| <b>Estadiamento clínico</b>                               |     |      |
| Estadiamento inicial (I e II)                             | 25  | 17,7 |
| Estadiamento avançado (III e IV)                          | 116 | 82,3 |
| <b>Tipo histológico</b>                                   |     |      |
| Carcinoma epidermóide                                     | 128 | 90,8 |
| Outro   | 13  | 9,2  |
| <b>Avaliação via oral</b>                                 |     |      |
| Não   | 1   | 0,8  |
| Sim   | 140 | 99,2 |
| <b>Reabilitação dos Laringectomizados totais (n = 96)</b> |     |      |
| Sem reabilitação fonoaudiológica                          | 12  | 12,5 |
| Voz esofágica   | 13  | 13,5 |
| Eletrolaringe   | 27  | 28,1 |
| Prótese traqueoesofágica                                  | 44  | 45,8 |
| <b>Tratamento de resgate (até 6 meses) (n=5)</b>          |     |      |
| Radioterapia  | 2   | 40   |
| LT  | 2   | 40   |
| LSC + CHEP  | 1   | 20   |
| <b>Recidiva de doença</b>                                 |     |      |
| Não   | 124 | 87,9 |
| Local   | 13  | 9,2  |
| Regional/pescoço  | 4   | 2,9  |
| <b>Metástase de doença</b>                                |     |      |
| Não   | 126 | 89,3 |
| Sim   | 15  | 10,7 |

\*LT: laringectomia total; LSC + CHEP: laringectomia suprecricóide + cricoiúoideoepiglotopeia

### 4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (UW-QOL)

A análise dos domínios de QV do questionário UW-QOL é feita individualmente para cada aspecto e globalmente por meio do escore composto, que é a média dos 12 domínios. (tabelas 4.3)

Em relação à frequência dos domínios do questionário de QV, os pacientes avaliaram em sua maioria ausência de dor (70,9%) enquanto que apenas 0,7% dos pacientes referiram dor grave no momento da entrevista. A mudança na aparência foi considerada mínima ou ausente após tratamento (89,4%); os pacientes permanecem ativos após o tratamento (89,4%) e nenhum deles ficou inativo., da mesma forma que não possuem limitações para sair de casa (87,3%). Os pacientes, em sua maioria, conseguem engolir qualquer tipo de alimento (55,3%) e mastigar alimentos leves e sólidos (85,1%).

Em relação ao domínio fala, a maioria dos pacientes consegue falar quase ou tão bem quanto antes (83%), não possuem problemas com o ombro após o tratamento (66%), conseguem sentir todos os sabores (66%) e possuem saliva de consistência normal após o tratamento (60,3%). Quando questionados a respeito do humor, os pacientes referiram que este não foi afetado pelo câncer (53,9%) e não estão ansiosos em decorrência do câncer (63,8%).

A média do escore composto de QV dos pacientes com câncer de laringe foi de 82,53, evidenciando que esses avaliam de forma positiva sua qualidade de vida. As respostas me permitiram identificar quais são os aspectos mais positivos e negativos para os pacientes em relação a sua QV.

Tabela 4.3 Frequência dos domínios objetivos do UW-QOL de pacientes com câncer de laringe

| <b>Domínios</b>  | <b>Categorias</b>                                 | <b>N (%)</b> |
|------------------|---|--------------|
| <b>Dor</b>       | Dor grave, não controlada por medicação           | 0 (0,0)      |
|                  | Dor grave controlada com medicamentos controlados | 2 (0,7)      |
|                  | Dor moderada                                      | 19 (13,5)    |
|                  | Dor leve  | 20 (14,9)    |
|                  | Ausência de dor                                   | 100 (70,9)   |
| <b>Aparência</b> | Evita contato social                              | 0 (0,0)      |
|                  | Sente-se desfigurado e limitado                   | 0 (0,0)      |
|                  | Incomoda pouco mas é ativo                        | 15(10,6)     |
|                  | Mudança mínima                                    | 70(49,7)     |
|                  | Sem mudança                                       | 56 (39,7)    |
| <b>Atividade</b> | Fica na cama e não sai                            | 0 (0,0)      |
|                  | Quase não sai, inativo                            | 0 (0,0)      |
|                  | Pouco ativo, sempre cansado                       | 15 (10,6)    |
|                  | Ativo quase sempre                                | 46 (32,6)    |
|                  | Tão ativo como sempre                             | 80(56,8)     |
| <b>Recreação</b> | Não sai de casa, nada agrada                      | 0 (0,0)      |
|                  | Limitação severa, fica em casa                    | 7 (1,6)      |
|                  | Gostaria de sair, mas não consegue                | 10 (7,1)     |

|                   |   |            |
|-------------------|---|------------|
|                   | Poucas coisas que não pode fazer, mas ainda sai de casa | 39 (27,7)  |
|                   | Não há limitações para sair                             | 84 (59,6)  |
| <b>Deglutição</b> | Não pode engolir  | 0 (0,0)    |
|                   | Engole líquido só                                       | 7 (1,6)    |
|                   | Engole algum sólido                                     | 56 (39,7)  |
|                   | Pode engolir bem  | 78 (55,3)  |
| <b>Mastigação</b> | Não pode mastigar nada                                  | 4 (1,4)    |
|                   | Mastiga alimentos leves                                 | 23 (16,3)  |
|                   | Mastiga alimentos leves e sólidos                       | 120 (85,1) |
| <b>Fala</b>       | Não é entendido pelos outros                            | 0 (0)      |
|                   | Somente família e poucos entendem                       | 24 (17,0)  |
|                   | Pouca dificuldade em falar                              | 94 (66,7)  |
|                   | Mesma fala de sempre                                    | 23 (16,3)  |
| <b>Ombro</b>      | Impossibilidade de trabalhar                            | 2 (1,4)    |
|                   | Dor e fraqueza, afeta trabalho                          | 16 (11,3)  |
|                   | Endurecido, não afeta atividade                         | 30 (21,3)  |
|                   | Sem problemas com ombro                                 | 93 (66,0)  |
| <b>Paladar</b>    | Não sente sabor de nada                                 | 3 (2,1)    |
|                   | Sente alguns sabores                                    | 18 (12,8)  |
|                   | Sente a maioria dos sabores                             | 27 (19,1)  |
|                   | Sente todos os sabores                                  | 93 (66,0)  |
| <b>Saliva</b>     | Sem saliva  | 0 (0,0)    |
|                   | Muito pouca saliva                                      | 19 (13,5)  |
|                   | Suficiente  | 37 (26,2)  |
|                   | Saliva normal   | 85 (60,3)  |
| <b>Humor</b>      | Extremamente deprimido pelo câncer                      | 1 (0,7)    |
|                   | Levemente deprimido pelo câncer                         | 11 (7,8)   |
|                   | Indiferente   | 10 (7,1)   |
|                   | Bom humor, pouco afetado pelo câncer                    | 43 (30,5)  |
|                   | Excelente, não afetado pelo câncer                      | 76 (53,9)  |
| <b>Ansiedade</b>  | Muito ansioso pelo câncer                               | 5 (3,6)    |
|                   | Ansioso pelo câncer                                     | 10 (7,1)   |
|                   | Pouco ansioso pelo câncer                               | 36 (25,5)  |
|                   | Sem ansiedade pelo câncer                               | 90 (63,8)  |

\*No formato original foi usado dor severa e, por não existir na língua portuguesa, utilizaremos dor grave no lugar

Na tabela 4.3.1 estão expostas as respostas referentes às questões globais do questionário, que são respondidas após a parte objetiva do mesmo. Ao comparar o momento atual com o mês anterior ao diagnóstico de câncer, 56,7% dos pacientes com câncer de laringe classificaram sua QV superior atualmente, 28,4% o mesmo de antes do diagnóstico do câncer e somente 14,9% referiram alguma piora após o tratamento. Quando questionados a respeito da QV relacionada à saúde nos últimos 7 dias, 80,2% dos pacientes a consideraram boa a excelente, e somente 0,7% a consideraram ruim.

Por fim, quando solicitados a classificar sua QV relacionada à saúde física, mental, social e espiritual nos últimos 7 dias, a maioria dos pacientes consideraram boa a excelente (79,4%). Neste último aspecto o tratamento em si não terá tanto impacto, mas serve de norte para entendermos que existem outros fatores na vida dos pacientes, que não tem a ver com saúde, e são intangíveis para nós. Nesse caso aspectos sociais da vida dos pacientes podem interferir em sua QV.

Tabela 4.3.1 Frequência dos domínios subjetivos do UW-QOL de pacientes com câncer de laringe

| Pergunta   | Categorias      | n (%)     |
|--|-----------------|-----------|
| Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde?   | Muito melhor    | 48 (34,0) |
|  | Um pouco melhor | 32 (22,7) |
|  | O mesmo         | 40 (28,4) |
|  | Um pouco pior   | 17 (12,1) |
|  | Muito pior      | 4 (2,8)   |
| Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido:  | Excelente       | 12 (8,5)  |
|  | Muito boa       | 29 (20,6) |
|  | Boa             | 72 (51,1) |
|  | Média           | 27 (19,1) |
|  | Ruim            | 2 (0,7)   |
|  | Muito ruim      | 0 (0)     |
| 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       | 14 (9,9)  |
|  | Muito boa       | 31 (22,0) |
|  | Boa             | 67 (47,5) |
|  | Média           | 28 (19,9) |
|  | Ruim            | 1 (0,7)   |
|  | Muito ruim      | 0 (0)     |

#### 4.4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DE QV DO UW-QOL EM DOIS MOMENTOS DISTINTOS

No estudo prévio do grupo, foi avaliada a QV de 95 pacientes submetidos à laringectomia total que foram entrevistados entre 2009 a 2012. Para o estudo do doutorado, o segundo objetivo específico foi entrevistar novamente este subgrupo de pacientes para verificar se houve mudança em sua QV após o período de 5 anos.

Idealmente gostaríamos de ter feito uma reavaliação dos 95 casos do estudo anterior. No entanto, infelizmente somente 27 compareceram ao acompanhamento no ambulatório de cabeça e pescoço no período de coleta dos dados.

A proposta foi entrevistar os pacientes deste grupo que compareceram ao ambulatório de cabeça e pescoço para sua rotina de acompanhamento. No entanto, ao longo do período de entrevistas, tivemos perda de seguimento dos pacientes.

Em parte, o motivo dessa perda foi o óbito de pacientes, pois dos 95 entrevistados anteriormente, 34 pacientes foram à óbito antes do período da segunda entrevista. Inferimos que entre os 61 pacientes que restaram, uma parte deles estavam reabilitados e sem queixas, podendo permanecer um período maior sem acompanhamento da cabeça e pescoço. Esse fato pode ter coincido com o momento de coleta da segunda entrevista.



Neste sentido, apenas 27 pacientes submetidos à laringectomia total e participantes do estudo anterior do grupo, compareceram ao ambulatório e refizeram o questionário de QV. Destes pacientes, 17 foram reabilitados com prótese traqueoesofágica, 6 com eletrolaringe e 4 com voz esofágica.

Os domínios da QV foram então categorizados em: pior (escore do seguimento < escore inicial), melhor (escore do seguimento > escore inicial), igual (escore do seguimento = escore inicial).

Para os pacientes que mantiveram o mesmo método de reabilitação vocal: houve melhora nos domínios dor, atividade, deglutição, mastigação, paladar, saliva, e escore composto; piora nos domínios: aparência, humor; enquanto fala se manteve o mesmo. (tabela 4.4)

Para os pacientes que mudaram o método de reabilitação vocal: houve melhora nos domínios dor, aparência, atividade, deglutição, mastigação, paladar, saliva, humor e escore composto; piora nos domínios: fala, ombro; enquanto que ansiedade se manteve o mesmo. (tabela 4.4.1)

Isso nos chama atenção porque temos que estar atentos para o fato de que ao longo do tempo podem existir modificações importantes na QV desses pacientes. O estudo dessas possíveis modificações poderá servir de base para intervenções terapêuticas da equipe multidisciplinar.

A avaliação da QV dos pacientes após um período de 5 anos, evidenciou que o passar do tempo pode ter um impacto positivo para a vida dos pacientes.

Tabela 4.4 Domínios de QV avaliados em dois momentos com o mesmo método de reabilitação

| Domínios        | 1ª entrevista | 2ª entrevista |
|-----------------|---------------|---------------|
| Dor             | 78.4          | 92            |
| Aparência       | 86.4          | 83            |
| Atividade       | 86.4          | 93.2          |
| Recreação       | 90.9          | 93.2          |
| Deglutição      | 82            | 89.5          |
| Mastigação      | 86.4          | 97.6          |
| Fala            | 66.8          | 65.3          |
| Ombro           | 85            | 86.5          |
| Paladar         | 83.4          | 91            |
| Saliva          | 80.4          | 86.4          |
| Humor           | 84.1          | 80.7          |
| Ansiedade       | 84.9          | 83.4          |
| Escore composto | 84.6          | 91.7          |

Tabela 4.4.1 Domínios de QV avaliados em dois momentos após troca do método de reabilitação

| Domínios        | 1ª entrevista | 2ª entrevista |
|-----------------|---------------|---------------|
| Dor             | 86            | 94.1          |
| Aparência       | 83            | 86.3          |
| Atividade       | 83            | 94.2          |
| Recreação       | 88.6          | 90.6          |
| Deglutição      | 86.9          | 92.2          |
| Mastigação      | 91.9          | 96.3          |
| Fala            | 69.1          | 62            |
| Ombro           | 91.9          | 87.2          |
| Paladar         | 82.2          | 87.5          |
| Saliva          | 77.3          | 93.3          |
| Humor           | 77.4          | 93.3          |
| Ansiedade       | 91.9          | 91.7          |
| Escore composto | 82.2          | 89.4          |

#### 4.5 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS ASSOCIADAS À QV (UW-QOL)

Os dados de QV foram estratificados por características sociais, estadiamento patológico e reabilitação dos pacientes. Desta forma verificamos as possíveis associações entre as variáveis independentes e o desfecho (escores de QV).

As médias dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes com câncer de laringe encontram-se descritas na tabela 4.5. A média do escore composto foi de 82,53% (dp. 10,83).

O que se mostrou mais relevante em nossos resultados foi que; os homens apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação às mulheres nos domínios humor ( $p = 0,02$ ) e ansiedade ( $p = 0,05$ ), mostrando que as mulheres possuem mais dificuldades psicossociais e avaliam negativamente sua qualidade de vida relacionada ao humor e ansiedade.

Em relação à idade, os pacientes com menos de 60 anos queixaram-se de menos saliva ( $p = 0,02$ ) dos com idade superior a 60 anos. O estadiamento clínico difere no item dor ( $p = 0,03$ ), evidenciando que os pacientes com estadiamento clínico avançado referem ter mais dor.

No domínio reabilitação, houve diferença nos domínios recreação ( $p = 0,02$ ), mastigação ( $p = 0,02$ ) e fala ( $p = <0,001$ ), evidenciando que os pacientes não reabilitados apresentam piores resultados enquanto que os pacientes reabilitados eficazmente obtiveram resultados positivos.

Outro aspecto que pode influenciar na melhor avaliação da QV após o tratamento diz respeito às mudanças de vida que os pacientes fazem. A maioria interrompe o tabagismo e etilismo, com isso diminuindo o impacto e estigma social que a doença impõe. Estas modificações no estilo de vida repercutem diretamente em suas vidas diárias, assim como em suas relações familiares.

**Tabela 4.5** Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas de laringe

| 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            |
| <b>Sexo</b>                         |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Masculino (n = 127)                 |              |               | 83,10     |         | 86,55        |               | 85,3         |               | 84,26      |         | 85,98        |               | 63,13        |                    |
| Feminino (n = 14)                   | 90,00        | 0,51          | 80,36     | 0,58    | 83,93        | 0,61          | 80,36        | 0,30          | 83,43      | 0,93    | 89,29        | 0,71          | 62,64        | 0,87               |
| <b>Idade</b>                        |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| ≤60 anos (n = 48)                   | 87,26        |               | 79,25     |         | 84,91        |               | 82,5         |               | 86,26      |         | 85,90        |               | 63,77        |                    |
| >60 anos (n = 93)                   | 89,88        | 0,29          | 85,74     | 0,12    | 87,60        | 0,44          | 87,60        | 0,11          | 82,50      | 0,29    | 86,36        | 0,98          | 64,07        | 0,99               |
| <b>Escolaridade</b>                 |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Até 8 anos (n = 124)                | 90,80        |               | 83,96     |         | 86,32        |               | 84,9         |               | 84,39      |         | 85,85        |               | 63,45        |                    |
| Mais de 8 anos (n = 17)             | 86,31        | 0,25          | 80,95     | 0,38    | 85,71        | 1,00          | 83,33        | 0,30          | 83,48      | 0,67    | 86,12        | 0,76          | 61,21        | 0,46               |
| <b>Estado civil</b>                 |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Com companheiro (n = 96)            | 88,21        |               | 83,49     |         | <b>84,43</b> |               | 82,78        |               | 82,20      |         | 84,12        |               | 64,26        |                    |
| Sem companheiro (n = 45)            | 92,86        | 0,14          | 82,14     | 0,65    | <b>90,48</b> | <b>0,06**</b> | 88,69        | 0,11          | 89,00      | 0,07*   | 90,48        | 0,13          | 61,11        | 0,43               |
| <b>Raça</b>                         |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Branco (n = 98)                     | 91,06        |               | 83,72     |         | 86,93        |               | <b>86,01</b> |               | 84,84      |         | 87,31        |               | 63,85        |                    |
| Outros (n = 43)                     | 82,50        | 0,18          | 81,25     | 0,67    | 86,25        | 0,57          | <b>87,50</b> | <b>0,04**</b> | 81,80      | 0,84    | 87,50        | 0,20*         | 65,10        | 0,11               |
| <b>Estadiamento clínico</b>         |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Estadiamento inicial (n = 25)       | <b>81,94</b> |               | 86,11     |         | 86,11        |               | 73,61        |               | 83,44      |         | 87,06        |               | 63,06        |                    |
| Estadiamento avançado (n = 116)     | <b>90,78</b> | <b>0,03**</b> | 82,45     | 0,28    | 86,35        | 0,85          | 86,35        | 0,06*         | 84,28      | 0,85    | 86,17        | 0,93          | 63,09        | 0,94               |
| <b>Reabilitação fonoaudiológica</b> |              |               |           |         |              |               |              |               |            |         |              |               |              |                    |
| Não (n = 12)                        | 68,75        |               | 81,25     |         | 81,25        |               | <b>68,75</b> |               | 75,25      |         | <b>62,50</b> |               | <b>33,00</b> |                    |
| Voz esofágica (n = 13)              | 89,13        |               | 81,52     |         | 88,04        |               | <b>5</b>     |               | 85,61      |         | <b>94,22</b> |               | <b>50,70</b> |                    |
| Eletrolaringe (n = 27)              | 89,29        | 0,15          | 85,00     | 0,91    | 80,71        | 0,18          | <b>90,22</b> | <b>0,02**</b> | 81,06      | 0,56    | <b>80,00</b> | <b>0,02**</b> | <b>57,26</b> | <b>&lt;0,001**</b> |
| Prótese traqueoesofágica (n = 44)   | 91,20        | *             | 82,87     |         | 87,04        |               | <b>76,43</b> |               | 86,56      | *       | <b>90,57</b> | *             | <b>73,20</b> |                    |

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

\*\*Corresponde a valores com significância estatística de  $p < 0,05$

**Tabela 4.5.1** Média dos escores dos domínios do questionário UW-QOL de acordo com variáveis clínicas e demográficas de pacientes com neoplasias malignas de laringe

| Variável                 | Ombro |         | Paladar |         | Saliva       |               | Humor        |               | Ansiedade    |               | Escore composto |               |
|--------------------------|-------|---------|---------|---------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|---------------|
|                          | Média | Valor p | Média   | Valor p | Média        | Valor p       | Média        | Valor p       | Média        | Valor p       | Média           | Valor p       |
| <b>Sexo</b>              |       |         |         |         |              |               |              |               |              |               |                 |               |
| Masculino (n = 127)      | 85,80 | 0,16*   | 83,03   | 0,43*   | 78,20        | 0,96          | <b>80,12</b> | <b>0,02**</b> | <b>86,51</b> | <b>0,05**</b> | 82,67           | 0,20          |
| Feminino (n = 14)        | 76,21 |         | 76,14   |         | 78,64        |               | <b>60,71</b> |               | <b>66,64</b> |               | 77,15           |               |
| <b>Idade</b>             |       |         |         |         |              |               |              |               |              |               |                 |               |
| ≤60 anos (n = 48)        | 84,34 | 0,69    | 78,64   | 0,18*   | <b>72,40</b> | <b>0,01**</b> | 79,72        | 0,72          | 83,09        | 0,77          | 80,41           | 0,26          |
| >60 anos (n = 93)        | 85,17 |         | 85,16   |         | <b>81,84</b> |               | 80,11        |               | 85,19        |               | 83,44           |               |
| <b>Escolaridade</b>      |       |         |         |         |              |               |              |               |              |               |                 |               |
| Até 8 anos (n = 124)     | 85,59 | 0,59    | 84,31   | 0,24*   | 78,68        | 0,69          | 76,43        | 0,26          | 84,66        | 0,87          | 82,45           | 0,90          |
| Mais de 8 anos (n = 17)  | 83,38 |         | 77,81   |         | 80,19        |               | 81,36        |               | 81,81        |               | 80,97           |               |
| <b>Estado civil</b>      |       |         |         |         |              |               |              |               |              |               |                 |               |
| Com companheiro (n = 96) | 84,32 | 0,86    | 80,23   | 0,10*   | 76,79        | 0,06*         | 75,87        | 0,11*         | 83,39        | 0,94          | <b>80,66</b>    | <b>0,02**</b> |
| Sem companheiro (n = 45) | 86,60 |         | 88,12   |         | 84,95        |               | 82,76        |               | 85,02        |               | <b>85,47</b>    |               |
| <b>Raça</b>              |       |         |         |         |              |               |              |               |              |               |                 |               |
| Branco (n = 98)          | 85,07 | 0,25    | 83,50   | 0,51    | 78,94        | 0,97          | 77,00        | 0,24          | 84,16        | 0,61          | 82,70           | 0,19          |

|                                   |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Outros (n = 43)                   | 80,10  |       | 81,80 |       | 80,10 |       | 83,75 |       | 85,10 |       | 81,90 |       |
| <b>Estadiamento clínico</b>       |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Estadiamento inicial (n = 25)     | 88,83  | 0,20  | 70,39 | 0,11* | 81,56 | 0,64  | 81,94 | 0,44  | 72,28 | 0,07* | 79,69 | 0,43  |
| Estadiamento avançado (n = 116)   | 84,46  |       | 83,96 |       | 77,82 |       | 77,96 |       | 86,35 |       | 82,50 |       |
| <b>Reabilitação</b>               |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <b>fonoaudiológica</b>            |        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Não (n = 12)                      | 100,00 |       | 75,00 |       | 91,75 |       | 93,75 |       | 91,75 |       | 76,92 |       |
| Voz esofágica (n = 13)            | 91,30  | 0,07* | 78,26 | 0,76* | 81,17 | 0,08* | 79,00 | 0,61* | 79,74 | 0,83  | 82,41 | 0,09* |
| Eletrolaringe (n = 27)            | 81,00  | *     | 81,94 |       | 70,51 |       | 79,29 |       | 87,71 |       | 79,18 | *     |
| Prótese traqueoesofágica (n = 44) | 80,31  |       | 86,46 |       | 83,41 |       | 83,33 |       | 88,31 |       | 84,80 |       |

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

\*\*Corresponde a valores com significância estatística de  $p < 0,05$

#### 4.6 DIFERENTES TIPOS DE TRATAMENTOS ASSOCIADOS À QV (UW-QOL)

Os resultados devem ser interpretados à luz das limitações do N de cada doente em cada braço terapêutico. Os pacientes do estudo foram divididos em relação aos diferentes tipos de tratamento instituídos para cada estágio específico da doença. Esses tratamentos foram divididos em radioterapia exclusiva e microcirurgia de laringe para os estágios iniciais (I e II). Para os estágios avançados (III e IV) os tratamentos foram divididos em cirurgias parciais de laringe, laringectomia total e tratamento de preservação de órgãos com quimio e radioterapia.

Os pacientes com estágios iniciais da doença que se submeteram à radioterapia exclusiva ou microcirurgia de laringe avaliaram que sua QV era muito boa, com média do escore composto acima de 85 pontos. Os pacientes com estágios avançados da doença que se submeteram às cirurgias parciais, cirurgias totais e tratamento de quimio e radioterapia avaliaram que sua QV era boa, com média do escore composto acima de 80 pontos.

Quando associamos os domínios de QV aos tipos específicos de tratamentos instituídos, conseguimos destacar alguns aspectos interessantes. Em relação à dor, os pacientes referiram que sua QV era melhor nos tratamentos para os estágios mais avançados. Na aparência os pacientes avaliaram que sua QV foi pior na radioterapia exclusiva, e laringectomia parcial e total. Em relação à atividade, eles avaliaram negativamente na radioterapia exclusiva, enquanto em recreação a pior QV foi em microcirurgia.

Para os domínios deglutição e mastigação, a pior QV avaliada foi na laringectomia parcial e melhor em rxt exclusiva e QT+RXT, respectivamente. Em relação à fala os pacientes avaliaram de forma similar os tratamentos, com piora na laringectomia parcial e total. No entanto, podemos perceber que a média entre esse domínio foi 66.1, considerada baixa comparada às demais. No domínio ombro não houve diferença importante. Em relação à paladar e saliva, a pior QV foi relacionada à microcirurgia de laringe e RXT exclusiva, respectivamente. Nos domínios humor e ansiedade, a pior QV foi referida pelos pacientes em relação à QT+RXT.

Entre todos os tipos de tratamento para o câncer de laringe neste estudo, o que se mostrou superior em termos da avaliação da QV foi a radioterapia exclusiva, com média do escore composto de 87 pontos. Parece óbvio que os pacientes com doença mais inicial e foram submetidos a tratamentos menos radicais apresentaram melhor QV. Após o questionário, quando estudo cada opção terapêutica para cada estágio da doença, chegamos à conclusão que a radioterapia exclusiva tem a melhor avaliação em termos de QV. (Tabela 4.6)

Tabela 4.6 Tipos de tratamentos em relação à média dos domínios do UW-QOL

| Tratamentos (N) | Microcirurgia (8) | RXT (11) | Laringectomia parcial (18) | Laringectomia total (95) | QT+RXT (20) |
|-----------------|-------------------|----------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| Dor             | 87.5              | 80       | 91.7                       | 88.3                     | 96.4        |
| Aparência       | 93.7              | 80       | 81.9                       | 80.5                     | 91.1        |
| Atividade       | 87.5              | 75       | 88.9                       | 84.6                     | 89.3        |
| Recreação       | 68.7              | 80       | 87.5                       | 83.6                     | 94.6        |
| Deglutição      | 87.6              | 93.4     | 74.2                       | 83.5                     | 91.5        |
| Mastigação      | 81.2              | 80       | 78.7                       | 85.9                     | 89.3        |
| Fala            | 70.9              | 67       | 59.4                       | 61.7                     | 71.6        |
| Ombro           | 91.6              | 86.6     | 87.2                       | 83                       | 95.3        |
| Paladar         | 75.1              | 80       | 81.5                       | 80.9                     | 88.1        |
| Saliva          | 75.1              | 60       | 87                         | 77.1                     | 73.8        |
| Humor           | 75                | 90       | 81.9                       | 77.5                     | 71.5        |
| Ansiedade       | 75.1              | 86.8     | 79.7                       | 87.2                     | 71.5        |
| Escore composto | 84                | 84       | 74.7                       | 83.8                     | 76.7        |

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CÂNCER DE LARINGE E QUALIDADE DE VIDA

Este é um estudo realizado na Seção de cirurgia de cabeça e pescoço do INCA sobre a QV dos pacientes com de câncer de laringe, um dos principais sítios anatômicos da cabeça e pescoço e que gera morbidade decorrentes dos tratamentos, pois a maioria dos pacientes apresentam estágios avançados da doença no momento da matrícula.

A morbidade do tratamento neste tipo de tumor leva a diversas alterações funcionais que correspondem às que se tem na literatura mundial, onde podemos destacar a perda ou alteração da voz laríngea que tem grande impacto na comunicação e dificulta a reinserção do paciente na sociedade. (HERCHENHORN *et al.*, 2008; ROGERS *et al.*, 2020)

Em relação à aparência, atribui-se um maior impacto à presença do traqueostoma, principalmente na população feminina, pois alterações na face estão diretamente ligadas a constructos subjetivos, como autoimagem e esquema corporal (KORSTEN *et al.*, 2019). A mutilação pode ser real ou simbólica para o paciente, pois depende do significado que o paciente atribui ao órgão afetado ou perdido, as sequelas que esse fato acarreta, assim como a forma como o paciente lidou com outras perdas ao longo de sua vida.

Nesse estudo foram realizadas 168 entrevistas para avaliação de QV dos pacientes com câncer de laringe. Destas, 141 entrevistas foram realizadas em um único momento e 27 realizadas em dois momentos distintos. Ao avaliarmos num segundo tempo esse subgrupo de pacientes, obtivemos informações comparativas em um tempo mais tardio, o que contribuiu para um melhor entendimento dos efeitos dessas modalidades de tratamento na qualidade de vida dos mesmos.

Íríamos comparar a avaliação da QV de 95 pacientes submetidos à laringectomia total no estudo anterior. No entanto, conseguimos entrevistar novamente somente 27 pacientes. Em parte, o motivo dessa perda foi o óbito de pacientes, pois dos 95 entrevistados anteriormente, 34 pacientes foram à óbito antes do período da segunda entrevista. Inferimos que entre os 61 pacientes que restaram, uma parte deles estavam reabilitados e sem queixas, podendo permanecer um período maior sem acompanhamento da cabeça e pescoço. Da mesma forma, nossos pacientes em sua maioria pertencem ao nível socioeconômico mais baixo e chegam ao INCA vindos de outros municípios. Inferimos que esses aspectos podem dificultar o comparecimento dos pacientes ao hospital, o que pode ter coincidido com o momento de coleta da segunda entrevista. (ABRAHÃO *et al.*, 2018; PIZZORNI *et al.*, 2018; SCOTT *et al.*, 2019; ROGERS *et al.*, 2020)

A avaliação comparativa da QV dos pacientes submetidos à laringectomia total e entrevistados em dois momentos distintos, apontou para a melhora em quase todos os domínios enquanto o domínio fala se manteve o mesmo após este período. Isso nos chama atenção porque temos que estar atentos para o fato de que ao longo do tempo podem existir modificações importantes na QV desses pacientes. A avaliação da QV dos pacientes após um período de 5 anos, evidenciou que o passar do tempo pode ter um impacto positivo para a vida dos pacientes. (SOUZA *et al.*, 2020)

Os resultados mostram que, epidemiologicamente, os pacientes deste estudo são semelhantes ao estudo conduzido na população brasileira por Vartanian e Kowalski (2009), com a população predominantemente masculina, de baixa escolaridade, de cor branca, que no momento da entrevista vivia com um companheiro. O estudo evidenciou ainda que no momento da entrevista a maioria dos pacientes se declarava tabagista e etilista, fatores de risco comprovadamente associados ao câncer de laringe e em consonância com a literatura internacional.

Foram incluídos todos os estágios do câncer de laringe e, dentre os pacientes avaliados, a grande maioria foi submetida à cirurgia seguida de radioterapia adjuvante, e uma minoria de pacientes foi tratada com radioterapia e quimioterapia. Entendemos que esse fato se mostra ser um viés de seleção importante na casuística do estudo. No entanto esta coorte predominantemente de pacientes com câncer de laringe em estágios avançados (82,3%), evidencia o reflexo do que acontece na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. (BAIRD *et al.*, 2018)

Para os pacientes com câncer de laringe, os homens apresentaram melhores escores em quase todos os domínios do questionário em contraposição às mulheres. No domínio humor e ansiedade, foi verificada significância estatística em relação às mulheres, o que demonstra que elas avaliaram negativamente seu humor com piores escores do que os homens e avaliam que sentem mais ansiedade frente ao tratamento. Esses dados são endossados por um estudo com 380 pacientes com câncer de cabeça e pescoço conduzido por Silveira *et al.* (2012), que demonstrou que as mulheres obtiveram piores resultados na avaliação da qualidade de vida.

Outro aspecto a ser levado em consideração, é que os pacientes que tinham um companheiro à época da entrevista obtiveram melhores escores em relação à atividade. Podemos inferir que o fato de ter alguém ao lado pode ajudar no enfrentamento da doença e seus tratamentos.

Os pacientes com mais de 60 anos apresentaram melhores escores para o domínio saliva, evidenciando que os pacientes com idade inferior a 60 anos possuem mais dificuldades relacionadas à saliva após os tratamentos cirúrgicos e de radioterapia. Corroboramos essa informação com estudo do Vartanian *et al.* (2004), onde os pacientes com idade inferior e 60 anos reportaram piores escores e maiores queixas sobre dor na data da entrevista comparados aos pacientes com idade superior a 60 anos. No entanto, essa amostra diferiu da estudada na Espanha, onde pacientes com idade inferior a 60 anos obtiveram melhores escores em detrimento aos com idade superior a 60 anos. (LÓPEZ-JORNET *et al.*, 2012). Inferimos que nossa população tenha um impacto maior devido à morbidade do tratamento nessa faixa etária e que isso refletiu na resposta desse grupo ao questionário.

Em relação ao estadiamento clínico avançado, os pacientes que à entrevista se apresentavam desta forma, evidenciaram significância estatística para o domínio da dor. Fato que está de acordo com a literatura, associando a presença de dor aos estadiamentos avançados da doença e com impacto na QV (SILVEIRA *et al.*, 2012). Em relação à avaliação da QV pacientes com estadiamento clínico III apresentaram melhores escores de QV do que os pacientes com estadiamento clínico IV, dados corroborados com o estudo de López-Jornet *et al.* (2012). Foi evidenciado que no domínio recreação houve significância estatística, mostrando que os pacientes com estadiamento IV possuem dificuldades severas em sair de casa e no contato interpessoal, em parte decorrente das maiores sequelas funcionais e estéticas.

O tipo de reabilitação também influenciou na QV dos pacientes, pois evidenciamos que os pacientes que foram efetivamente reabilitados com a prótese traqueoesofágica avaliaram de forma superior sua QV. Este fato demonstrou que os pacientes que utilizavam a prótese traqueoesofágica obtiveram escores significativamente melhores em detrimento aos outros dois métodos, a eletrolaringe e a voz esofágica.

Os resultados deste estudo apontam que o melhor método de reabilitação fonoaudiológica dos pacientes com câncer avançado de laringe é a prótese traqueoesofágica, que permite maior independência aos pacientes em se divertir, poder se alimentar na rua e se comunicar de forma eficaz.

Foi possível evidenciar que os pacientes consideraram a prótese traqueoesofágica como o melhor método de reabilitação fonoaudiológica, relacionando a superioridade deste método com uma melhor qualidade de vida e satisfação vocal. Estes dados estão em consonância com artigo de Oozeer *et al.* (2010) e Hilgers *et al.* (2011), o qual afirma que a restauração da voz por meio da prótese traqueoesofágica é o melhor método de comunicação oral para os pacientes submetidos à laringectomia total, sendo considerado o padrão ouro para a reabilitação vocal desses pacientes atualmente, reiterando os resultados encontrados neste estudo.

Atualmente a reabilitação vocal por meio da prótese traqueoesofágica após a laringectomia total é o método de escolha na Europa, em detrimento de voz esofágica e eletrolaringe, que ficaram em segundo plano. A preferência pela prótese vocal reside igualmente no fato que esse dispositivo pode ser implantado no momento da cirurgia. (VAN DER MOLEN *et al.*, 2013; SOUZA *et al.* ;2020)

A comparação da avaliação global da QV dos pacientes de laringe antes e após os tratamentos mostrou que a maioria deles considerava sua QV muito melhor após o tratamento. Estes resultados diferiram um pouco do estudo do Vartanian *et al.* (2009), onde a maioria dos pacientes indicou que sua estava a mesma após o tratamento. O estudo dos mesmos autores incluiu outros sítios 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.

## 5.2 TIPOS DE TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Os pacientes do estudo foram divididos em relação aos diferentes tipos de tratamento instituídos; radioterapia exclusiva e microcirurgia de laringe para os estágios iniciais (I e II) e laringectomias parciais, laringectomias totais, e quimio e radioterapia concomitantes para os estágios avançados (III e IV). De acordo com o UW-QOL implementado em nossos pacientes, ficou claro em nosso trabalho que existem diferenças entre a QV avaliada em cada tipo de tratamento.

Os pacientes que se submeteram à radioterapia exclusiva avaliaram que os melhores aspectos de QV foram deglutição, humor e ansiedade, enquanto os piores foram saliva e fala. Em relação à microcirurgia de laringe, os pacientes avaliaram que sua QV era muito boa referente à aparência e pior em recreação e fala. Esses resultados do nosso estudo estão em consonância com outros estudos onde nos estágios iniciais os resultados funcionais geralmente são positivos, com menores chances de alguma disfunção na deglutição ou fala. A microcirurgia de laringe permite a preservação da voz, tratamento curto e resultados de sobrevida similares à radioterapia exclusiva. A radioterapia possui como possíveis sequelas dificuldades de deglutição e dificuldade de fala. (VARTANIAN *et al.* 2013; CHUDASAMA *et al.*, 2014; KRAAIJENGA *et al.*, 2014)

Na laringectomia parcial os melhores domínios de QV foram dor, atividade, recreação e saliva. Na laringectomia total os pacientes avaliaram que sua QV foi melhor em relação aos domínios dor, ansiedade e mastigação e pior na fala e saliva. Os pacientes que se submeteram às laringectomias parciais horizontais e laringectomias totais necessitam de maiores adaptações e esforços em termos da reabilitação conforme explicamos ao longo do trabalho. Após laringectomia parcial horizontal da laringe, a voz e deglutição podem ser restabelecidas de forma eficiente, apesar de precisarem de tempo e exercícios fonatórios para esta reabilitação. Outro aspecto que se mostrou relevante foi a dor pois em estágios avançados da doença, ela teve um impacto negativo importante na QV dos pacientes, endossada por estudo de Cramer *et al.* (2018) que afirma que este aspecto deve ser melhor estudado nesta população.

No tratamento com QT e RXT os melhores aspectos foram dor, aparência, recreação e deglutição, enquanto os piores avaliados foram fala, humor e ansiedade. Em estudo prospectivo de 10 anos conduzido por Kraaijenga *et al.* (2016), foi realizada a avaliação da voz e QV referentes a pacientes tratados com quimio e radioterapia. Os resultados do estudo mostraram que problemas com a voz e fala eram comuns. A voz foi considerada um fator negativo para os pacientes e a radioterapia foi relacionada a disfagia e pior QV. (VAN DER MOLEN *et al.*, 2014)

Dentre todos os tipos de tratamento para o câncer de laringe neste estudo, o que se mostrou superior em termos da avaliação da QV foi a radioterapia exclusiva. Dos pacientes que foram submetidos à laringectomia total, a maioria foi reabilitada por meio da prótese traqueoesofágica, considerada o padrão ouro na reabilitação fonoaudiológica desses pacientes, concedida de forma gratuita pelo INCA. Os pacientes com prótese traqueoesofágica avaliaram que sua QV era muito boa pois conseguiam sair de casa, se alimentar e se comunicar de forma eficiente.

Embora em cirurgia de cabeça e pescoço o conceito de que a traqueostomia definitiva seja considerada um fator de perda de QV importante e um fator de pior prognóstico clínico, a avaliação deste quesito não é contemplada no questionário. (HERCHENHORN *et al.*, 2008)

Poderíamos supor que a aparência tivesse maior impacto para os pacientes submetidos às cirurgias parciais e totais, pelo fato de incorrerem em defeitos estéticos importantes e sequelas físicas. Entretanto, os pacientes afirmaram não se importar muito com a parte estética, com exceção das mulheres, que avaliaram negativamente o domínio da aparência em relação à QV. (ROGERS *et al.*, 2020)

Inferimos que essa avaliação negativa das mulheres se deve a maior preocupação estética com o corpo e com o rosto, com a preocupação maior com a beleza e relacionamentos interpessoais. Ao longo do estudo, as mulheres relataram certas dificuldades relacionadas à vida social, tais como; alimentar-se na rua, tossir na rua sem chamar atenção e se relacionar com o parceiro sexualmente. Essas dificuldades relatadas pelas mulheres evidenciam que mesmo em tratamentos onde não exista a mutilação real, ela pode ser simbólica e depende do significado que o paciente atribui ao órgão afetado. (SILOS e COSTA, 2009; DUNNE *et al.*, 2019; KORSTEN *et al.*, 2019)

Gill *et al* (2011) conduziram um estudo que comparava grupos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, seus acompanhantes e pessoas da área da saúde sobre de suas preocupações e aspectos mais importantes relacionados ao tratamento. A aparência foi relacionada como fator de maior importância somente para o grupo de indivíduos da área da

saúde, mostrando que para os pacientes ou seus acompanhantes a preocupação com a aparência não se mostrou tão importante.

Em um estudo sobre a importância dos domínios do UW-QOL para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, Metcalfe *et al.* (2014) demonstraram que nos 12 primeiros meses após o tratamento existe uma pequena flutuação dos itens que os pacientes consideram importantes. No entanto, após este período os pacientes avaliam de grande importância os domínios deglutição, mastigação e fala, fato que permanece constante ao longo do tempo. Foi possível observar exatamente esse aspecto na nossa amostra nos pacientes que fizeram a segunda entrevista, o que demonstra a validade do acompanhamento da qualidade de vida da população oncológica.

A realização desta pesquisa seguiu as orientações de Weymuller *et al.* (2000) para estudos realizados em uma única instituição, sendo recomendável que sejam realizados estudos transversais.

O presente estudo demonstrou que o questionário UW-QOL é uma importante ferramenta de avaliação que pode ser usada para definir estratégias de tratamento, seu impacto e, desta forma, melhorar a QV dos pacientes durante e após o tratamento. De acordo com Weymuller *et al.* (2000), o número pequeno de pacientes depois da estratificação, principalmente em estágios avançados, é a principal limitação dos resultados deste tipo de estudo.

É necessário conhecermos os domínios mais afetados em relação aos tratamentos propostos para uma abordagem diferenciada às necessidades dos pacientes. Dessa forma, ressalta-se a importância tanto da incorporação da QV na prática clínica quanto a necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada e coesa no tratamento oncológico visando o cuidado integral dos pacientes e suas famílias.

O estudo possuiu alguns pontos fortes, tais como, a inclusão de um número adequado de pacientes com o segundo tipo de câncer mais frequente na cabeça e pescoço em uma única instituição; os pacientes foram adequadamente agrupados em subgrupos bem identificados de estadiamento, tipo de cirurgia, reabilitação 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 os dados podem ser pouco generalizados para a população com características diferentes das incluídas no estudo, podendo

diminuir, portanto, a validade externa. Porém nossos resultados são similares àqueles apresentados na literatura científica especializada.

Uma limitação decorrente desse estudo transversal é a realização do estudo com a população sobrevivente, fato que limita os resultados que podem não representar a população total dos pacientes submetidos ao tratamento e sim os que sobreviveram ao mesmo. Outra possível limitação é o fato de a QV ter sido mensurada após o tratamento e esses pacientes poderiam, ao diagnóstico, já apresentarem pior QV. Entretanto, o grupo que desenvolveu o UW-QOL afirma que a melhor forma de utilizar em uma única instituição é em estudos transversais de sobreviventes. (WEYMULLER *et al.*, 2000).

Nós entendemos que existe um viés na população dos pacientes estudados. A chegada dos pacientes na Seção de cirurgia de Cabeça e Pescoço invariavelmente ocorre em estágios avançados da doença. A distribuição dos pacientes é um reflexo da casuística da Seção. Outro fator que pode interferir na distribuição da casuística é que existe a dificuldade do acompanhamento dos pacientes em estágios I e II, pois esses pacientes após tratados não necessitam de seguimento de rotina intenso e por isso tive dificuldades em entrevistá-los.

Ao longo dos últimos 20 anos as cirurgias horizontais parciais foram eleitas como tratamento padrão da Seção, o que explica uma diminuição das laringectomias totais como forma de primeiro tratamento. Além disso, a experiência do tratamento do câncer moderadamente avançado de laringe, a opção não cirúrgica destes doentes apresenta resultados inferiores tanto sob o ponto de vista oncológico, quanto funcional. (HERCHENHORN e DIAS, 2004)

## **6 CONCLUSÕES**

A QV dos pacientes com câncer de laringe é muito boa de acordo com o questionário UW-QOL, pois ao avaliarmos todos os resultados podemos verificar que os pacientes avaliam a maioria dos aspectos de sua vida de forma positiva e conseguiram se reabilitar eficazmente. A avaliação da QV dos pacientes com câncer de laringe submetidos ao UW-QOL demonstrou ser muito boa, refletindo um escore composto de 82.3 pontos, conforme o ponto de corte do escore composto de interpretação do questionário. Utilizando os domínios específicos chegamos às seguintes conclusões: dos que se mostraram significativos somente a reabilitação vocal foi determinante em relação à QV nos quesitos recreação, mastigação e fala.

Comparando os pacientes que já haviam avaliado sua QV anteriormente, houve melhora nos domínios dor, atividade, deglutição, mastigação, paladar, saliva, e escore composto; piora

nos domínios: aparência, humor; enquanto fala se manteve o mesmo. Esses dados mostram a importância do fator tempo para a maioria dos domínios do UW-QOL, evidenciando que com o passar do tempo espera-se que os pacientes percebam a melhora em sua QV.

A avaliação dos domínios associados à pior QV para pacientes com câncer de laringe submetidos aos tratamentos foram humor e ansiedade para as mulheres, evidenciando que possuem mais dificuldades no que tange aos transtornos de humor. A falta de saliva mostrou-se um aspecto importante de pior qualidade de vida em pacientes com menos de 60 anos, assim como a dor em pacientes com estadiamentos mais avançados. Na avaliação de qualidade de vida referente à reabilitação vocal, os pacientes sem reabilitação terão impacto negativo, não apenas na habilidade de falar e se comunicar, mas também na forma como irão se alimentar e desfrutar de seu lazer.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Renata *et al.* **The influence of smoking, age and stage at diagnosis on the survival after larynx, hypopharynx and oral cavity cancers in Europe: The ARCAGE study.** *Int. J. Cancer*: 143, 32–44 (2018).

ALLEN, Sarah *et al.* **High levels of socioeconomic deprivation do not inhibit patients' communication of concerns in head and neck cancer review clinics.** *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 56 (2018) 536–539.

AMIN, M. B. ; EDGE, S. *et al.* (Eds.). ***AJCC Cancer Staging Manual (8th edition)***. Springer International Publishing: American Joint Commission on Cancer; 2017 [cited 2016 Dec 28].

BAIRD, Brandon Jackson *et al.* **Treatment of early-stage laryngeal cancer: A comparison of treatment options.** *Oral Oncology* 87 (2018) 8–16.

BALM, A J *et al.* **The indwelling voice prosthesis for speech rehabilitation after total laryngectomy: a safe approach.** *Otolaryngologia Polska*, v. 65, n. 6, p. 402-409, 2011.

BOZEC, Alexandre *et al.* **Evolution and predictive factors of quality of life in patients undergoing oncologic surgery for head and neck cancer: A prospective multicentric study.** *Surgical Oncology* 28 (2019) 236–242.

CALMAN, Kenneth Charles. **Quality of life in cancer patients: an hypothesis.** *J Med Ethics*. v.10, n.3, p. 124-127, 1984.

CHUDASAMA, Warner L. *et al.* **Radiotherapy versus open surgery versus endolaryngeal surgery (with or without laser) for early laryngeal squamous cell cancer.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12.Art.no:CD002027.

CLASEN, Daniel *et al.* **Quality of life during the first year after partial laryngectomy: Longitudinal study.** *Head & Neck*. 2018;40:1185–1195.

COCA-PELAZ, Andrés *et al.* **Head and Neck Cancer: A Review of the Impact of Treatment Delay on Outcome.** *Adv Ther* (2018) 35:153–160.

COSTA NETO, Sebastião Benício da; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira  
**Qualidade de Vida no enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação.** In: CARVALHO, Vicente Augusto *et al.* Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008. p. 209-217.

CICONELLI, R. M. *et al.* **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (Brasil SF-36).** Rev. Bras. Reumatol., v.39,p.143-150, 1999.

CRAMER, John D. *et al.* **Pain in Head and Neck Cancer Survivors: Prevalence, Predictors, and Quality of Life Impact.** Otolaryngology–Head and Neck Surgery. Volume: 159 issue: 5, page(s): 853-858.

DIAS, Fernando Luiz *et al.* **Therapeutic Options in Advanced Laryngeal Cancer: An Overview.** ORL 2005; 67: 311-318.

DUNNE, Simon *et al.* **Investigating the impact of self-management behaviors on quality of life and fear of recurrence in head and neck cancer survivors: A population-based survey.** Psycho-Oncology. 2019; 28:742-749.

DU, Eugenie *et al.* **Long-term Survival in Head and Neck Cancer: Impact of Site, Stage, Smoking, and Human Papillomavirus Status.** Laryngoscope 00: 2019.

ESTIMATIVA 2020: **Incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

FELIPPU, André Wady Debes *et al.* **Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. São Paulo, v. 82, n. 2, p. 140-143, Apr. 2016.

GHAZALI, Naseem *et al.* **Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: longitudinal trends.** Psycho-Oncology; 22: 807-813, 2013.

GILL, S. S. *et al.* **Priorities for the Head and Neck Cancer Patient, their Companion and Members of the Multidisciplinary team and decision regret.** *Clinical Oncology*, 23, p.518-524, 2011.

Global cancer statistics 2018: **GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):394-424.

GUIMARÃES, André Vicente *et al.* **Comparison between transoral laser surgery and radiotherapy in the treatment of early glottic cancer: a systematic review and meta-analysis.** *Sci Rep* 2018;8(1):11900.

HASSAN, S. J.; WEYMULLER, Ernest A. Jr. **Assessment of quality of life in head and neck cancer patients.** *Head Neck* 1993; 15: 485-496.

HERCHENHORN Daniel; DIAS Fernando Luiz. **Advances in radiochemotherapy in the treatment of head and neck cancer.** *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 59(1):39-46, 2004.

HERCHENHORN Daniel; DIAS Fernando Luiz. *et al.* **Impact of previous tracheotomy as a prognostic factor in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the larynx submitted to concomitant chemotherapy and radiation.** *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2008;70(6):381-8.

HERCHENHORN Daniel, DIAS Fernando Luiz. *et al.* **Phase I/II study of erlotinib combined with cisplatin and radiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck.** *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010 Nov 1;78(3):696-702.

HILGERS, Frans J. M. *et al.* **The indwelling voice prosthesis for speech rehabilitation after total laryngectomy: a safe approach.** *Otolaryngologia Polska*, v. 65, n. 6, p. 402-409, 2011.

KIM, Kristine N. *et al.* **Hypofractionated radiotherapy and surgery compared to standard radiotherapy in early glottic cancer.** *Am J Otolaryngol.* 41 (2020) 102544.

KORSTEN, Laura H. A *et al.* **Factors associated with depression over time in head and neck cancer patients: A systematic review.** *Psycho-Oncology.* 2019;28:1159–1183.



KRAAIJENGA, S. A. C. *et al.* **Current assessment and treatment strategies of dysphagia in head and neck cancer patients: a systematic review of the 2012/13 literature.** *Curr Opin Support Palliat Care* 2014, 8:152–163.

KRAAIJENGA, S. A. C. *et al.* **Assessment of voice, speech, and related quality of life in advanced head and neck cancer patients 10-years+ after chemoradiotherapy.** *Oral Oncology* 55 (2016) 24-30.

LARAWAY, D. C.; ROGERS, Simon Neave. **A structured review of journal articles reporting outcomes using the University of Washington Quality of Life Scale.** *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*; 50: 122-131, 2012.

LEVINE, L. A.; OGURA, J. H. **Flap reconstruction in patients with head and neck cancer: techniques and results.** *The Laryngoscope* 89:1979.

LIAO, Li-Jen *et al.* **Health-related quality of life and utility in head and neck cancer survivors.** *BMC Cancer* (2019) 19:425.

LIMA, Roberto Araújo *et al.* **Supracricoid Laryngectomy with Cricohyoidoepiglottopexy for Advanced Glottic Cancer.** *Head Neck*28: 481-486, 2006.

LLEWELLYN, C D.; MCGURK, M.; WEINMAN, J. **Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review.** *Oral Oncology* (2005) 41, 440–454.

LoCONTE, Noelle K *et al.* **Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology.** *J Clin Oncol* 35, 2017.

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.*, v. 40, n. 7, p. 614-620, 2012.

MAGRIN, José; SANABRIA, Alvaro; KOWALSKI, Luiz Paulo. **Tratamento do câncer avançado de boca.** In: PARISE O., KOWALSKI, L. P., LEHN C. **Câncer de Cabeça e Pescoço: diagnóstico e tratamento.** 1. ed. rev. São Paulo: Âmbito Editores, 2008.

METCALFE, Christopher W.; LOWE, Derek; ROGERS, Simon N. **What patients consider important: Temporal variations by early and late stage oral, oropharyngeal and laryngeal subsites.** *J. Craniomaxillofac. Surg.*; 42: 641-647, 2014.

MIYAMARU, Satoru; MINODA, Ryosei; KODAMA, Narihiro. **Long-term changes in vocal function after supracricoid partial laryngectomy with cricothyroidopexy for laryngeal cancer.** *Head & Neck.* 2019;41:139–145.

MINAYO M. C. S. *et al.* **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Instituto Nacional de Câncer. **Rotina Interna do INCA: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.** Rio de Janeiro: INCA, 2007. 188 p.

MIROSEVIC, Spela *et al.* **Prevalence and clinical and psychological correlates of high fear of cancer recurrence in patients newly diagnosed with head and neck cancer.** *Head & Neck.* 2019;1–14.

MODESTO, S. E. F.; COSTA, C. L. **Qualidade de vida em pacientes portadores de doença oncológica.** In: COSTA, C. L.; NAKAMOTO, L. H.; ZENI, L. L. *Psico-Oncologia em Discussão.* 1 ed. São Paulo: Lemar, 2009.

NAYANA V. G., DIVYA G. M., RAMACHANDRAN K., MURALEEDHARAN N. P. **Clinico-radiological Co-relation of carcinoma larynx and hypopharynx: a prospective study.** *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;71(1):22-28.

NEWTON M. **Quality of life for the gynecologic oncology patient.** *AM. J. OBSTET. GYNECOL.* 134:866, 1979.

OOZEER, N. B. *et al.* **Functional status after total laryngectomy: cross-sectional survey of 79 laryngectomees using the Performance Status Scale for Head and Neck Cancer.** *J Laryngol. Otology*; 124: 412-416, 2010.

PATEL, Ramya S *et al.* **Tracheoesophageal Prosthesis Use Is Associated With Improved Overall Quality of Life in Veterans With Laryngeal Cancer.** *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2018, Vol. 127(7) 421–428.

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença.** In: CARVALHO, V. A. *et al.* *Temas em Psico-oncologia.* São Paulo: Summus, 2008, p. 209-217.

PITANGUY, Ivo. **Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica.** In: MELLO FILHO, Júlio de. (Org.). *Psicossomática Hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 264-272.

PIZZORNI, Nicole *et al.* **Relationship between swallowing-related quality of life and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in patients who underwent open partial horizontal laryngectomy.** *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018 Apr;275(4):973-985.

PIZZORNI, Nicole *et al.* **Swallowing Safety and Efficiency after Open Partial Horizontal Laryngectomy: A Videofluoroscopic Study.** *Cancers* 2019; 11,549.

ROGERS, Simon N.; LOWE, Derek. **Screening for dysfunction to promote multidisciplinary intervention by using the University of Washington Quality of Life Questionnaire.** *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.*; 135(4): 369-375, 2009.

ROGERS, Simon N *et al.* **Improving quality of life through the routine use of the patient concerns inventory for head and neck cancer patients: a cluster preference randomized controlled trial.** *BMC Cancer* (2018) 18:444.

ROGERS, Simon N *et al.* **Importance of activity and recreation for the quality of life of patients treated for cancer of the head and neck.** *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 57 (2019) 125–134.

ROGERS, Simon N *et al.* **Variations in concerns reported on the patient concerns inventory in patients with head and neck cancer from different health settings across the world.** *Head & Neck.* 2020; 42:498–512.

SANTOS, A. M. B. *et al.* **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.** *Rev. Bras. Fisioter,* v.10, n. 3, p.317-324, 2006.

SCOTT, A J *et al.* **Quality of life after total laryngectomy:** evaluating the effect of socioeconomic status. *J Laryngol Otol* 2019;133:129–134.

SENGCHAK, Jordan J.; FANG, Carolyn Y.; BAUMAN, Jessica R. **Interventions to improve quality of life (QOL) and/or mood in patients with head and neck cancer (HNC):** a review of the evidence. *Cancers of the Head & Neck* (2019) 4:2.

SILOS, L., COSTA, C. L. **A beleza feminina e o câncer de cabeça e pescoço.** In: COSTA, C. L.; NAKAMOTO, L. H.; ZENI, L. L. *Psico-oncologia em discussão*. 1 ed. São Paulo: Lemar, 2009.

SILVEIRA, Augusta *et al.* **Head and neck cancer:** health related quality of life assessment considering clinical and epidemiological perspectives. *Rev Bras Epidemiol.*, v.15, n.1, p.38-48, 2012.

SIMONTON, C.; SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo.** São Paulo: Summus, 1987.

SOUZA, Fernanda Gonzalez Rocha *et al.* **Quality of life after total laryngectomy: impact of different vocal rehabilitation methods in a middle income country.** *Health and Quality of Life Outcomes*.18, Article number: 92; 2020.

SOUZA, Fernanda Gonzalez Rocha *et al.* **Comparative analysis of quality of life in advanced laryngeal and oral cancer undergoing extensive surgeries.** *Arch Head and Neck Surg*. 2018; 47(3): e029.

SOUZA, Fernanda Gonzalez Rocha *et al.* **Assessment of quality of life in patients with advanced laryngeal malignancies undergoing radical surgery.** In: *Abstracts of the AHNS Annual Meeting; 2016; Washington*. Chicago: American Medical Association; 2016.

SUCCO, Giovanni *et al.* **Treatment for T3 to T4a laryngeal cancer by open partial horizontal laryngectomies: Prognostic impact different pathologic tumor subcategories.** *Head & Neck*. 2018;1-12.

SUCCO, Giovanni *et al.* **Open partial horizontal laryngectomies: a proposal for classification by the working committee on nomenclature of the European Laryngological Society.** *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014; 271:2489-2496.

TANG, Zhao-Xian *et al.* **Efficacy comparison between primary total laryngectomy and nonsurgical organ-preservation strategies in treatment of advanced stage laryngeal cancer.** *Medicine* (2018) 97:21.

VAN DER MOLEN, Lisette *et al.* **Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from Europe/the Netherlands.** *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, v. 21, n. 3, p. 230-238, 2013.

VARTANIAN, José Guilherme *et al.* **Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer.** *Head Neck* 2006; 10: 1115-1121.

VARTANIAN, José Guilherme *et al.* **Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil.** *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 36, n. 2, 2007. p. 108-115.

VARTANIAN, José Guilherme, KOWALSKI, Luiz Paulo. **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*, v.135, n. 4, p. 376-379, 2009.

VARTANIAN, José Guilherme, CARRARA-DE-ANGELIS, Elisabete, KOWALSKI, Luiz Paulo. **Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from South America.** *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2013, 21:212–217.

WEBSTER, Kimberly T *et al.* **Supracricoid partial laryngectomy: swallowing, voice, and speech outcomes.** *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2010;119:10-16.

WEYMULLER, Ernest A *et al.* **Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer: Lessons Learned From 549 Prospectively Evaluated Patients.** *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*, v.126, n. 3, p. 329-336, 2000.

WEYMULLER, Ernest A *et al.* **Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer.** The Laryngoscope, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring Quality of Life.** WHO/MSA/MNH/PSF, 1997.

WOTHERSPOON, Robert J.; KANATAS, Anastasios N.; ROGERS, Simon N. **Review of HaNDLE-on-QoL: a database of published papers that use questionnaires to report quality of life in patients with cancer of the head and neck.** British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 56 (2018) e5–e9.

ZHANG, Caiyun *et al.* **Organ preservation surgery for patients with T4a laryngeal cancer.** European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (2018) 275:1601–1606.

## 8 ANEXO

### 8.1. FICHA DE REGISTRO

| CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS LARINGE/HIPOFARINGE (V.23mar15)  |  | FICHA DE REGISTRO                             |
|---|--|---|
| Responsável pela coleta dos dados: _____  |  | Data da coleta: ____/____/____                |
| <b>CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</b>   |  |   |
| Nome do Paciente: _____   |  |   |
| Nº do Prontuário INCA: _____  |  | Data de matrícula: ____/____/____             |
| Data de Nascimento: ____/____/____  |  | CPF: _____                                    |
| Ocupação principal (na vida): _____   |  | Profissão: _____                              |
| Sexo (1) Masculino (2) Feminino   |  |   |
| Raça: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena (9) Sem Informação  |  |   |
| Escolaridade: (1) Analfabeto (2) 1º grau incompleto (3) 1º grau completo (4) 2º grau incompleto<br>(5) 2º grau completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (9) Sem Informação  |  |   |
| Residência (cidade e estado): _____   |  | Naturalidade: _____                           |
| Estado civil (1) Casado (2) Sem companheiro   |  |   |
| <b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FAMILIARES AO DIAGNÓSTICO</b>   |  |   |
| História familiar de câncer: (1) Não (2) Sim (9) Sem Informação   |  |   |
| Parente: (0) Não se aplica (1) Mãe/pai Local: _____   |  | (2) Irmão Local: _____ (3) Outro Local: _____ |
| Tabagismo: (1) Nunca (2) Ex fumante (3) Fumante ao diagnóstico Cig/dia _____ (9) Sem Informação   |  |   |
| Idade de início do fumo: _____ anos (0) Não se aplica Idade de término do fumo: _____ anos (0) Não se aplica  |  |   |
| Etilismo: (1) Nunca (2) Ex etilista (3) Etilista ao diagnóstico Doses/dia _____ (9) Sem Informação  |  |   |
| Idade de início do etilismo: _____ anos (0) Não se aplica Idade de término do etilismo: _____ anos (0) Não se aplica  |  |   |
| Segundo tumor primário: (1) Não (2) Sim Topografia: _____ cTNM: _____ pTNM: _____   |  |   |
| Traqueostomia: (1) Não (2) Sim (9) Sem Informação   |  |   |
| Sonda Nasoenteral: (1) Não (2) Sim (9) Sem Informação   |  |   |
| <b>INFORMAÇÕES DO TUMOR</b>   |  |   |
| Tempo (meses) do primeiro sintoma de câncer até a confirmação de câncer: _____ (meses)  |  |   |
| Data da confirmação diagnóstica de câncer (BPO): ____/____/____   |  | Local: (1) INCA (2) Externo                   |
| Data da primeira consulta na Clínica CP (INCA): ____/____/____  |  |   |
| Lateralidade do tumor: (1) Direito (2) Esquerdo (3) Bilateral (9) Sem Informação  |  |   |
| Exame de imagem: (1) Não (2) Tomografia (3) Ressonância Magnética (9) Sem Informação  |  |   |
| Aspecto da lesão: (1) Vegetante (2) Infiltrativa (3) Ulcerada (9) Sem Informação  |  |   |
| Localização: (1) Valécula (2) Epiglote (3) Prega far_epiglótica (4) Prega ari-epiglótica (5) Bandas ventric.<br>(6) Cordas vocais (7) Comissura ant. (8) Subglote (9) Aritenóides (10) Espaço inter-ariten.<br>(11) Área pós-cricóide (12) Seio piriforme (13) Parede posterior hipofaringe (99) Sem Informação |  |   |
| Mobilidade da CCVV: (1) Não (2) Sim (9) Sem Informação  |  |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Mobilidade das aritenóides:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Estadiamento clínico:</b>  | (0) 0 (1) I (2) II (3) III (4) IV  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Presença de metástases:</b>  | (0) M0 (1) M1  | <b>Local:</b> _____                            |
| <b>INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO</b>  |  |  |
| <b>Tratamento oncológico prévio (câncer de Laringe):</b>                      | (1) Não (2) Sim  | _____  |
| <b>Indicação do tratamento inicial:</b>                                       | (1) Curativo (2) Paliativo   | (9) Sem Informação                             |
| <b>CIRURGIA</b>   | Data: ____/____/____   | (0) Não se aplica                              |
| <b>Cirurgia laringe:</b>  | (1) Não (2) Endoscópica (3) Parcial (4) Subtotal (5) Total (6) Estendida | (9) Sem Informação                             |
| <b>Margens Livres:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Linfadenectomia Seletiva:</b>  | (1) Não (2) Dir (3) Esq (4) Bilat  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Linfadenectomia Radical Modificada:</b>                                    | (1) Não (2) Dir (3) Esq (4) Bilat  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Linfadenectomia Radical:</b>   | (1) Não (2) Dir (3) Esq (4) Bilat  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Número de linfonodos retirados:</b>  | _____  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Traqueostomia:</b>   | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Sonda Nasoenteral:</b>   | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>RADIOTERAPIA</b>   |  |  |
| <b>Radioterapia:</b>  | (1) Não (2) Exclusiva (3) Pós-Cirurgia (4) Paliativa                     | (9) Sem Informação                             |
| <b>Data Início:</b> ____/____/____  | <b>Data Término:</b> ____/____/____                                      |  |
| <b>Dose total:</b> _____  | <b>Número de frações:</b> _____  |  |
| <b>QUIMIOTERAPIA</b>  |  |  |
| <b>Quimioterapia:</b>   | (1) Não (2) Exclusiva (3) QT+RT  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Data Início:</b> ____/____/____  | <b>Data Término:</b> ____/____/____                                      | <b>Tratamento:</b> (1) Completo (2) Incompleto |
| <b>Número de ciclos:</b> _____  | <b>Esquema:</b> _____  |  |
| <b>INFORMAÇÕES DO HISTOPATOLÓGICO</b>   |  |  |
| <b>Tamanho do tumor primário:</b>   | (0) T0/TIS (1) T1 (2) T2 (3) T3 (4) T4a (5) T4b                          | (9) Sem Informação                             |
| <b>Linfonodos regionais:</b>  | (0) N0 (1) N1 (2) N2 (3) N3  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Estadiamento patológico:</b>   | (0) 0 (1) I (2) II (3) III (4) IVA (5) IVB (6) IVA                       | (9) Sem Informação                             |
| <b>Grau tumoral:</b>  | (0) Gx (1) G1 (2) G2 (3) G3 (4) G4                                       | (9) Sem Informação                             |
| <b>Invasão angiolinfática:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Invasão vascular:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Invasão perineural:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Tipo histológico:</b>  | (1) Carcinoma Epidermóide (2) Outro                                      | _____  |
| <b>COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS (ocorridas até 30 dias de pós-operatório)</b>      |  |  |
| <b>Hemorragia:</b>  | (1) Não (2) Sem revisão de hemostasia (3) Com revisão                    | (9) Sem Informação                             |
| <b>Fístula:</b>   | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Infecção da ferida operatória:</b>   | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Necrose de retalho:</b>  | (1) Não (2) Sim  | (9) Sem Informação                             |
| <b>Outras:</b>  | _____  |  |
| <b>ANÁLISE FUNCIONAL (Dados da última avaliação disponível em prontuário)</b> |  |  |
| <b>Alimentação via oral:</b>  | (1) Não (2) Sim  | <b>Data da avaliação:</b> ____/____/____       |
| <b>Voz / Fala:</b>  | (1) Não (2) Sim  | <b>Data da avaliação:</b> ____/____/____       |
| <b>Reabilitação Fono:</b>   | (1) Não (2) Voz esofágica (3) Eletrolaringe (4) Prótese Traqueoesofágica |  |
| <b>Outras Complicações relatadas em prontuário:</b>                           | _____  |  |
| <b>ACOMPANHAMENTO</b>   |  |  |
| <b>Retirada da sonda:</b>   | (1) Não se aplica (2) Não (3) Sim  | Data: ____/____/____                           |



|  |
|--|
| <b>Retirada da traqueostomia:</b> (1) Não se aplica (2) Não (3) Sim Data: ___/___/___  |
| <b>Evolução para gastrostomia:</b> (1) Não (2) Sim Data: ___/___/___   |
| <b>Tumor residual após o tto:</b> (0) Ausência(R0) (1) Residual microscópico(R1) (2) Residual macroscópico(R2) (9) Sem Inf         |
| <b>TTO resgate (até 6 meses):</b> (0) Não se aplica (1) RT Data: ___/___/___ (2) QT Data: ___/___/___ (3) Cirur. Data: ___/___/___ |
| <b>Recidiva de doença:</b> (1) Não (2) Local (3) Regional/pescoço (4) Distância  |
| <b>Local da recidiva:</b> _____ <b>Data da recidiva:</b> ___/___/___   |
| <b>TTO recidiva (após 6 meses):</b> (1) RT Data: ___/___/___ (2) QT Data: ___/___/___ (3) Cirurgia Data: ___/___/___               |
| <b>Metástase:</b> (1) Não (2) Sim  |
| <b>Local da metástase:</b> _____ <b>Data da metástase:</b> ___/___/___   |
| <b>TTO metástase:</b> (1) RT Data: ___/___/___ (2) QT Data: ___/___/___ (3) Cirurgia Data: ___/___/___                             |
| <b>Segundo tumor primário:</b> (1) Não (2) Sim <b>Topografia:</b> _____ <b>pTNM:</b> _____ <b>TTO:</b> _____                       |
| <b>Óbito:</b> (1) Não (2) Óbito por câncer primário (3) Óbito por câncer secundário (4) Óbito outras causas                        |
| <b>Data do Óbito:</b> ___/___/___  |
| <b>Última consulta no INCA</b> <b>Data:</b> ___/___/___ <b>Status:</b> (1) Vivo com câncer (2) Vivo sem câncer                     |
| <b>Observações:</b>  |

## 8.2 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 [x])

- Eu não tenho dor
- Há dor leve não necessitando de medicação
- Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

### 2. Aparência (marque uma alternativa [x])

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

### 3. Atividade (marque uma alternativa [x])

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

### 4. Recreação (marque uma alternativa [x])

- Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
- Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me

divertir

Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso

Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV

Eu não posso fazer nada agradável

**5. Deglutição** (marque uma alternativa [x])

Eu posso engolir tão bem como sempre

Eu não posso engolir algumas comidas sólidas

Eu posso engolir somente comidas líquidas

Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

**6. Mastigação** (marque uma alternativa [x])

Eu posso mastigar tão bem como sempre

Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas

Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

**7. Fala** (marque uma alternativa [x])

Minha fala é a mesma de sempre

Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone

Somente minha família e amigos podem me entender

Eu não sou entendido pelos outros

**8. Ombro** (marque uma alternativa [x])

Eu não tenho problemas com meu ombro

Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força

Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho

Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

**9. Paladar** (marque uma alternativa [x])

Eu sinto sabor da comida normalmente

Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente

Eu posso sentir o sabor de algumas comidas

Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

**10. Saliva** (marque uma alternativa [x])

Minha saliva é de consistência normal

Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente

Eu tenho muito pouca saliva

Eu não tenho saliva

**11. Humor** (marque uma alternativa [x])

Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer

Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente

Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer

Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer

Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

**12. Ansiedade** (marque uma alternativa [x])

Eu não estou ansioso por causa do meu câncer

Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer

Eu estou ansioso por causa do meu câncer

Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

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

Marque [x] em até 3 alternativas

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

**Questões gerais**

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

Muito melhor

Um pouco melhor

Mais ou menos o mesmo

Um pouco pior

Muito pior

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

Excelente

Muito boa

Boa

Média

Ruim

Muito ruim

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

Excelente

Muito boa

Boa

Média

Ruim

Muito ruim

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

### **8.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TUMORES AVANÇADOS DE CAVIDADE ORAL E LARINGE SUBMETIDOS À CIRURGIAS DE GRANDE PORTE**

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Você realizou cirurgia para tratamento de câncer de cavidade oral ou laringe na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA há, pelo menos, seis meses e estamos querendo a sua autorização para que possamos fazer uma pesquisa sobre Qualidade de Vida entre os pacientes do INCA. Por isso está sendo solicitada a sua autorização para a realização desse estudo através deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Para que você possa decidir se quer participar dando ou não seu consentimento, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

#### **OBJETIVO**

Essa pesquisa tem como objetivos avaliar sua Qualidade de Vida após a cirurgia e tratamento com radioterapia, avaliar as conseqüências desses tratamentos para a sua vida e obter meios de implementar ações para melhorar seu tratamento no futuro.

#### **PROCEDIMENTOS**

Essa pesquisa envolve a aplicação de um questionário para avaliar sua Qualidade de Vida. Suas informações serão coletadas por uma psicóloga, através da aplicação do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) com questões objetivas, que avaliam como está sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias. O questionário será preenchido por você, se precisar de ajuda a psicóloga responsável pela coleta das informações do estudo poderá fazê-lo.

#### **RISCOS**

O seu tratamento será exatamente o mesmo caso você dê ou não o seu consentimento para a realização dessa pesquisa. Toda pesquisa envolve algum risco, mesmo que psicológico. Caso

ocorra algum dano psicológico, a psicóloga colaboradora dessa pesquisa poderá trabalhar isso. Havendo alguma necessidade, você será encaminhado ao Serviço de Psicologia do INCA/HCI. Não estão previstos riscos adicionais a você pelo seu consentimento para a realização da pesquisa.

## **BENEFÍCIOS**

Espera-se com esta pesquisa identificar e avaliar as conseqüências dos tratamentos para a sua vida e implementar ações para melhorar a sua qualidade de vida.

## **ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSABILIDADES**

Você será convidado por telefone pela pesquisadora responsável pela aplicação dos questionários, a participar da pesquisa, que será realizada no mesmo dia em que for agendada sua consulta no Ambulatório de Cabeça e Pescoço. Caso concorde em participar, a profissional fornecerá os questionários para você preencher. Se não conseguir preencher os questionários, a profissional poderá ajudá-lo. Qualquer dúvida deverá ser esclarecida com a psicóloga responsável pela coleta dos dados, Fernanda G. R. Souza, que acompanhará você durante a pesquisa.

## **CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS**

Além da equipe de saúde que cuida de você, seus questionários poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer – INCA e equipe de pesquisadores envolvidos. A utilização dos dados será permitida somente com sua assinatura do TCLE e seus dados serão confidenciais. Seu nome não será revelado ainda que informações de seu questionário sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão apenas caso você permita.

## **TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS**

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento dessa pesquisa, e que necessite de atendimento médico e psicológico ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico, psicológico independem da sua permissão para se fazer a pesquisa.

## **CUSTOS**

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento a você pela sua autorização para fazer essa pesquisa. Tal pesquisa não trará gastos extras, visto que será marcada nos mesmos dias agendados para suas consultas médicas.





(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

dia mês ano

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura do pesquisador)

dia mês an

\_\_\_\_\_