



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CRISTINA TOSTES VIEIRA MACIEL

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PÓS TRATAMENTO DE
CÂNCER DE LARINGE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG**

**Juiz de Fora
2009**

Cristina Tostes Vieira Maciel

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PÓS TRATAMENTO DE
CÂNCER DE LARINGE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2009

Maciel, Cristina Tostes Vieira.

Análise da qualidade de vida dos pacientes pós tratamento de câncer de laringe no município de Juiz de Fora, MG / Cristina Tostes Vieira Maciel. -- 2009.

136 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Brasileira)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Neoplasias - Epidemiologia. I. Título.

CDU 616-006.6

CRISTINA TOSTES VIEIRA MACIEL

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PÓS TRATAMENTO DE
CÂNCER DE LARINGE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Aprovada em 27 de julho de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Isabel Cristina Gonçalves Leite (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Sandra Maria Pela
Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – Universidade de Santo Amaro

Prof. Marcos Vinícius Queiroz de Paula
Doutor em Biociências Nucleares – Universidade Federal de Juiz de Fora

DEDICATÓRIA

À minha querida sobrinha Andréa, ao meu grande amigo Fábio Alvim e à minha avó Conceição que se foram sem ir. Saudade... Mostra-me que o tempo não apaga as marcas efetivas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que por sua presença, luz e força sempre me abençoa e ampara nos momentos difíceis. Por me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora e amiga professora doutora Isabel, pela oportunidade oferecida, por acreditar em mim, mostrando-me o caminho da ciência, fazendo parte da minha vida, nos momentos bons e ruins, e por seu exemplo de profissional e de figura humana, os quais sempre estarão presentes. E por fim, por me fazer perceber a importância do “ser Mestre”.

À professora doutora Sandra Maria Pela e professor doutor Maximiliano Ribeiro Guerra que, como membros da banca de qualificação, contribuíram com importantes e enriquecedoras sugestões.

À professora doutora Darcília Nagen, pela atenção, carinho e amizade.

À minha ex-professora e colega de profissão Renata Jacob Daniel, pelo companheirismo e pelos momentos compartilhados.

À Grace, Alex, Augusto e a todos os médicos, enfermeiros e funcionários das Instituições participantes desse estudo, sentido do nosso interesse clínico e científico.

Aos pacientes, razão dessa pesquisa e sem os quais ela não poderia ser realizada.

À UFJF pelo apoio financeiro fundamental para a realização deste trabalho.

Às Adeliza e Anelise pelo excelente e minucioso trabalho de revisão e pelas sugestões sempre bem-vindas.

Às minhas amigas Agda e Fernanda não só pela amizade, carinho e auxílio nesta jornada, mas principalmente pelos sorrisos e bom humor constantes.

Aos meus pais, Geraldo e Virgínia, que por uma vida de dedicação, amor e trabalho mesmo nas dificuldades, sempre investiram na minha educação.

Aos meus irmãos, Luciana, Viviane e Antonio, exemplos de dignidade, bondade e caráter.

Ao Davi, filho querido, razão de tudo, por me mostrar cada dia mais o quanto é especial em minha vida. Desejo que, algum dia, você perceba o quanto vale a pena lutar para alcançar um sonho.

Ao meu marido Sérgio, amor e prontidão em todos os momentos da minha vida, fica meu agradecimento especial, pelos inúmeros momentos que atuou como “pai e mãe” do nosso filho, sem ter deixado de ser esposo. Amo muito você!

*“Curar algumas vezes,
aliviar frequentemente,
confortar sempre.”*

Francis W. Peabody

RESUMO

Os tumores de laringe representam 25% dos tumores de cabeça e pescoço e cerca de 2% de todos os cânceres no Brasil. No entanto, é pouco conhecida a evolução dos pacientes portadores deste câncer, após ser determinado o fim das possibilidades de sua cura. Os estudos sobre a qualidade de vida destes pacientes visam sugerir como desenvolver o tratamento para que haja uma menor repercussão dos sintomas do câncer e/ou tratamento no desempenho diário do paciente. Diversos instrumentos específicos foram criados com o objetivo de quantificar a qualidade de vida de pacientes portadores do câncer de cabeça e pescoço, dentre eles o *Functional Assessment Cancer Therapy FACT Head and Neck* (HN). Este questionário aborda a qualidade de vida durante ou após a terapêutica e reflete a perspectiva do paciente frente ao tratamento discutindo e expondo as possíveis fragilidades do tratamento. Objetivos: Estimar a qualidade de vida de indivíduos submetidos ao tratamento de câncer de laringe no Município de Juiz de Fora, MG, identificando as variáveis que a influenciaram. Metodologia: estudo transversal envolvendo 60 pacientes com tumor primário de laringe com, no mínimo, 1 ano de sobrevida, submetido a tratamento em 02 centros de referência para a assistência oncológica de Juiz de Fora no período compreendido entre 2001 a 2007. Foram aplicados dois instrumentos: um contendo dados exploratórios e o FACT-HN, adaptado para a língua portuguesa. A análise bivariada preliminar selecionou as variáveis com valores de $p \leq 0,20$. Em seguida, foi realizada a regressão linear múltipla, utilizando-se a técnica *enter*. No modelo multivariado final permaneceram as variáveis cujos valores de p foram $\leq 0,10$. Resultados: Na análise bivariada ($p \leq 0,20$) apresentaram maior significância as variáveis sociodemográficas “sexo”, “anos de escolaridade” e clínico-funcionais “análise do tratamento recebido”, “tratamento fonoaudiológico e nutricional”. Após a análise multivariada, ainda mostraram uma associação significativa a variável sociodemográfica “anos de escolaridade” e as variáveis clínico-funcionais “análise do tratamento recebido”, “tratamento fonoaudiológico e nutricional”. Conclusões: Tanto os fatores sociodemográficos; socioeconômicos e clínico-funcionais, ainda que de forma diferente, interferem na qualidade de vida do paciente. Nos três domínios que constituem o FACT-HN (TOI,

FACTG e FACTHN), houve aparente influência de fatores sociodemográficos e clínico-funcionais na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Câncer de laringe. Qualidade de vida. Epidemiologia.

ABSTRACT

Although laryngeal cancer accounts for 25% of head and neck malignancies, and 2% of all malignancies in Brazil, the outcome of patients with no possibility of cure is not well known. Studies on the quality of life of such patients focus on measures to limit the impact of clinical symptoms and treatment untoward effects on daily performance. Several specific tools were developed to quantify the quality of life of head and neck cancer patients, the Functional Assessment Cancer Therapy - Head and Neck (FACT-HN) among them. Focusing on the quality of life during or after therapy, this questionnaire reflects the patient's perspective concerning therapy and reveals possible treatment weaknesses. Objectives: Assess the quality of life of subjects undergoing treatment for laryngeal cancer in the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil, and identify significant variables. Method: Cross-sectional study of 60 patients with primary laryngeal cancer, with at least 1-year-survival, and treated at 2 oncology reference centers in Juiz de Fora, in the year 2001/2007. An investigative tool consisting of exploratory data and the Portuguese-adapted FACT-HN were used. Preliminary bivariate analysis selected variables with p values ≤ 0.20 . Subsequent multiple linear regression analysis was performed with the enter technique. On the final multivariate model, variables with p values ≤ 0.10 remained. Results: On bivariate analysis ($p \leq 0.20$) greater significance was found for the sociodemographic variables (gender and years of schooling) and for the clinical-functional variables (treatment appraisal with hindsight and speech and nutritional therapies). Treatment appraisal with hindsight and speech and nutritional therapies still showed a significant association after multivariate analysis. Conclusions: Sociodemographic, socioeconomic and clinical-functional factors interfere with the quality of life of such patients, albeit in a different way. In the three domains that make up the FACT-HN (TOI, FACTG e FACTHN), sociodemographic and clinical-functional factors seemingly influenced the quality of life of these patients. Key words: Laryngeal cancer. Quality of life. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição da amostra estudada, Brasil, 2008.....	83
Tabela 2: Variáveis associadas à qualidade de vida, nos três escores constituintes do FACT-HN, média do escore e significância estatística (p-valor).....	85
Tabela 3: Variáveis preditoras da qualidade de vida caracterizada pelo escore TOI, segundo regressão múltipla, pacientes com tumor de laringe, Brasil, 2008.....	86
Tabela 4: Variáveis preditoras da qualidade de vida caracterizada pelo escore FACTG, segundo regressão múltipla, pacientes portadores do tumor de laringe, Brasil, 2008.....	87
Tabela 5: Variáveis preditoras da qualidade de vida caracterizada pelo escore FACTHN, segundo regressão linear múltipla, pacientes com tumor de laringe, Brasil, 2008.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEC – Carcinoma Espino Celular

CpG – Citosina fósforo Guanina

CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

EUA – Estados Unidos da América

FACIT– Functional Assessment Chronic Illness Therapy

FACTG – Índice Total dos domínios bem estar físico, bem estar sociofamiliar, bem estar emocional e bem estar funcional.

FACT-G – Functional Assessment Cancer Therapy – General

FACTHN – Índice Total dos domínios bem estar físico, bem estar sociofamiliar, bem estar emocional, bem estar funcional e preocupações adicionais do câncer de cabeça e pescoço.

FACT-HN – Functional Assessment Cancer Therapy - Head and Neck

FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

HPV – Papilomavírus Humano

HNOQOL – Head and Neck Quality of Life Group

HNRQC – Head and Neck Radiotherapy Questionnaire

IARC – International Agency of Research about Cancer- Agência Internacional de Pesquisas Sobre o Câncer

INCA – Instituto Nacional de Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TOI – Índice Total dos domínios bem estar físico, bem estar funcional e preocupações adicionais do câncer de cabeça e pescoço

UICC – União Internacional Contra o Câncer

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UWQOL – University of Washington Quality of Life Group

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Aspectos gerais da morbimortalidade por câncer no país	18
2.2 Incidência do câncer de laringe	19
2.3 Aspectos da mortalidade por câncer de laringe	21
2.4 Graduação histológica e estadiamento dos tumores malignos de laringe ..	22
2.5 Fatores predisponentes e exacerbadores do risco de câncer de laringe ...	24
2.5.1 Tabaco e álcool.....	24
2.5.2 Riscos ocupacionais.....	26
2.5.3 Aspectos nutricionais e dietéticos.....	27
2.5.4 Fatores biológicos.....	28
2.6 Sinais associados ao câncer de laringe	29
2.7 Tratamentos de eleição para o câncer de laringe	30
2.8 Sobrevida	33
2.9 Qualidade de vida	35
2.9.1 Avaliação da qualidade de vida em câncer de laringe: instrumentos de avaliação.....	39
3 PROPOSIÇÃO	47
4 HIPÓTESE	48
5 OBJETIVOS	49
5.1 Objetivo geral	49
5.2 Objetivos específicos	49
6 JUSTIFICATIVA	50
7 SUJEITOS E MÉTODOS	51
7.1 Delineamento do estudo e a população alvo	51
7.2 Critérios de elegibilidade	51
7.2.1 Critérios de inclusão.....	51
7.2.2 Critérios de exclusão.....	51
7.3 Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida	52
7.4 Coleta dos dados	52
7.5 Análise estatística	53
7.6 Considerações éticas	53
8 RESULTADOS	54
9 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	102

ANEXOS.....	115
--------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é amplo e adquire conotações não somente da ausência de estados mórbidos, mas também do bem estar físico, psíquico e social. A dimensão real da definição de saúde está presente na habilidade do indivíduo em adaptar suas funções às necessidades individuais, aceitáveis para si mesmo e para o grupo do qual faz parte (MACIEL, 2003).

Fazendo-se um recorte para o aparelho fonador e mastigatório e das estruturas anatômicas envolvidas com a deglutição, o conceito de saúde remete ao mais amplo espectro, refletindo não somente o bem-estar físico e funcional do indivíduo, mas também contemplando a sua qualidade de vida, vista como um conjunto multidimensional de sensações, atividades, saberes e práticas culturais que remetem à necessidade de sua preservação, desenvolvimento e promoção.

Dentre as afecções que mais interferem na qualidade de vida destacam-se as neoplasias e, neste grupo de agravos à saúde, os tumores de laringe merecem uma especial atenção, pois representam 25% dos tumores de cabeça e pescoço e cerca de 2% de todos os cânceres no Brasil, atingindo especialmente indivíduos do sexo masculino entre a sexta e a sétima décadas de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]a).

A laringe é o órgão fonador, portanto, estreitamente ligada à produção da voz. No entanto, sua proximidade anatômica e a sua origem embriológica comum a outras estruturas do aparelho mastigatório e sistema digestório, fazem com que problemas patológicos graves, como o câncer laríngeo, afetem de maneira marcante não só a laringe em si, mas as estruturas circunvizinhas, causando uma enorme perda funcional, social e psicológica no paciente. Portanto, altera decisivamente sua qualidade de vida.

A sintomatologia do câncer laríngeo é vasta, podendo ser observados vários sinais e sintomas como odinofagia, rouquidão, afonia. Contudo, o tratamento dessas neoplasias, por vezes invasivo, requerendo laringectomias totais somadas à quimioterapia e radioterapia, pode contribuir para exacerbar o conjunto sintomatológico da doença. (BARROS, 2007)

A fala é afetada em todo o tipo de radioterapia da laringe, a deglutição também se mostra prejudicada, determinando o comprometimento da qualidade de

vida do paciente após o tratamento. Separar os efeitos do câncer daqueles inerentes ao tratamento é difícil. No entanto dentre as complicações, pode-se citar com destaque aquelas do campo social, no qual nota-se uma ruptura no convívio do paciente com as outras pessoas (DORNFELD et al., 2007).

MANFRO et al. (2006) relataram que é pouco conhecida a evolução dos pacientes com câncer de laringe, após ser determinado o fim das possibilidades da cura e do tratamento, ou seja, após a conclusão de que qualquer terapia não se obterá êxito, dada à gravidade da doença. Torna-se imperioso, portanto, desenvolver condições para que haja uma menor repercussão dos sintomas desse câncer e/ou do seu tratamento no desempenho diário do paciente. Constitui-se assim um desafio para a equipe multiprofissional envolvida no tratamento desse câncer, para os cuidadores e para a família do doente.

Os estudos epidemiológicos sobre a qualidade de vida do paciente laringectomizado entram, desta forma, oferecendo uma contribuição sobre a otimização desses cuidados, sobre uma maneira mais humanizada de desenvolvê-los e em acordo com a necessidade e vontade do próprio portador do câncer.

Assim sendo, um dos vetores que vai ao encontro do desenvolvimento técnico-científico que a medicina tem galgado no tratamento do câncer, aparece como questões relativas à qualidade de vida dos portadores de câncer (MORENO; LOPES, 2002). Questionários respondidos pelo próprio paciente tornam-se, assim, um grande pilar de avaliação do tema (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Diversos instrumentos específicos foram criados com o objetivo de quantificar a qualidade de vida para pacientes portadores do câncer de cabeça e pescoço. Caracterizam-se por serem questionários multifuncionais, que variam quanto ao número de questões globais relativas à: história sociofamiliar, domínios funcional, físico, emocional e a questões físicas relacionadas à estética, dor, articulação das palavras e funções orofaciais como mastigação, deglutição, além do paladar e produção de saliva. Dentre os instrumentos mensuradores, cita-se o FACT-HN, que além dos aspectos gerais tratados pelos outros instrumentos ainda versa sobre o relacionamento com o médico (FURIA, 2006).

O estudo da qualidade de vida durante ou após o tratamento para o câncer laríngeo reflete a perspectiva do principal ator no processo da doença: o paciente, pois é assim que as possíveis fragilidades do tratamento são expostas e poderão ser discutidas. E através de pesquisas neste sentido é que a equipe multiprofissional

poderá encontrar respaldo de conduta, no aspecto ético, biológico e humano, no processo de tratamento e, talvez, de cura do câncer de laringe.

Portanto, constitui-se objeto desta dissertação a avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de laringe, logrando uma contribuição no sentido de orientar profissionais e levar suporte biopsicossocial ao paciente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos gerais da morbimortalidade por câncer no país

O câncer é uma das doenças que mais matam no nosso país com 130 mil óbitos anuais, sendo superado somente pelas doenças cardiovasculares. Durante muito tempo, o câncer foi considerado uma doença quase incurável devido ao fato de ser diagnosticada tardiamente, condição que afeta o tratamento e diminui as chances de cura. Descobertas promovidas por pesquisas científicas têm mudado essa concepção. Estudos mostram que, se detectada precocemente, a presença desta patologia há grande possibilidade do completo restabelecimento da saúde do paciente (BRASIL, [200-]a).

No ano de 2005, cerca de oito milhões de pessoas morreram de câncer dentre as 58 milhões de mortes no mundo. Dessas mortes por câncer, 70% ocorreram em países onde os recursos de prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes. Baseando-se em projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), esses números vão crescer para 9 milhões em 2015 e a doença atingirá, em 2030, 11,4 milhões de pessoas se a situação não for transformada. No Brasil as neoplasias ocupam o segundo lugar dentre as doenças com maior morbimortalidade (BRASIL, 2007c).

No Brasil, observa-se que a morbimortalidade por câncer tem sido maior nas regiões Sudeste e Sul do país, o que pode indicar a importância do processo urbano-industrial nesse sentido. A Fundação Oncocentro de São Paulo, através de seu Departamento de Epidemiologia, demonstrou que durante o ano de 2000 ocorreram 237.726 óbitos no estado, dos quais 35.241 (14,8%) foram referentes a neoplasias malignas (FARIA; ALMEIDA; ZANETTA, 1999).

Esta doença detém o poder de matar por invasão destrutiva os órgãos normais, tendo a propriedade de disseminar-se através da corrente sanguínea e dos vasos linfáticos, produzindo as metástases que, na verdade, são uma extensão do tumor primário em outro órgão ou tecido (BARROS et al., 2005).

Os tumores malignos são responsáveis por morbidade e mortalidade elevada na população de todo o mundo, sendo que o desenvolvimento

socioeconômico e o aumento da expectativa de vida são fatores que contribuem para o aparecimento de um maior número de casos de doenças malignas. O envelhecimento progressivo da população é uma característica relacionada com o desenvolvimento da sociedade e com as pessoas vivendo até idades progressivamente mais avançadas (ANDRADE; VIANA, 2006).

Aspecto dos mais importantes na epidemiologia do câncer é o que se refere à mortalidade, tendo em vista o impacto cada vez maior desta condição patológica no quadro geral da mortalidade de vários países. Nos países mais desenvolvidos industrialmente, a mortalidade pelo câncer é bastante expressiva. No ano de 2007 foram registrados 130 mil óbitos e 470 mil casos novos no Brasil. Entre 1979 e 2003, a taxa de mortalidade pela doença cresceu 30%, e os gastos do governo federal na assistência oncológica de alta complexidade, entre 2000 e 2005, aumentaram 103%. A realidade brasileira se insere no quadro mundial (BRASIL, [200-]b).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, o câncer é responsável por cerca de 13,7% das mortes registradas no país. Apenas as doenças circulatórias matam mais (em torno de 27,9% do total de mortes). A tendência nos países mais desenvolvidos é de que o câncer torne-se a principal causa de morte com o decorrer dos anos. Por isso, uma preocupação constante é dar qualidade de vida aos pacientes com tal doença (BRASIL, [200-]b).

O papel da prevenção do câncer nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento da doença nos estágios iniciais), vinculado à vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre câncer) é preponderante para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]b).

2.2 Incidência do câncer de laringe

Em relação à incidência, o câncer de laringe responde por 2,8% dos novos casos de câncer em homens no mundo e sendo a décima primeira neoplasia maligna mais frequente, dentre todas. Em uma perspectiva geral, o número estimado de novos casos de câncer de laringe vem crescendo de 10 milhões, em 2000, para 15 milhões em 2020 (EORT, 2007). Na população mundial a estimativa

de incidência ajustada por idade é de 5,7/100.000, sendo que entre mulheres ele é menos frequente, com uma estimativa de incidência ajustada por idade pela população mundial de 0,7/100.000 (SARTOR et al., 2007).

Dentre todos os tipos de câncer, os tumores de laringe são responsáveis por 25% dos tumores de cabeça e pescoço e representam cerca de 2% de todos os cânceres no Brasil, atingindo especialmente indivíduos entre a sexta e a sétima décadas de vida e sendo mais comum em homens que em mulheres. Aproximadamente 2/3 desses tumores surgem nas pregas vocais verdadeiras e 1/3 acomete a laringe supraglótica (ou seja, localizam-se acima das pregas vocais). Dos casos de câncer do sistema respiratório, os tumores de laringe são responsáveis por 27,6% do total de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]b).

O Brasil é o segundo país no mundo com as mais altas taxas de incidência de câncer de laringe, atrás somente da Espanha (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, [200-]). Em outros países, as áreas com alta incidência para homens (>10/100.000 por ano) são a França, o Norte da Itália, Portugal, várias áreas da Europa Central, o Uruguai e a Ásia Ocidental. Particularmente na Ásia Ocidental, o câncer de laringe corresponde a mais que 6% de todos os cânceres entre os indivíduos do sexo masculino. Já nas áreas de baixa incidência estão incluídas regiões da África e Ásia Oriental, regiões andinas na América do Sul, áreas da América Central, Austrália, Nova Zelândia e Canadá, com exceção da região de Quebec. Neste último grupo ainda podem figurar áreas da Europa do Norte (WÜNSCH FILHO, 2004).

Outros dados preocupantes mostram a incidência de novos casos de câncer no Brasil no ano de 2005. Nos indivíduos do sexo masculino, em níveis inferiores somente ao câncer de próstata, aparecem as neoplasias do trato respiratório superior (laringe e traqueia) e dos pulmões. Apresentando cerca de 24 novos casos por 100 mil habitantes. Dentre as mulheres, embora a situação seja menos alarmante, esses tipos de tumor estão ranqueados em quinto lugar em incidência, chegando a 10 novos casos por 100 mil habitantes, também no ano de 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, [200-]).

No Brasil, em Goiânia foram observadas taxas de incidência regular para o sexo masculino de 6,4 casos/100.000 e 14,9/100.000 em São Paulo, ambas estimadas para o período de 1995 a 1998 (BAHIA, 2001). Constatou-se, ainda, que São Paulo apresentava uma das mais altas incidências de câncer de laringe no

mundo. Entre janeiro de 1999 e dezembro de 2001, foi conduzido um estudo na cidade e foi revelado que 63% dos casos de câncer de laringe ocorrem na faixa etária entre 50 e 70 anos. Outro dado importante foi a constatação de que a prevalência do câncer de laringe entre homens foi menor que 1% na geração nascida em 1915, com risco de morte para o mesmo grupo é maior que 1%. Já entre as mulheres de São Paulo, a taxa de incidência observada foi de 1,8/100.000 (WÜNSCH FILHO, 2004).

Quando se refere ao sexo feminino, mulheres negras dos Estados Unidos possuem a maior incidência de casos. Em Detroit, por exemplo, foi registrado um índice de 2,9/100.000 mulheres. Dentre outras localidades com alta incidência deste câncer na população feminina estão áreas da América do Sul, Ásia e Europa (WÜNSCH FILHO, 2004).

2.3 Aspectos da mortalidade por câncer de laringe

O câncer de laringe é responsável por aproximadamente 73.500 mortes por ano no mundo. A mortalidade deste câncer é particularmente alta entre homens na Europa Oriental e do Sul com taxa em torno de 6,5 a 7,5 por 100 mil. Em seguida, se apresenta a América do Sul tropical, (o Sul do Brasil, Uruguai e Argentina) onde em 1990, o coeficiente de mortalidade por câncer de laringe padronizado por idade foi estimado em 3,9 para homens e 0,7 para mulheres por 100 mil, respectivamente (SARTOR et al., 2007). A mortalidade devido a este câncer é muito rara entre mulheres, correspondendo a somente 0,4% de todas as mortes por câncer no mundo.

No Brasil, as taxas de mortalidade mais altas para homens (6,2/100.000) foram registradas em São Paulo, sendo as mais baixas (0,5/100.000) registradas no estado do Maranhão. Em mulheres, os maiores índices mostrando essa incidência foram observados nos estados do Acre e do Amapá, porém, correspondendo a menos que 0,01/100.000. (WÜNSCH FILHO; MONCAU, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, no ano de 2005, os locais anatômicos mais acometidos por câncer foram as estruturas do trato respiratório superior e os pulmões, atingindo a marca de aproximadamente 25

mortes por 100 mil habitantes do sexo masculino. Essa marca chegou a superar o também muito prevalente câncer de próstata, liderando as estatísticas de incidência de neoplasias. Entre as mulheres, o câncer do trato respiratório superior (laringe e traqueia) e dos pulmões representou a segunda incidência dentre os cânceres atingindo a faixa de aproximadamente 12 mortes por 100 mil habitantes, permanecendo atrás somente do câncer de mama (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [200-]).

2.4 Graduação histológica e estadiamento dos tumores malignos de laringe

Apesar de a laringe ser o território primário de diversos tipos de câncer como os sarcomas, adenocarcinomas, cilindromas, linfomas e histiocitomas, esses tumores são raros nesta região. Os cânceres de laringe são quase na sua exclusividade carcinomas de células escamosas, conhecidos também como carcinoma epidermoide ou ainda carcinoma espinocelular (CEC). Este se apresenta em vários graus de evolução patológica, ou seja, vários graus de diferenciação histológica (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996). O carcinoma epidermoide de laringe é uma das neoplasias mais frequentes de cabeça e pescoço, ocupando o segundo lugar imediatamente após o câncer da cavidade oral e o sexto lugar entre as neoplasias mais comuns (CURIONI et al., 2002; ANDRADE; VIANA, 2006).

Os métodos mais utilizados para a correta avaliação da evolução da doença, para definição da rapidez do crescimento e da presença ou não de metástases, são a graduação histológica e o estadiamento, importantes para a definição do prognóstico e tratamento a ser realizado. A graduação histológica baseia-se na diferenciação citológica das células tumorais e o número de mitoses. São utilizados três graus descritivos de diferenciação: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Esta diferenciação diz respeito à semelhança das células neoplásicas com as de tecido normal que provavelmente tenha dado origem ao tumor. As etapas sequenciais das neoplasias epiteliais que surgem em epitélio escamoso são: carcinoma in situ, carcinoma microinvasor e carcinoma invasor (ESTRELA; ELIAS; MARTINS, 2004). Contudo, comumente, o diagnóstico inicial

geralmente é realizado com lesões em estádio clínicos avançados, diminuindo o sucesso do tratamento instituído (COSTA et al., 2003).

O carcinoma espinocelular se apresenta, na maioria dos casos de carcinomas de laringe, na forma de lesões de superfície que podem ser visualizadas diretamente pela imagem da laringe e, em seu estado inicial, esses podem invadir as pregas vocais. A determinação da capacidade de invasão e metástase de um CEC é extremamente importante na conduta clínica, no tratamento e no prognóstico (CURIONI et al., 2002; WÜNSCH FILHO, 2004; PEREIRA et al., 2006; HADDAD et al., 2006).

Em um estudo feito em sete hospitais de São Paulo, num total de 129 casos de câncer de laringe, 121 deles foram classificados como carcinomas de células escamosas. Outros 8% foram classificados como carcinomas não específicos e carcinomas verrugosos; 0,8% como adenocarcinoma tubular e 0,8% como carcinoma neuroendócrino. Quatro casos (3,1%) tinham tumores associados tanto com a laringe quanto com a faringe (WÜNSCH FILHO, 2004).

Em relação ao estadiamento, os tumores seguem geralmente um curso biológico muito parecido, que começa pelo crescimento e invasão local, seguido pela invasão dos órgãos vizinhos e termina com a disseminação regional e sistêmica. Assim, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) desenvolveu um sistema universal de estadiamento dos tumores, a classificação TNM, que estadia os tumores de acordo com o sítio de origem: glote, supraglote e subglote (BEHLAU et al., 2005). Essa classificação pode ser vista no Anexo A.

Na classificação TNM da UICC, o T corresponde ao sítio primário do tumor que avalia a dimensão do tumor primário, o N à presença de metástases cervicais linfonodais e o M à presença de metástases à distância. Na interpretação de cada fator são analisadas as diversas variações que, para o tumor primário, vão de T1 a T4; para o envolvimento linfático, de N0 a N3; e para as metástases à distância, de M0 a M1. A combinação destas variantes determina os estádios clínicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]c). Dependendo do estadiamento da lesão, ou seja, extensão do câncer ao diagnóstico, há um prognóstico em longo prazo bastante favorável, com taxas de sobrevivência global para 5 anos de 65%-70%, para os tumores nos estádios T1 e T2, cujo tratamento se apresenta compatível com a cura e com resultados funcionais adequados (CURIONI et al., 2002).

Já os tumores nos estádios III e IV apresentam frequentes recidivas e muitos deles não apresentam condições para um novo tratamento curativo, levando à discussão sobre a real necessidade de tratar, evitando-se a tentativa de tratamento a qualquer custo. Quando a morbimortalidade é muito elevada a opção pelo não tratamento, apesar de difícil, pode ser uma boa alternativa (AMAR et al., 2005).

2.5 Fatores predisponentes e exacerbadores do risco de câncer de laringe

Considera-se fator de risco para uma determinada doença, todo e qualquer fator cuja presença aumenta a probabilidade do surgimento desta enfermidade. No entanto, a presença de um ou mais fatores de risco não implica, necessariamente, na presença da doença. O risco para o câncer de laringe tem aumentado com a intensidade do hábito de fumar, com o alcoolismo, além de ser associado a fatores como dieta e nutrição, exposição a elementos e compostos químicos, como asbesto e diesel. Há ainda que se considerar a poluição, o Papilomavírus Humano (HPV) e fatores hormonais como exacerbadores e predisponentes ao câncer de laringe (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996; MORENO; LOPES, 2002). Em seguida, serão descritos fatores associados à ocorrência do câncer de laringe.

2.5.1 Tabaco e álcool

O tabagismo e o consumo de álcool são os fatores de risco mais bem estabelecidos para o câncer de laringe (KOWALSKI et al., 2005). O risco carcinogênico do fumo tem grande magnitude, principalmente quando associado ao álcool. O álcool sozinho tem importância moderada, mas junto com o tabaco parece aumentar sua potência como fator de risco (MORENO; LOPES, 2002; WÜNSCH FILHO, 2004; SARTOR et al., 2007; HASHIBE et al., 2007).

O tabaco foi definido na Europa Central e Oriental como um dos mais importantes fatores de risco para a incidência dos cânceres de laringe supraglóticos e glóticos. As taxas dessa incidência naquelas regiões são as mais altas do mundo e

a maneira encontrada como mais eficaz de diminuí-la foi a de estimular as pessoas a deixar de fumar. Convém salientar que não só o cigarro, mas o uso do cachimbo e do charuto também são considerados como expressivos fatores de risco (HASHIBE et al., 2007).

A expressiva mortalidade por câncer de laringe na Europa Central levou a realização de pesquisa, envolvendo 384 indivíduos, que investigou os efeitos do álcool e do tabaco sobre a incidência de câncer de laringe. Foi constatado que o alcoolismo representa um risco moderado ao câncer de laringe, pois aumenta de 1,5 a 2 vezes o risco da doença. Já entre os tabagistas, o risco aumentava 15 vezes entre os fumantes ativos e em cinco vezes para os ex-fumantes, quando comparados com não fumantes. Contudo, este risco aumentava ainda mais quando se associava tabagismo e etilismo, produzindo um efeito de interação multiplicativa (GOIATO et al., 2006). Parar de fumar foi um fator de proteção contra os cânceres de laringe após 5 anos, contando do início do abandono. Aproximadamente 87% dos casos de câncer de laringe na Europa Central são atribuídos ao uso do tabaco, dos quais 75% e 12% são devidos a fumantes ativos e ex-fumantes respectivamente e 39% dos casos são atribuídos à interação entre álcool e tabaco (HASHIBE et al., 2007).

Um estudo de base hospitalar feito na cidade de São Paulo, que integra um projeto multicêntrico coordenado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), analisou fatores de risco para o câncer de laringe e constatou que o tabagismo e o consumo de álcool estão significativamente associados ao câncer de laringe. A exposição a fumos em geral aumenta em aproximadamente duas vezes e meia o risco de câncer de laringe (OR=4,2; IC95%: 1,7-10,2). Além disso, observou-se no mesmo estudo, que indivíduos que fumaram mais do que 43,5 maços-ano tiveram um risco 7,5 vezes maior de câncer de laringe, quando comparados com não fumantes. Por sua vez, indivíduos que consumiram mais do que 1940 gramas/ano de álcool tiveram um risco 3,7 vezes maior de câncer de laringe quando comparados com indivíduos que não consumiam álcool (SARTOR et al., 2007)

Foi realizada nos hospitais afiliados da Faculdade de Medicina de Wisconsin - Estados Unidos da América (EUA) uma avaliação retrospectiva com o objetivo de identificar os fatores de risco para o câncer persistente de laringe, reunindo 185 pacientes, todos fumantes ou ex-fumantes, com laringe anormais e submetidos à irradiação definitiva. O aparecimento de alterações na qualidade vocal, disfagia,

odinofagia, aspiração e pneumonia apresentou correlação com a falha primária e o ato de continuar fumando após o diagnóstico. Pacientes que continuaram fumando depois do diagnóstico foram os mais prováveis de ter uma frequência de sintomas mais elevada ($p=0,03$) (SCHULTZ et al., 1995).

2.5.2 Riscos ocupacionais

Entre os agentes ocupacionais, o único carcinógeno estabelecido para câncer de laringe é a exposição a névoas de ácidos inorgânicos fortes (SARTOR et al., 2007).

Os fatores de risco para o câncer de laringe na indústria da borracha parecem convergir para a exposição prolongada não só ao asbesto, mas à fuligem de carbono e ao talco, pois a repetida ocorrência de câncer de laringe, pulmões e estômago entre os trabalhadores desta indústria leva a considerar como fatores de risco potencialmente carcinogênico alguns materiais usados naquele setor produtivo (STRAIF et al., 2000). A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) concluiu haver suficiente evidência que a exposição ao asbesto, às nitrosaminas, ao talco e à fuligem de carbono era responsável pelas altas taxas de câncer entre aqueles trabalhadores. Mesmo assim, por serem necessários maiores estudos a respeito, tais materiais foram declarados como “provavelmente carcinogênicos” (STRAIF et al., 2000).

Não menor importância teriam outros agentes cancerígenos como a exaustão da fumaça de diesel, a exposição à sílica, ao pó de madeira e ao benzeno, tintas, ácido hidrocloreídrico e outros (BAHIA, 2001). A exposição ao níquel ou a seus compostos, os óleos e fluidos também são tidos como fatores de risco na indústria automobilística, sendo que os óleos minerais são duas vezes mais agressivos nesse sentido (STRAIF et al., 2000). Um estudo caso-controle feito em São Paulo confirmou associação estatisticamente significativa entre a sílica cristalina livre respirável (fuligem de carvão mineral, coque, madeira, óleo combustível) e o risco de câncer de laringe (OR = 1,9; IC95%: 1,1 – 3,3). A exposição à sílica cristalina livre respirável mostrou um risco quase que dobrado para os expostos quando comparados com os não expostos (SARTOR et al., 2007). Destaca-se ainda como

fatores exacerbadores e/ou potencializadores do câncer de laringe a exposição ao asbesto, associada ou não ao fumo, aos ácidos inorgânicos, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, solventes, tintas, gasolina e pesticidas (GOIATO et al., 2006).

Na China foi estudado o efeito da poluição interna em ambientes fechados, mesmo os domésticos, para o câncer de laringe, que apontou como fator de risco para o câncer de laringe as emissões do carvão fóssil usado para calefação e cozinhas em residências pobres e mal arejadas, estudo esse foi corroborado por pesquisa na Polônia (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996).

2.5.3 Aspectos nutricionais e dietéticos

Os fatores socioeconômicos estão relacionados à determinação do câncer de laringe, principalmente por estarem associados a uma dieta deficiente em frutas, vegetais, vitaminas A e C. Há muito se vem discutindo na literatura o papel da deficiência em vitaminas A e C na exacerbação do risco ao câncer de laringe (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996).

A erva mate (*Ilex paraguariensis*) tem sido considerada um agente etiológico de neoplasias no trato aerodigestivo, pois há alta incidência de câncer em regiões que a usam tradicionalmente em forma de “chimarrão”, como é o caso do Sul do Brasil, Uruguai e Argentina. Esse hábito não é comum em outras áreas onde a incidência do câncer é menor. O hábito de tomar chimarrão se associa com alta prevalência de câncer de laringe, acrescentando-se a esse fator de risco, o efeito da alta temperatura que tal bebida é normalmente consumida em algumas regiões além da presença de tanino, responsável pelo aumento de câncer de esôfago (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996; JOTZ et al., 2006).

2.5.4 Fatores biológicos

O HPV foi detectado em carcinomas de laringe, sugerindo a hipótese de estar associado ao surgimento de tumores mais agressivos. Um estudo de relato de caso na avaliação de uma paciente com história de papilomatose recorrente de laringe confirmou a presença do HPV na lesão. A papilomatose laríngea infantil, causada pelo HPV pode desencadear, futuramente, o desenvolvimento do carcinoma espinocelular de laringe. Nesse contexto, a papilomatose laríngea pode ser considerada como outro fator de risco para o câncer de laringe (SILVA et al., 2003).

Tem sido notada a associação entre cânceres anatomicamente distintos, como por exemplo, a associação do câncer de laringe com o câncer cervical, sugerindo assim que os dois tumores tenham mesmo fator etiológico, provavelmente viral. O câncer de laringe parece estar associado com outras formas da doença causadas pelo HPV, pois os vírus HPV16 e HPV28 foram detectados tanto em lesões carcinomatosas do cervix, quanto da laringe (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996).

A segunda associação mais frequente do câncer de laringe é com o câncer de pulmão (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996; SILVA, et al., 2003).

Fatores hormonais começaram a ser levados em consideração quando se observou que um fenômeno desconhecido, talvez hormonal, explicasse a maior sobrevivência em mulheres com câncer que nos homens. Testes de laboratório mostraram que a testosterona pode estimular a proliferação das células cancerosas, o que não acontece com o beta-estradiol e a progesterona. Entretanto, não há evidência estatística confirmando tal fato (CATTARUZZA; MAISONNEUVE; BOYLE, 1996).

Acredita-se, hoje, na participação genética no processo de carcinogênese, inclusive no câncer laríngeo. Sabe-se que existem genes como os supressores tumorais que controlam a morte celular, e que quando são submetidos a uma mutação perdem sua função permitindo uma transformação no genoma das células, as quais deveriam regular o processo. Dentre os genes supressores cita-se os que regulam a transcrição nuclear e o ciclo celular, como o BRCA-1 e BRCA-2 ambos envolvidos no controle da transcrição. Quando esses genes são submetidos a

mutações, haverá uma predisposição para, dentre outros, o câncer de laringe (SILVA; SERAKIDES; CASSALI, 2003).

Outro gene supressor tumoral envolvido no processo de carcinogênese da laringe é o TP53 cujas mutações estão presentes em cerca de 40% a 60% dos carcinomas epidermoides de cabeça e pescoço. No entanto ainda há uma grande divergência quanto ao valor prognóstico em relação à atuação deste gene. Já foi relatado na literatura que a presença da proteína p53 mostrou-se preditora de menor sobrevida, pois a elevação de seus níveis está associada à proliferação rápida do tumor e a uma maior probabilidade de metástases e recorrência, como também há indícios de não haver qualquer significado prognóstico. Sabe-se, porém, que existe uma forte associação entre as mutações do gene TP53 e a exposição ao fumo e ao álcool, fatores exacerbadores das chances de ocorrer um processo canceroso na laringe. O álcool pode causar lesões na mucosa da laringe o que acarreta aumento na absorção, com mudanças nos dinucleotídeos citosina-fósforo-guanina (CpG), os quais são considerados sítios mutacionais endógenos (INOUE; AMAR; CERVANTES, 2005).

2.6 Sinais associados ao câncer de laringe

Os sintomas das neoplasias são os mais variados possíveis, dependendo do tipo e localização. O câncer de laringe tem como primeiro sintoma o aparecimento da rouquidão, além da odinofagia e dispneia que aparecem em menor número de casos. Em relação à localização anatômica, a odinofagia sugere tumor glótico ou supraglótico e a rouquidão persistente indica tumor glótico e subglótico. O câncer supraglótico mostra outros sintomas como a disfagia leve e a sensação de um corpo estranho na garganta. Nos tumores glóticos ou subglóticos com lesões avançadas das pregas vocais, podem ainda ocorrer disfagia e dispneia (CURIONI et al., 2002; BARROS et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]b).

Apesar de nem sempre estar presente, o sinal mais comum de câncer nas pregas vocais, uma rouquidão persistente, resulta de uma mudança vocal que acompanha a alteração da superfície vibratória das pregas, devido ao tumor. A otalgia e a tosse seca também podem significar sintomas precoces. Considerando

que os carcinomas de cabeça e pescoço representam aproximadamente 18% de todos os tumores malignos, é um dado importante saber que 3% deles estão localizados na área da laringe, dos quais cerca de 65% existem nas pregas vocais, visto que a importância da voz para o paciente é praticamente igual à sua luta contra o próprio câncer (LEEPER et al., 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]b).

Um levantamento feito pela Universidade de São Paulo sobre os sintomas de fadiga nos pacientes laringectomizados destacou: o nervosismo, o cansaço generalizado e, em particular, nas pernas, movimentos duros e desajeitados, sensação de instabilidade ao ficar parado, cansaço ao falar, esquecimento fácil, ansiedade constante e incapacidade de concentração. Os dados obtidos neste estudo inferiram que os sintomas de fadiga estão relacionados com fatores psicológicos, bem como com o tratamento e a fase da doença. Assim sendo, os sintomas de fadiga entre os pacientes laringectomizados são de grande importância dentro de sua reabilitação, pois afetam diretamente a sua qualidade de vida (COELHO; SAWADA, 1999).

2.7 Tratamentos de eleição para o câncer de laringe

O câncer é uma das doenças que mais matam no nosso país e o tratamento precoce aumenta em muito as chances de cura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [200-]b). Os avanços recentes na detecção e localização de tumores na laringe se tornaram possíveis devido ao progresso nos recursos de diagnóstico por imagens (ANDRADE; VIANA, 2006).

A maioria dos carcinomas de cabeça e pescoço são do tipo células escamosas havendo múltiplas opções de tratamento que podem envolver cirurgia, quimioterapia e radioterapia isoladamente ou associadas (MANFRO et al., 2006).

A escolha do tratamento será definida em função do tipo celular e do grau de diferenciação, local e extensão do tumor primário; da presença de metástases linfonodais; das características macroscópicas do tumor; do envolvimento ósseo e muscular. Importante também será a possibilidade de preservação da fala, da salivação e do mecanismo da deglutição, das condições físicas, sociais e ocupacionais do paciente, além da cooperação e expectativas do paciente e de seus

familiares, bem como a experiência da equipe oncológica que irá tratá-lo (CURIONI et al., 2002).

Portanto, o objetivo do tratamento é a cura do câncer com o máximo não só de possibilidade de cura, mas também com o máximo de qualidade de vida após o tratamento (AMAR et al., 2002; CURIONI et al., 2002).

A prática corrente do tratamento do câncer de laringe tem afastado o tratamento cirúrgico, preferindo-se protocolos primários de quimiorradiação, também chamados de protocolos de preservação. Mesmo assim, nos casos de tumores em estágio avançado, essas alternativas não estão livres de morbidez (MOWRY et al., 2006).

A fala é afetada em todo o tipo de radioterapia da laringe, e quanto mais altas as doses, piores são os efeitos e pior é a qualidade de vida do paciente após o tratamento. A deglutição também se mostra prejudicada, uma vez que os músculos constritores faríngeos são muito atingidos na radiação, e a faringe supraglótica apresenta uma sensibilidade maior à dose radiativa. Separar os efeitos do câncer daqueles inerentes ao tratamento, muitas vezes, é difícil, contudo, é confirmado na literatura que a dose de radiação é determinante no grau dos efeitos nocivos às estruturas da cabeça e pescoço. Há uma forte sugestão de decréscimo na qualidade de vida com o acréscimo na dose de radiação, assim como um aumento nas complicações posteriores às sessões, no caso de doses radiativas mais elevadas. Dentre essas complicações, pode-se citar no âmbito físico, as necroses, e no campo social nota-se uma maior ruptura no convívio do paciente com as outras pessoas (DORNFELD et al., 2007).

Com a prática dos protocolos de preservação de órgãos ou estruturas, a avaliação da qualidade de vida despertou maior interesse, tornando-se um argumento para justificar modalidades terapêuticas menos mutiladoras quando os resultados oncológicos são equivalentes (AMAR et al., 2002). Os tratamentos em pacientes com câncer de laringe em estágio avançado têm usado a quimioterapia associada à radioterapia e os resultados têm sido similares aos dos indivíduos tratados com tumor primário de laringe (FUNG et al., 2005).

A cirurgia, conhecida como laringectomia, é o procedimento mais invasivo, no qual toda a laringe, ou parte dela, é removida. A laringectomia total, remoção de toda a laringe, tem como principal desvantagem a afonia do paciente, embora

pesquisas apontem para uma excelente qualidade de vida após esse procedimento cirúrgico (MORENO; LOPES, 2002; ASLAN et al., 2002).

As laringectomias parciais, retirada apenas de parte da laringe, são chamadas cirurgias conservadoras, pois as funções da laringe são mantidas por vias naturais (BEHLAU et al., 2005). As laringectomias parciais são procedimentos seguros e eficazes para o tratamento da maioria dos casos de câncer glótico inicial, possibilitando a reabilitação funcional do paciente (CURIONI et al., 2002).

As radioterapias de baixa intensidade, hoje em grande uso, afetam os tecidos duros e moles com intensidades diferentes, o que faz com que, na impossibilidade de evitar o ataque por radiação a estruturas sadias, se possa administrar a dose direcionada a essas estruturas, tornando-as menos suscetíveis aos efeitos deletérios da radiação. Um exemplo disso é a preservação da parótida. No que tange a estruturas envolvidas na deglutição e na fala, ainda não se pode definir esse diferencial na dose de radiação. A radioterapia de intensidade modulada provê uma maior flexibilidade no que toca à maneira como a radiação é liberada e em como é feita sua distribuição (DORNFELD et al., 2007).

De modo geral, a radioterapia ou cirurgia são indicadas para tumores classificados como T1 e T2, já os tumores T3 e T4 requerem terapêutica multimodal, geralmente cirurgia associada à radioterapia adjuvante. A porcentagem de recidivas pós-cirúrgicas decresce com a combinação da terapêutica cirúrgica e irradiação. A radioterapia tem adquirido um lugar de destaque pela segurança que proporciona em relação aos resultados oncológicos e funcionais (CURIONI et al., 2002; ANDRADE; VIANA, 2006). É uma modalidade de tratamento que tem por finalidade diminuir a possibilidade de recidiva do tumor, sendo efetiva tanto para as lesões localizadas, quanto para as lesões avançadas do câncer de cabeça e pescoço. Para as lesões precoces os resultados são, no mínimo, comparáveis aos resultados obtidos com a cirurgia, entretanto, o aparecimento de complicações como a xerostomia e a odinofagia é praticamente inevitável (SCHULTZ et al., 1995; ANDRADE; VIANA, 2006).

Dentre os vários tipos de laringectomia parcial, as supracricoideas se constituem em técnicas bastante conservadoras para o tratamento dos carcinomas de laringe, sejam eles de T1 a T4. Há na literatura grande número de autores que defendem este método conservador de tratamento. Sua principal vantagem sobre a laringectomia total é a não necessidade de uma traqueostomia permanente, uma

vez que as principais funções laríngeas são preservadas, pois algumas cartilagens e músculos, essenciais à fonação são conservados. No entanto, a deglutição, para ser restaurada requer uma reorganização funcional, às vezes, demandando um tratamento de razoável duração, chegando a nove meses. Apesar de bons resultados relatados na literatura, após o uso de laringectomias parciais com a técnica supracricoidea, há que se reportar sobre a presença de diferentes métodos para mensurar seus efeitos, assim como avaliações na voz e na deglutição. Em um estudo com objetivo de avaliar essas funções laríngeas no pós-cirúrgico, pela técnica supracricoidea, foi constatado que os pacientes apresentavam uma significativa satisfação com sua fonação no pós-cirúrgico, sugerindo que a comunicação oral estava pouco limitada. Esses dados devem ser levados em consideração para que o paciente possa também participar da escolha do método terapêutico, mantendo sua qualidade de vida em níveis aceitáveis (SCHINDLER et al., 2006).

Avaliar as consequências adversas da quimioterapia e da radioterapia sobre os pacientes com câncer de cabeça e pescoço é difícil. A natureza complexa dos processos fisiológicos desempenhados por estruturas envolvidas ou vizinhas a esse tipo de câncer, dificulta o prognóstico e a avaliação do que poderá acontecer. Geralmente, as medidas mais corretas são dadas pelo próprio paciente. Essas informações são muitas vezes mais precisas do que as medidas e mensurações subjetivas determinadas e feitas por profissionais (DORNFELD et al., 2007).

Estudos epidemiológicos locais acerca do tratamento, taxa de sobrevida e qualidade de vida são importantes para melhor compreensão e otimização do tratamento, contribuindo para o aumento da qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (ANDRADE; VIANA, 2006).

2.8 Sobrevida

O tratamento do câncer de laringe, como o de toda cabeça e do pescoço, pode resultar em mudanças na estrutura e na função das estruturas aí situadas, levando a uma grande morbidade e a uma baixa qualidade de vida. A radioterapia pode resultar em disfunções na fala e na deglutição, com problemas nutricionais e

até um rompimento social. No entanto, parece proceder a informação de que aumentando a intensidade desse tratamento, há um aumento na sobrevida com possibilidade de cura, mesmo havendo um aumento da toxicidade tecidual (DORNFELD et al., 2007).

MANFRO et al. (2006) relataram que é pouco conhecida a evolução dos pacientes com câncer de laringe, após ser determinado o fim das possibilidades de sua cura e do tratamento. Soma-se o fato de que esta patologia apresenta características próprias, quando comparadas com outras, por apresentar, geralmente, curso terapêutico mais prolongado e alta morbimortalidade.

O estágio em que a doença é descoberta é essencial para se estimar a sobrevida do paciente. O tratamento do câncer de laringe em estágios mais avançados é questionável quanto ao seu sucesso. A quimiorradiação com a preservação cirúrgica do órgão, visando aumentar a sobrevida nesses casos avançados, vem sendo bastante usada. Como o tipo de carcinoma T4 não é muito frequente na clínica, o seu prognóstico é praticamente definido e um gerenciamento se torna mais difícil (AMPIL et al., 2004). Na literatura mundial, há um senso quase comum de que a média da sobrevida em pacientes com carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço pode ser apenas de quatro a sete meses, quando já houve o aparecimento de metástases (MANFRO et al., 2006).

Em uma pesquisa envolvendo 93 pacientes em estágio terminal para estudar a sobrevida no câncer de laringe, foi demonstrado que os indivíduos do sexo masculino apresentavam uma média de sobrevida menor (2,95 meses) em relação aos do sexo feminino (8,20 meses). Outro achado da pesquisa foi de que os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico mostravam menor suscetibilidade à metástase, pois em apenas 22,2% destes foi detectada a presença de metástases regionais, ao passo que nos pacientes não operados o índice foi de 54,4%. Tais achados foram estatisticamente significativos ($p=0,004$) (MANFRO et al., 2006).

Apesar da curta sobrevida nos casos de cânceres de vias aéreo-digestivas superiores, alguns pacientes (cerca de 12%) alcançam sobrevida superior a um ano. Investigando a sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide de laringe, Amar e outros (2005) analisaram os prontuários de 140 pacientes que haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico. Constataram que a sobrevida é similar tanto para os pacientes em que a doença recidivara e se apresentava incurável, como também para os pacientes não submetidos a tratamento após a recidiva. Uma vez que o

tratamento se estende por até 3 meses, e a qualidade de vida nos primeiros meses pós-tratamento é inferior ao período pré-tratamento, em alguns casos o paciente não se beneficia do tratamento agressivo. Foi mostrado também que não houve após a recidiva precoce um possível comportamento mais agressivo do tumor, assim como o estadiamento inicial do tumor não mostrou relação com a sobrevida no pós-recidiva. A sobrevida parece estar mais diretamente ligada ao estado geral do paciente e a uma resposta ideal à quimioterapia, que é um fator prognóstico no caso desses cânceres.

O prognóstico de pacientes com carcinoma epidermoide de laringe recidivado não é dos melhores. A sobrevida em dois anos, relatada na literatura e citada por Manfro et al. (2006), foi de 75%, 57% e 33% no caso da recidiva ser local, regional e à distância, respectivamente. Constata-se que o tempo médio de sobrevida dos pacientes com carcinoma epidermoide de laringe é semelhante ao apresentado nos outros tipos de cânceres de cabeça e pescoço.

Sabe-se que modalidades terapêuticas como a cirurgia e a cirurgia associada à radioterapia ou ainda esta última associada à quimioterapia fazem com que a sobrevida do paciente aumente, ou seja, adiado o momento em que se esgotem as possibilidades terapêuticas, quando os tipos de tratamento não apresentam mais eficácia. O mesmo não acontece quando é feito um tratamento radio ou quimioterápico isolado. Estatísticas apresentadas em outros trabalhos mostram que no grupo de pacientes tratados com radioterapia exclusivamente, cerca de 27% alcançavam até 5 anos de sobrevida em relação a 36% no caso de pacientes tratados com a combinação radio/químio/cirurgia (MANFRO et al., 2006).

2.9 Qualidade de vida

Segundo Fleck e outros (1999) o termo qualidade de vida ganhou notoriedade quando foi empregado pelo então Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964: “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (JOHNSON apud FLECK et al., 1999, p.20)

Os mesmos autores acima complementam que os conceitos de qualidade de vida têm se multiplicado nos últimos anos, dada a importância que o tema tem tomado em todos os setores da vida humana. Vale, porém, considerar como somatória esclarecedora, o conceito emitido pela Organização Mundial de Saúde que assim definiu: “É a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE apud FLECK et al. 1999, p.20)

Sob o ponto de vista da saúde, a qualidade de vida pode ser encarada de duas maneiras, a coletiva e a individual. A primeira pode ser avaliada de acordo com a presença de fatores tanto de natureza física como biológica e social. Avaliar genericamente a qualidade de vida é baseá-la na percepção dos indivíduos sobre sua posição no contexto sociocultural em que estão inseridos, englobando aspectos gerais da vida e do bem-estar. A segunda refere-se à qualidade de vida do indivíduo que ao ser afetado por alguma forma de agravo, sofre a consequência do decréscimo de sua capacidade funcional, o que se reflete sobre sua vida familiar e social (FORATTINI, 1991).

Assim, qualidade relatada de vida é um conceito multidimensional, que engloba os componentes físicos, emocionais e sociais associados, ou não, a uma enfermidade (DORNFELD et al., 2007).

A preocupação com a qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que os controles de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Na era da humanização dos serviços de saúde, a qualidade de vida deve ser levada em consideração, já que muitas vezes na busca de acrescentar “anos à vida” não se pode deixar de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos” (ANDRADE; VIANA, 2006).

Assim sendo, em parceria com o desenvolvimento técnico-científico que a medicina tem galgado, questões relativas à qualidade de vida dos portadores de moléstias graves, entre elas o câncer, têm sido efetivamente consideradas (MORENO; LOPES, 2002).

Os questionários respondidos pelo paciente portador de câncer tornam-se, assim, um grande pilar de avaliação do tema qualidade de vida. Outras formas de avaliação são abordagens qualitativas e entrevistas semiestruturadas, que

apresentam a dificuldade em seu emprego devido ao grande tempo que consomem em sua aplicação (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Em 1993, o World Health Organization – Quality of life group (WHOQOL) definiu qualidade de vida como:

Qualidade de vida é definida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993 apud MORENO; LOPES, 2002, p.90).

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, dada sua localização anatômica e importância funcional, acarretam alterações em funções importantes, como as ligadas à alimentação, fonação e interação social dos indivíduos afetados, atingindo o âmbito psicológico, tanto do paciente quanto da família do mesmo. Partindo dessa perspectiva, estudar a qualidade de vida desses pacientes pode oferecer compreensões sobre o real impacto da doença e de seu tratamento na vida dos indivíduos. Os recentes avanços no tratamento e a grande disponibilidade de métodos terapêuticos como quimioterápicos, técnicas cirúrgicas novas, apesar de oferecer bons resultados oncológicos, podem causar sequelas e uma série de distúrbios funcionais no paciente. Aqui entram as análises de qualidade de vida que atuarão como auxiliares aos cuidadores, médicos, família e ao próprio paciente, quanto à melhor postura frente ao câncer de laringe (VARTANIAN et al., 2007).

A postura ante esta nova realidade a comunicação e a reabilitação funcional que possibilite uma melhor qualidade de vida às pessoas portadoras de câncer de laringe – tem sido estudada, partindo da premissa de que este tipo de neoplasia atinge predominantemente a faixa etária acima dos 50 anos de idade, numa proporção de 4 homens para 1 mulher. Trata-se, portanto, de uma doença que compromete homens de meia idade, em plena atividade vital e laboral (CURIONI et al., 2002; SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006; ANDRADE; VIANA, 2006).

O diagnóstico precoce e a melhoria das taxas de sobrevivência sugerem que o câncer de laringe está se tornando uma das crescentes formas de doenças crônicas curáveis, nos mais idosos. Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço possuem peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no

seu tratamento justificando a necessidade de uma avaliação da qualidade de vida individualizada e sistematizada, em relação aos outros grupos de doenças e sítios oncológicos. Essas características são: perda de funções básicas (mastigação, deglutição, salivação, fala), perda de sensações gustativas e olfatórias, uso crônico e acentuado de bebida alcoólica e/ou fumo, relacionamento familiar deficiente, deformidade facial, presença de fenômenos depressivos e ansiedade em larga escala, além da diminuição acentuada ou perda da capacidade laborativa (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006; ANDRADE; VIANA, 2006).

A avaliação da qualidade de vida é de suma importância no tratamento dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço, pois estes geralmente causam significativo comprometimento estético e funcional. Outra importância nesta avaliação por questionários seria dada pela possibilidade de triagem desses pacientes para situações como depressão, alcoolismo e risco de incapacidade para o trabalho, direcionando o doente para um suporte assistencial adequado (VARTANIAN et al., 2007).

A qualidade de vida geralmente não é considerada um resultado clínico após quimioterapia ou laringectomia total, mas apresenta relação com o prognóstico. Sua definição é ampla, sem especificar as diferenças individuais em nível de estado emocional, físico, social e sexual (LOTEMPIO et al., 2005).

A necessidade de tratar rapidamente o paciente com câncer, por vezes, faz com que a proposta terapêutica seja embasada quase que exclusivamente no estadiamento da doença, deixando de examinar as questões relativas à qualidade de vida, que diferem de paciente para paciente, dependendo do local do tumor, seu estágio e o tipo de tratamento requerido. Estes reagem de forma diferente às sequelas do tratamento, como também podem valorizar diferentemente os seus sintomas (AMAR et al., 2002).

De um modo geral, já foi observado que pacientes com câncer avançado de laringe têm uma qualidade de vida relativamente boa, independente do tipo de tratamento recebido. Entretanto, diferenças aparecem quando particularizados os efeitos de radioquimioterapia ou cirurgia total, como a capacidade de deglutição, mastigação e fala, bem como a presença da dor, que varia de indivíduo para indivíduo (AMAR et al., 2002; LOTEMPPIO et al., 2005).

2.9.1 Avaliação da qualidade de vida em câncer de laringe: instrumentos de avaliação

A relação entre a qualidade de vida e a retirada da laringe tem sido objeto de inúmeros estudos e artigos, nem todos apresentando consistência e rigor metodológico. Ainda assim, é evidente que o paciente laringectomizado é, sem dúvida, alguém que sofreu uma mutilação, passando a viver sob o estigma da traqueostomia, com grande impacto em sua capacidade de comunicação pela voz. A maioria desses pacientes retira-se do convívio social, perdendo também seu convívio laboral. Entretanto, avaliar a qualidade de vida em pacientes cuja diversidade de sequelas e mutilações seja muito ampla, não chega a diferenciar com exatidão o que acontece com os laringectomizados em geral. É o caso da avaliação de pacientes que puderam ter seu aparelho fonador preservado e que não podem ser avaliados juntos com aqueles que o tiveram retirado (DORNFELD et al., 2007).

Os instrumentos utilizados para mensuração dessas variáveis, na maioria dos estudos, privilegiam aspectos como: relações sociais, estado psicológico, saúde física, prontidão para o trabalho e nível de independência, mas é preciso evitar distorções devido à idade dos pacientes. Inabilidade para o trabalho e nível de independência podem ser erroneamente interpretados, porque alguns dos pacientes diagnosticados com câncer de laringe pertencem à terceira idade, muitos são aposentados ou portadores de doenças crônico-degenerativas mais comuns na faixa etária entre os 50 e 60 anos de idade. É verdade que qualidade de vida pode ser encarada de modo falho ou subjetivo, mas deve-se levar em conta que a subjetividade não é considerada impedimento para que sejam aprimoradas as técnicas de mensuração desse conceito (MORENO; LOPES, 2002).

Nos últimos anos, a qualidade de vida vem sendo crescentemente relacionada entre os parâmetros de análise dos cânceres de cabeça e pescoço. O número de instrumentos criados para tal fim tem crescido constantemente, assim como os artigos e pesquisas nessa direção. Grande parte deles trata-se de questionários respondidos pelo próprio paciente. Isso reflete a importância da perspectiva do paciente para que se possa contribuir com seu tratamento, sobrevida e recorrência às funções físicas (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Diversos instrumentos específicos foram criados com o objetivo de quantificar a qualidade de vida para pacientes portadores do câncer de cabeça e pescoço. Caracterizam-se por serem questionários multifuncionais, que variam quanto ao número de questões globais relativas a: história sociofamiliar, domínios funcional, físico, emocional e a questões físicas relacionadas à estética, dor, articulação das palavras e funções orofaciais como mastigação, deglutição, além do paladar e produção de saliva (FURIA, 2006).

Ainda pode-se dizer que os questionários abordam, via de regra, grandes temas como: performance geral ou global, câncer geral, cabeça e pescoço, satisfação, personalidade e espiritualidade (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

É notória a falta de instrumentos direcionados aos profissionais cuidadores e familiares dos pacientes com câncer. E esta perspectiva também seria de grande importância, pois essas pessoas formam um grupo essencial no papel de apoio e recuperação dos pacientes. Seria de grande valia um estudo sobre a postura do profissional envolvido com o tratamento e da família do paciente com câncer, seja ele de cabeça e pescoço ou não. Poder-se-ia assim avaliar a dinâmica existente entre aqueles e o paciente e a influência que exercem sobre a “qualidade de vida relatada” do indivíduo em questão (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Os questionários ainda deveriam apresentar, incorporados em seu teor, a expectativa e a percepção do paciente frente ao tratamento, sua toxicidade, complicações, períodos de admissão hospitalares. Isso forneceria subsídios para melhorar as funções do paciente no pós-tratamento e o modo com que a seleção do tratamento foi aceita pelo mesmo (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Investigação sobre a qualidade de vida depois de laringectomia total ou parcial demonstrou não existir sensível diferença entre ambas as situações ainda que tenham grande impacto na vida de uma pessoa. A laringectomia total, em especial, afeta crucialmente funções como a respiração, a deglutição e a fala. As reações nesse sentido não dependem somente do estado físico dos pacientes, mas de fatores como a personalidade, a profissão, a idade, o ambiente cultural e o status social. Há pacientes que mostram uma atitude positiva quanto à sua doença, mas outros sofrem intensamente diante da menor mudança em sua voz. Os indivíduos que usam a voz como instrumento de trabalho são mais afetados do que outros depois de uma laringectomia total. Outro aspecto desafiante é a presença permanente da traqueostomia. Também os sentidos do olfato e do gosto se perdem,

o que é diferente num procedimento parcial. É evidente que uma qualidade de vida significativamente melhor será obtida (física e mental) nos indivíduos que tiverem a laringe preservada. Algumas vantagens da laringectomia parcial contribuem para melhor qualidade de vida, como poder nadar ou tomar banho de chuveiro sem maiores precauções. De um modo geral, porém, somente em alguns casos isolados há grande diferença na qualidade de vida entre os laringectomizados totais e os parciais (SEWNAIK et al., 2005).

A importância da análise da percepção do paciente frente a sua doença e frente ao tratamento por que passa é fundamental para sua recuperação. Há, nos resultados de pesquisas, uma nítida lacuna formada pela grande deficiência de se investigar as situações em que se pratica o tratamento paliativo, ou seja, em que a cura não é mais a meta a ser alcançada. Neste caso, a otimização da qualidade de vida do paciente seria de grande valia (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

Os maiores obstáculos para uma boa qualidade de vida nesses pacientes foram detectados com a instituição de traqueostomia e vias alternativas de alimentação, como a gastrostomia, entre outros (LOTEMPIO et al., 2005).

A alteração dos hábitos alimentares em pacientes submetidos a laringectomia parcial frontolateral e total foi estudada no Ambulatório de Voz do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. As pesquisas mostraram associação entre a laringectomia e dificuldades de deglutição, mas não se comprovou analogia entre a cirurgia e perda de peso. Os pacientes laringectomizados não se queixam necessariamente de disfagia, apenas requerem uma modificação na consistência dos alimentos, preferindo facilitar o processo de deglutição com líquidos e alimentos macios ao invés de sólidos. Estas mudanças na dieta podem afetar sua qualidade de vida. Os casos de laringectomia parcial frontolateral podem apresentar elevação insuficiente da laringe, resultando em falta de proteção sob a base da língua durante o processo de deglutição, permitindo, desta forma, que o alimento possa vir a ser aspirado, possibilitando uma pneumonia aspirativa. Na laringectomia total, as passagens respiratória e digestiva ficam completamente separadas, sendo necessária a traqueostomia, que prejudica a fala, mas não obrigatoriamente produz disfagia. Os profissionais de saúde, especialmente o fonoaudiólogo, devem ter bastante atenção para as alterações e adaptações dos padrões alimentares dos pacientes, para que dessa forma, possam ajudar os mesmos na melhoria de sua qualidade de vida da melhor maneira

possível, dentro dos limites causados pela cirurgia (PILLON; GONÇALVES; BIASE, 2004).

No sentido de avaliar a sensação de bem-estar e o estado funcional dos pacientes, é necessário que, ante a gama de questionários apresentados, desenvolva-se uma uniformização que permita uma utilização de todos os achados com a padronização dos questionários em um instrumento mais completo e eficaz (FURIA, 2006).

Ao analisar artigos sobre qualidade de vida em pacientes com câncer, notou-se que os questionários que procuram mensurar esta grandeza foram os métodos mais comuns de avaliação usados dentre todas as pesquisas, porém ressalta-se a grande variedade e diversidade de questionários. Em uma revisão sistemática de 35 artigos, publicados em periódicos científicos, conduzida para avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados, verificou-se que esta relação se encontra distante da abordagem multidimensional do constructo qualidade de vida conforme preconizado pelo WHOQOL (World Health Organization – Quality of life group) (MORENO; LOPES, 2002).

Dos instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, apenas em nove artigos, dos 35 artigos estudados, foi mencionado o uso de instrumentos padronizados. Quando a avaliação da qualidade de vida foi feita sem a utilização de instrumentos deu-se grande ênfase aos aspectos relacionados ao bem-estar físico, em detrimento de avaliações que contemplassem também o bem-estar social e psicológico (MORENO; LOPES, 2002).

Muitos artigos que têm como proposta a avaliação de aspectos da qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe, não conseguem alcançar tal objetivo, porque tratam da descrição de técnicas e/ou terapêuticas específicas que serão responsáveis por um dado ganho de qualidade de vida para os pacientes. Uma avaliação deste constructo não é válida, porque apenas a dimensão saúde física é considerada quando este tipo de abordagem se dá (LOTEMPIO et al., 2005; MORENO; LOPES, 2002).

Os questionários empregados no estudo da qualidade de vida podem ser divididos em: a) instrumentos genéricos, cujo objetivo é analisar a qualidade de vida do paciente independentemente da doença em questão, ou seja, uma avaliação global do estado funcional; b) instrumentos específicos ou questionários doença-específica que avaliam a qualidade de vida relacionada aos principais aspectos que

podem ser alterados especificamente pela doença em questão ou por sua terapia. Esses questionários são considerados mais precisos, menos influenciados por comorbidades e mais sensíveis a mudanças clínicas ao longo do tempo. Salienta-se que a avaliação global não deve ser rejeitada, avaliando os aspectos gerais e específicos relativos à doença. No entanto, sabe-se que uma avaliação desta envergadura é onerosa, demorada, longa, de difícil aplicação na prática diária e pode sobrecarregar os indivíduos doentes envolvidos resultando em sua indisposição em responder à avaliação. Assim sendo, a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço é feita por meio de questionários específicos capazes de mensurar os resultados terapêuticos referentes aos aspectos físicos, funcionais e psicossociais (VARTANIAN et al., 2007).

A avaliação da qualidade de vida faz-se pela aplicação de questionários específicos desenvolvidos para essa finalidade. Atualmente são vários os instrumentos empregados para analisar o modo de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, contudo nenhum deles pode ser considerado o *gold-standard*. O questionário, seja qual for, deve ser curto, conciso, fácil de entender, autoaplicado pelo paciente com o intuito de reduzir a interferência do profissional no contexto. Deve ainda ter baixo custo, mínimo de tempo para o preenchimento e validade (VARTANIAN et al., 2007).

Dentre os questionários desenvolvidos neste sentido, podem-se citar os mais utilizados: o University of Washington quality-of-life Head and Neck questionnaire (UW-QOL), Functional Assessment Cancer Therapy General (FACT-G), com sua variante para cabeça e pescoço (FACT-HN), que além dos aspectos gerais tratados pelos outros instrumentos ainda versa sobre o relacionamento com o médico. E por fim o European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-C30/HN35) muito utilizado para pacientes submetidos à radioterapia. Na Conferência Internacional sobre Qualidade de Vida realizada em 2002 nos Estados Unidos, foi sugerido que se aplicasse, para avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, um desses questionários visando uma maior uniformização na interpretação dos resultados e uma maior familiarização com os instrumentos de pesquisa (VARTANIAN et al., 2007).

Ainda podem ser citados outros questionários também utilizados na abordagem com pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço o *McMaster*

Head and Neck Radiotherapy Questionnaire (HNRQ), que destaca também questões como xerostomia, rouquidão e perda de energia (FURIA, 2006).

No entanto, a maioria dos questionários validados e mais empregados nos trabalhos catalogados e presentes na literatura foi do EORTC, seguido do UW-QOL. O primeiro é mais empregado quando se refere à qualidade de vida como um todo e o segundo quando se investiga principalmente as funções do paciente (ROGERS; AHAD; MURPHY, 2007).

De todos os questionários que avaliam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, o FACT-HN, EORTC-HN35 e UWQOL permitiram um melhor entendimento sobre a qualidade de vida desses pacientes (FURIA, 2006; VARTANIAN et al., 2007). No entanto, todos foram elaborados em outros países, cuja realidade cultural e linguística é diferente da brasileira. O FACT-G (General) foi desenvolvido por Cella e outros (1993) e trata-se de um instrumento multidimensional referente à qualidade de vida de pacientes com câncer. É constituído por 28 itens que podem ser suplementados por subescalas específicas, incluindo a subescala específica para câncer de cabeça e pescoço. É o caso do FACT-HN (LIST et al., 1996).

Em 1993, o questionário multidimensional FACT-G foi validado para o inglês com 28 itens, avaliando as dimensões física, funcional, social, bem-estar emocional e satisfação com a equipe cuidadora durante o tratamento (VARTANIAN et al., 2007). Em 1996, questões específicas ao câncer de cabeça e pescoço foram incluídas no FACT-G e o questionário foi validado para o inglês, criando-se assim, o FACT-HN. Este vem sendo reconhecido como instrumento importante no estudo do câncer de laringe (LIST et al., 1996). Este instrumento é fácil de aplicar e de completar e vem sendo correntemente usado em investigações clínicas desde sua criação (LIST et al., 1996; FURIA, 2006).

O FACT-HN é um questionário autoaplicável constituído de 28 perguntas gerais e 11 específicas para cabeça e pescoço. Todos os itens apresentam respostas (opções) ranqueadas, em uma escala que vai de 0 a 4. Os itens são combinados para descrever as funções do paciente em seis áreas: bem-estar físico, bem-estar social e familiar, relação com o médico, bem estar funcional e sintomas relacionados à cabeça e pescoço (LIST et al., 1996).

No processo de validação de aplicação clínica do FACT-HN este foi, assim como o PSS-HN, considerado habilitado a ser usado em pacientes com câncer de

cabeça e pescoço. Também se mostrou sensível ao status de tratamento, às atividades cotidianas em geral e às diferenças funcionais do paciente. Assim o FACT-HN oferece uma magnífica fonte de informação sobre o status do paciente com câncer de laringe, com relevância do uso de tais dados para a reabilitação, educação e avaliação do impacto e eficiência do tratamento. A subescala do FACT-HN se mostrou altamente sensível entre os pacientes tratados de maneiras diferentes assim como em relação às suas atividades diárias. O FACT-HN é validado, reproduzível e facilmente aplicado, pode, ainda, além de oferecer um panorama sobre a qualidade de vida do paciente em geral, ser bastante específico, mostrando os mesmos dados (qualidade de vida) em relação ao câncer de laringe (LIST et al., 1996).

Para a aplicação desse questionário em pacientes de outros países há que se fazer uma adaptação transcultural e linguística, devido às diferenças entre os povos. O FACT-HN foi traduzido para o português e validado como parte de dissertações e de teses. A metodologia de validação para o português foi regida pelo Center on Outcomes, Research & Education (CORE). A versão 3.0 do FACT-HN foi feita para o português do Brasil por Sawada em 2002, que realizou pré-teste em 15 pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Foram retiradas 5 questões e a referente à sexualidade se tornou opcional. As modificações foram revisadas pela Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT) e foi criada a versão FACT-HN 4.0. Este foi aplicado em 46 pacientes em sua validação, e a consistência interna das questões foi avaliada pelo alfa de Cronbach em uma escala de 0,86 (FURIA, 2006).

O questionário inclui em seu teor 5 domínios a saber: físico (7 questões), social-familiar (7 questões), emocional (6 questões), funcional (7 questões) e 12 questões específicas ao câncer de cabeça e pescoço. Utiliza-se, para fins de escores, a escala de Likert de 0 a 4. O instrumento é conciso, de fácil e rápida aplicação (5 minutos). Os escores são medidos nas subescalas individualmente e no total das 5 escalas, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, melhor é a qualidade de vida. O instrumento em discussão apresenta sensibilidade para a avaliação de pacientes seja na fase aguda de tratamento ou mais tardiamente, podendo ainda relacionar questões não específicas à doença e ao tratamento. O questionário deve ser preenchido, preferencialmente, pelo próprio paciente. Se este não for capaz de fazê-lo (nível sociocultural) um profissional da saúde treinado

poderá aplicá-lo, não sendo recomendado, para isso, o médico que o acompanha (VARTANIAN et al., 2007).

3 PROPOSIÇÃO

O câncer de laringe apresenta uma grande prevalência no Brasil e ainda uma grande morbimortalidade. Recentemente, no auxílio ao tratamento deste câncer, vêm sendo incorporados estudos sobre o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida dos pacientes portadores deste câncer.

4 HIPÓTESE

A qualidade de vida do paciente portador de câncer de laringe, laringectomizado ou não, pode ser influenciada por aspectos relacionados ao doente, à doença, ao tipo de tratamento (incluindo o reabilitador) ou a combinação destas variáveis?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Estimar a qualidade de vida e fatores relacionados em indivíduos submetidos ao tratamento de câncer de laringe em centros de referência para a assistência oncológica, localizados no Município de Juiz de Fora, Minas Gerais, com diagnóstico estabelecido entre os anos de 2001 a 2007.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população do estudo segundo características sociodemográficas, aspectos tumorais como tipo histopatológico, localização anatômica e estágio do tumor de laringe tratado;
- Identificar a frequência dos fatores de risco associados à etiologia do câncer de laringe;
- Identificar a satisfação do paciente frente ao processo de reabilitação.

6 JUSTIFICATIVA

Uma avaliação da qualidade de vida é importante ao se estudar o processo de adoecer e as formas de tratamento dos agravos à saúde, principalmente em doenças debilitantes como o câncer. Essas avaliações são baseadas na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e também são influenciadas pelo contexto sociocultural em que o doente está inserido. Assim sendo uma análise da posição do paciente, inserido em um contexto social, familiar e/ou hospitalar, frente à doença e à terapia é uma grande ferramenta em direção ao fornecimento de subsídios que poderão humanizar o processo de cuidar.

Por essa razão, o presente trabalho se justificou, pois se procedendo a avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe procurou-se oferecer mais uma importante ferramenta na avaliação do impacto deste agravo sobre o doente. A identificação e a descrição dos efeitos da doença e do tratamento na vida dos indivíduos resultam em mudanças nos procedimentos terapêuticos e de reabilitação e, conseqüentemente, auxilia o médico e o paciente na decisão de qual a melhor maneira de tratar tal agravo à saúde.

7 SUJEITOS E MÉTODOS

7.1 Delineamento do estudo e a população alvo

Tratou-se de um estudo transversal feito em 02 instituições hospitalares de referência para atendimento oncológico do município de Juiz de Fora, Minas Gerais: Instituto Oncológico, Hospital ASCOMCER, no qual foi avaliada a qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe durante o período de janeiro de 2008 a setembro de 2008.

7.2 Critérios de elegibilidade

7.2.1 Critérios de inclusão

Nos critérios de inclusão enquadraram-se pacientes diagnosticados e tratados no município de Juiz de Fora, faixa etária acima de 18 anos; com algum grau de instrução; tumor primário localizado em C32- laringe (CID-10) (ANEXO A) no mínimo 1 ano de sobrevida com diagnóstico estabelecido no período compreendido entre 2001 a 2007.

Todos os pacientes consentiram em assinar o TCLE, após informação sobre o estudo.

7.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes identificados nos arquivos dos hospitais que foram a óbito.

7.3 Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida

Foram utilizados 02 questionários:

- Questionário com questões exploratórias que possam influenciar na qualidade de vida, reunindo variáveis como nível de escolaridade, situação atual profissional, consumo de tabaco e de álcool além de questões sobre o tratamento. Estas variáveis foram analisadas como preditoras do desfecho que é a qualidade de vida (ANEXO B).
- Questionário Functional Assessment Cancer Therapy (FACT-HN) criado e validado na língua inglesa e submetido à tradução e adaptação estrutural para o português sob orientação da Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT) (ANEXO C). Permitiu a avaliação da variável de desfecho, a qualidade de vida. O questionário é multidimensional e autoaplicativo, inclui 5 domínios, utilizando-se a escala de Likert de pontuação de cinco pontos de 0 a 4. O instrumento apresenta escores finais das subescalas e totais das escalas globais, sendo que quanto maior for o escore melhor será a qualidade de vida (ANEXO D).

A utilização do questionário (FACT-HN) nesta pesquisa foi autorizado pela FACIT (ANEXO E).

7.4 Coleta dos dados

Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO F) e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO G) por parte do paciente, durante as consultas ambulatoriais, os pacientes foram entrevistados, pela fonoaudióloga, autora do projeto, sem a presença do médico assistente em espaço reservado para este fim, dentro da própria instituição.

Os pacientes não foram identificados individualmente, bem como não houve comparações entre os escores referentes ao questionário de qualidade de vida de acordo com a instituição em que se realizou o tratamento.

7.5 Análise estatística

O banco de dados foi digitado no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 15.0 (STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES INCORPORATION, 2006), e o mesmo programa foi utilizado para análise estatística. Esta consistiu na análise descritiva de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas.

Para a comparação dos escores de qualidade de vida do FACT-HN, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínico-funcionais foram utilizados o teste t-student e análise de variância (ANOVA). A análise multivariada foi realizada por meio da regressão linear múltipla utilizando-se a técnica enter. Para a inclusão no modelo multivariado foram selecionadas as variáveis com valores de $p \leq 0,20$ na análise bivariada; estas permaneceram no modelo multivariado final, desde que com valores de $p \leq 0,10$.

7.6 Considerações éticas

O presente estudo atendeu aos requisitos da Declaração de Helsinque e às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Propesq/UFJF em 22 de novembro de 2007, sob parecer nº. 308/2007 (ANEXO F).

Os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o TCLE, em duas vias, recebendo todas as explicações acerca da pesquisa (ANEXO G).

8 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nos artigos que se seguem:

Artigo 1 – CÂNCER DE LARINGE: UM OLHAR SOBRE QUALIDADE DE VIDA. Artigo submetido à “Revista do CEFAC” “Qualis B5”, sob protocolo número 34-09 (ANEXO H).

Artigo 2 – ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM CÂNCER LARÍNGEO NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL. Artigo submetido à revista indexada, “Qualis B1”, “Otolaryngology- Head and neck Surgery” como mostra o Anexo I.

9 CONCLUSÃO

Os aspectos relacionados ao doente, à doença, ao tipo de tratamento ou mesmo à combinação desses fatores interferem direta ou indiretamente na evolução do câncer de laringe. Do mesmo modo, estes fatores também são relacionados a um tópico de destaque: a qualidade de vida do paciente após o diagnóstico/tratamento do câncer. Desta forma os sintomas, as causas, a tipologia e o estadiamento tumoral, além do tratamento e suas sequelas, devem estar presentes em uma avaliação desta qualidade de vida.

Sabe-se hoje que essas avaliações vêm assumindo uma grande importância no tratamento dos cânceres em geral como também no câncer laríngeo, pois são baseadas na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e são influenciadas pelo contexto sociocultural no qual o doente se encontra. Assim sendo, uma análise da posição do paciente, inserido em um contexto social, familiar e/ou hospitalar, frente à doença e à terapia, constitui-se em uma grande ferramenta na direção do fornecimento de subsídios humanizadores do processo de cuidar.

Nesta presente investigação de campo pôde-se notar que a qualidade de vida dos pacientes envolvidos no estudo foi satisfatória, sendo influenciada pelos fatores sociodemográficos; socioeconômicos e clínico-funcionais, ou seja, vários aspectos da vida do doente são envolvidos na terapia e nas sequelas delas advindas.

Foi mostrado na análise bivariada que em todos os segmentos do questionário FACT-HN (TOI, FACTG e FACTHN) houve aparente influência de fatores sociodemográficos (sexo, anos de escolaridade) e clínico-funcionais (estadiamento T, aceitação da modalidade terapêutica conduzida, tratamento fonoaudiológico e nutricional) na qualidade de vida dos pacientes.

Cabe destacar que algumas variáveis (escolaridade e análise do tratamento recebido) foram comuns aos três domínios que constituem o FACT-HN, mantendo-se estatisticamente associadas na análise multivariada entre todos os três escores do referido questionário.

Neste estudo foi possível chamar a atenção para os inúmeros fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, auxiliando na compreensão do tema. Os resultados ainda suscitam o fato

de que se torna necessária uma reabilitação funcional específica e geral somada à reabilitação social do paciente, garantindo-lhe melhor qualidade de vida. Ressalta-se ainda os melhores escores em qualidade de vida para os pacientes que se submeteram a um tratamento fonoaudiológico, ratificando a importância deste atendimento na reabilitação de tais pacientes.

Apesar do potencial viés de sobrevida, que pode ter superestimado a qualidade de vida da amostra analisada, o presente estudo contribui para o referencial teórico que permite a incorporação de estudos sobre qualidade de vida como um dos itens de avaliação para a determinação da conduta terapêutica e reabilitadora de pacientes com câncer de laringe. O adequado referenciamento para serviços multidisciplinares de reabilitação, como o fonoaudiológico, pode ser decisivo para minimizar efeitos agudos ou tardios do tratamento para tumores de laringe sobre as funções diárias dos indivíduos.

Neste sentido, mesmo logrando uma importante contribuição para o assunto em pauta, faz-se mister o adensamento de discussões acerca do mesmo assim como se faculta o surgimento de novas investigações e pesquisas complementares à presente.

Desta maneira, a humanização do tratamento do paciente com câncer laríngeo e a observação de sua qualidade de vida romperão as raias do ideal e se tornarão prática comum também neste tipo de terapia, respeitando a posição do paciente e seus anseios e devolvendo-lhe o direito ao desempenho de suas funções diárias normais.

REFERÊNCIAS

- AMAR, A. et al. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.68, n.3, p.400-403, maio 2002.
- AMAR, A. et al. Sobrevida após recidiva intratável do carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.267-269, set./out. 2005.
- AMPIL F. L. et al. Total laryngectomy and postoperative radiotherapy for T4 laryngeal cancer: A 14- year review. **American Journal of Otolaryngology**. New York, v.25, n.2, p.88-93, mar./apr. 2004.
- ANDRADE, L. M.; VIANA, A. M. F. C. S. Estudo das complicações pós-radioterapia para o tratamento de tumores de cabeça e pescoço pra o aumento da qualidade de vida. **Revista Dentística**. Santa Maria/RS, v.7, n.14, p.31-37, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/dentisticaonline>>. Acesso em: 20 jul. 2007.
- ASLAN, I. et al. The functional and oncology effectiveness of near total laryngectomy. **American Journal Otolaryngology**, New York, v.23, n.4, p.162-202, july/aug. 2002.
- BAHIA, S. H. A. **Câncer e Exposições ocupacionais no Setor Madeireiro, na Região Norte do Brasil**. 2001. 97f. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde pública/ FIOCRUZ. Universidade Federal do Pará, 2001.
- BARROS, A. P. B. et al. A laryngeal Communication Effectiveness And Long Term Quality Of Life. **Applied Cancer Research**. São Paulo, v.25, n.4, p.190-196, out./dez. 2005.
- BARROS, A. P. B. et al. Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo, v.36, n.1, p.32-37, jan./mar.2007.
- BEHLAU, M. et al. Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. In: BEHLAU, M. (Org.) **Voz: O livro do Especialista**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 213-277.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional da Nova estratégia para combate ao câncer**. Rede de Atenção Oncológica propõe reorganizar prevenção e tratamento, da atenção básica aos serviços de alta complexidade. [200-]a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24469>. Acesso em: 29 ago. 2007.
- . Ministério da Saúde. **Levantamento avalia situação do câncer no Brasil**. Publicação do Inca aponta fatores de risco para a doença e propõe medidas de controle. [200-]b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25441>. Acesso em: 29 ago. 2007.

CATTARUZZA M. S.; MAISONNEUVE, P.; BOYLE, P. Epidemiology of Laryngeal Cancer. Oral Oncology. **European Journal of Cancer**, Milão, v.32B, n.5 p.293-305, Jan. 1996.

CELLA, D.F. et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v.11, p.570-579, mar. 1993

COELHO, F. M. R.; SAWADA, N. O. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.103-107, dez. 1999.

COSTA, C. C. et al. Resultado do tratamento cirúrgico das neoplasias do seio piriforme. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.69, n.1, p.29-33, jan./fev. 2003.

CURIONI, O. A. et al. Resultados oncológicos da laringectomia parcial no carcinoma glótico inicial. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.68, n.5, p.673-677, set./out. 2002.

DORNFELD K. et al. Radiation doses to structures within and adjacent to the larynx are correlated with long term diet and speech related quality of life. **International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics**, New York, v.68, n.3, p.750-757, July 2007.

ESTRELA, F.; ELIAS, V.; MARTINS, V. Reabilitação do paciente disfágico em cirurgia de cabeça e pescoço. In: JACOBI, J.S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.233-276.

FARIA, M.A. M.; ALMEIDA, J.W.R.; ZANETTA, D.M.T. Mortalidade por câncer na região urbano-industrial da Baixada Santista. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.3, p.255-261, junho 1999.

FLECK, M.P.M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, p.19-28, jan./mar. 1999.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.2, p.75-86, abr. 1991.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO–FOSP. **Registro Hospitalar de Câncer**. [200-]. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2007.

FUNG, K. et al. Voice and swallowing outcomes of an organ preservation trial for advanced laryngeal cancer. **International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics**, New York, v.63, n.5, p.1395-1399, dec. 2005.

FURIA, C.L.B. **Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo**: estudo multicêntrico. 2006. 101f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GOIATO, M.C. et al. Perfil de pacientes acometidos por câncer de laringe atendidos no centro de oncologia bucal – UNESP. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.21, n.51, p.3-8, jan./mar. 2006.

HADDAD, L. et al. Avaliação da voz em pacientes submetidos à cordectomia com laser de CO₂. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.72, n.3, p.295-302, maio/jun. 2006.

HASHIBE, M. et al. Contribution of Tobacco and Alcohol to the High Rates of Squamous Cell Carcinoma of the Supraglottis and Glottis in Central Europe. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v.165, n.7, p.814-820, apr. 2007.

INOUE, D.P.; AMAR, A.; CERVANTES, O. Marcadores tumorais no câncer de laringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v.34, n.1, p. 1-14, jan./abr. 2005.

JOTZ, G.P. et al. Estudo Experimental da Erva Mate (*Ílex Paraguariensis*) como Agente Etiológico de neoplasia do Trato Aéreo-digestivo. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.10, n.4, p. 306-311, jan./mar. 2006.

KOWALSKI, L. P. et al. Looking beyond tobacco and alcohol: the role of lifestyle and other environmental risk factors for laryngeal cancer. **Applied Cancer Research**, New York, v.25, n.1, p.10-19, Jan./Mar. 2005.

LEEPER, H. A. et al. Acoustical aspects of vocal function following radiotherapy for early T1a laryngeal cancer. **Journal of Voice**, Canadá, v.16, n.2, p.289-302, jun. 2002.

LIST, M.A. et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale. **Cancer**, Atlanta, v.77, n.11, p.2294-2301, june 1996.

LOTEMPIO, M.M. et al. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. **Otolaryngology-Head & Neck Surgery**, Los Angeles, v.132, n.6, p.948-953, jun. 2005.

MACIEL, S.M. **A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF**: elementos para uma política pública renovada de saúde bucal. 2003. 164f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MANFRO G. et al. T. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermoide de

laringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.17-24, jan./mar. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer–INCA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV)**. [200-]a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=51>. Acesso em: 22 jul. 2007.

———. Instituto Nacional do Câncer–INCA. **Câncer de Laringe**. [200-]b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=332>. Acesso em: 22 jul. 2007.

———. **Estadiamento**. [200-]c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=54#>. Acesso em: 22 jul. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **TNM Classificação de tumores malignos**. Tradução de Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.

MORENO, A.B.; LOPES, C.S.; Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.81-92, jan./fev. 2002.

MOWRY, S.E. et al. Quality of life in advanced oropharyngeal carcinoma after chemoradiation versus surgery and radiation. **Otolaryngology-Head & Neck Surgery**, Los Angeles, v.135, n.4, p.565-570, oct. 2006.

PEREIRA, A. C. et al. O papel das MMP-2 no desenvolvimento do carcinoma epidermoide. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.3, p.257-262, jan./mar. 2006.

PILLON, J.; GONÇALVES, M.I.R.; BIASE, N.G. Changes in eating habits following total and frontolateral laryngectomy. **Medical Journal**, São Paulo, v.122, n.5, p.195-199, Sep. 2004.

ROGERS, S.N.; AHAD, S.A. MURPHY, A.P. A structured review and theme analysis of papers published on quality of life in head and neck cancer: 2000-2005. **Oral Oncology**, Oxford, v.43, n.9, p.843-868, Oct. 2007.

SARTOR, S.G. et al. Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1473-1481, jun. 2007.

SAWADA, N.O.; DIAS, A.M.; ZAGO, M.M.F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.4, p.323-329, out./dez. 2006.

SCHINDLER, A. et al. Long-term voice and swallowing modifications after supracricoid laryngectomy: objective, subjective, and self- assessment data. **American Journal of Otolaryngology**, New York, v.27, p.378-383, Nov./Dec. 2006.

SCHULTZ, C.J. et al. L. Risk Factors Which Predict Persistent Cancer in the Abnormal Larynx Following Definitive Irradiation. **European Journal of Cancer**, Milão, v.31B, n.5 p.310-314, Nov. 1995.

SEWNAIK, A. et al. Surgery for recurrent laryngeal carcinoma after radiotherapy: partial laryngectomy or total laryngectomy for a better quality of life? **Otolaryngology-Head & Neck Surgery**, Los Angelis, v.132, n.1, p.95-98, jan. 2005.

SILVA, A.E.; SERAKIDES, R.; CASSALI, G.D.R. Carcinogênese hormonal e neoplasias hormônio-dependentes. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.34, n.2, p.625-633, mar./abr. 2004.

SILVA, A.M.T.C. et al. Genotipagem de Papiloma Vírus Humano em paciente com papilomatose laríngea recorrente. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.3, p.167-174, jul./set. 2003.

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES INCORPORATION. **SPSS for Windows**. Release 15.0. Chicago: SPSS Inc., 2006.

STRAIF, K. et al. Exposure to Nitrosamines, Carbon Black, Asbestos, and Talc and Mortality from Stomach, Lung, and Laryngeal Cancer in a Cohort of Rubber Workers. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v.152, n.4, p.297-306, Aug. 2000.

VARTANIAN J.G. et al. Questionários para a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo, v.36, n.2, p.108-115, abr./jun. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Impact of Cancer**. [200-]. Disponível em: <http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfobasePolicymaker/reports/Rep>. Acesso em: 11 out. 2007.

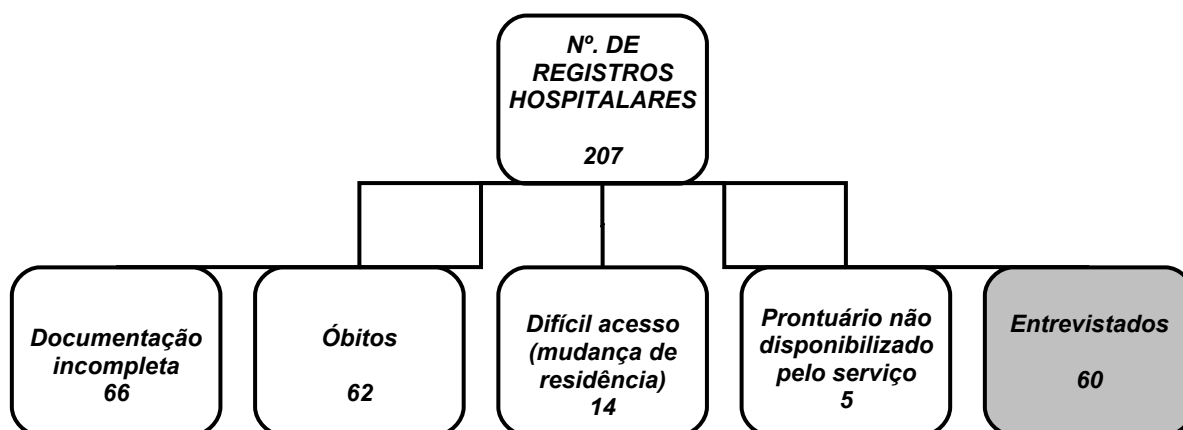
WÜNSCH FILHO, V.; MONCAU, J.E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais, **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n.3, p.250-257, jul./set. 2002.

WÜNSCH FILHO, V. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.122, n.5, p.188-194, set./out. 2004.

APÊNDICES

APÊDICE A – COMPLEMENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.

Os resultados obtidos nessa pesquisa e que não foram apresentados nos artigos anteriores estão apresentados a seguir. A amostra foi constituída conforme ilustra o fluxograma abaixo.



As Tabelas de 1 a 5 mostram a distribuição dos entrevistados de acordo com as características sócio-demográficas; sócio-econômicas; clínico-funcionais; funcionais e quanto ao atendimento multiprofissional. Já as Tabelas de 6 a 11 mostram os resultados da análise descritiva da aplicação do FACT-HN.

Tabela 1
Distribuição de pacientes segundo as variáveis sociodemográficas,
Juiz de Fora, Brasil, 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	57	95,0
Feminino	3	5,0
Idade (anos)		
<60	16	26,7
>60	44	73,3
Raça		
Branca	45	75,0
Não branca	15	25,0
Escolaridade		
Fundamental (incompleto e completo)	36	60,0
Médio	21	35,0
Superior (incompleto e completo)	3	5,0
Estado civil		
Casado/união livre	39	65,0
Separado/divorciado/viúvo	20	33,3
Solteiro	1	1,7
Frequência religiosa		
Não	16	26,7
Sim	26	43,3
Ocasionalmente	18	30,0
Religião		
Católica	50	83,3
Espírita	3	5,0
Evangélico	6	10,0
Sem religião	1	1,7
Consumo tabaco		
Nunca fumou	9	15,0
Fumava antes do diagnóstico	45	75,0
Fumava antes e continua	6	10,0
Consumo álcool		
Nunca bebeu	17	28,4
Bebia antes do diagnóstico	26	43,3
Bebia antes e continua	17	28,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2
Distribuição de pacientes segundo as variáveis socioeconômicas,
Juiz de Fora, Brasil, 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Profissão		
Braçal	41	68,3
Comércio	6	10,0
Do lar	2	3,3
Superior/gerência	7	11,7
Técnico/administrativo	4	6,7
Situação profissional		
Ativo	6	10,0
Aposentado por invalidez devido ao câncer	15	25,0
Aposentado	39	65,0
Assistência de saúde		
SUS		
Não SUS	45	75,0
	15	25,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3
Distribuição de pacientes segundo as variáveis clínico-funcionais,
Juiz de Fora, Brasil, 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Localização anatômica do tumor		
Glótico	27	45,0
Glótico e infraglótico	7	11,7
Glótico e supraglótico	5	8,3
Supraglótico	13	21,7
Supraglótico, glótico e infraglótico	3	5,0
Indeterminado	5	8,3
Estádio T		
T1	18	30,0
T2	10	16,7
T3	12	20,0
T4	12	20,0
X	8	13,3
Estádio N		
N0	29	48,3
N1	7	11,7
N2	5	8,3
N3	2	3,3
X	17	28,4
Estádio M		
M0	39	65,0
M1	1	1,7
X	20	33,3
Tratamento		
Cirurgia	5	8,5
Quimioterapia	3	5,0
Radioterapia	9	15,0
Cirurgia e quimioterapia	2	2,3
Cirurgia e radioterapia	19	32,2
Quimioterapia e radioterapia	9	15,0
Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	13	22,0
Análise do tratamento recebido		
Não sei	1	1,7
Teria feito o mesmo	55	91,7
Não teria feito cirurgia	1	1,7
Não teria feito radioterapia	1	1,7
Não teria tratado	2	3,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: T – Extensão do tumor primário

N – Metástase em linfonoma regional

M – Metástase à distância

X – Tumor não pode ser avaliado

Tabela 4
Distribuição de pacientes segundo as variáveis de características funcionais,
Juiz de Fora, Brasil, 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Alimentação</i>		
Via oral	60	100,0
<i>Traqueostomia</i>		
Definitiva	25	41,7
Nenhuma	26	43,3
Provisória	9	15,0
<i>Dentição</i>		
Ausente	28	46,7
Parcial	19	31,7
Completa	13	21,6
<i>Dentição/prótese</i>		
Dentição presente completa	11	18,4
Dentição presente parcial/prótese parcial	12	20,0
Dentição presente parcial/prótese ausente	8	13,3
Dentição ausente/prótese parcial ou total	26	43,3
Dentição ausente/prótese ausente	3	5,0
<i>Comunicação</i>		
Escrita	2	3,3
Esofágica	4	6,7
Gestos	5	8,3
Laríngea	36	60,0
Sussurro	13	21,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5
Distribuição de pacientes segundo as variáveis do atendimento
multiprofissional, Juiz de Fora, Brasil, 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Fonoaudiologia</i>		
Tratamento finalizado	17	28,3
Sem agendamento	1	1,7
Sem encaminhamento	19	31,7
Em tratamento	9	15,0
Desistência	14	23,3
<i>Fisioterapia</i>		
Tratamento finalizado	5	8,3
Sem agendamento	51	85,0
Sem encaminhamento	2	3,3
Em tratamento	2	3,3
Desistência	-	-
<i>Nutrição</i>		
Tratamento finalizado	10	16,7
Sem agendamento	2	3,3
Sem encaminhamento	48	80,0
Em tratamento	-	-
Desistência	-	-
<i>Odontologia</i>		
Tratamento finalizado	3	5,0
Sem agendamento	2	3,3
Sem encaminhamento	52	86,7
Em tratamento	3	5,0
Desistência	-	-
<i>Psicologia</i>		
Tratamento finalizado	3	5,0
Sem agendamento	3	5,0
Sem encaminhamento	52	86,6
Em tratamento	1	1,7
Desistência	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6
Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão e percentual de pacientes no quartil superior do escore.

<i>Variáveis (escore máximo)</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Median a</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>	<i>% pac. no quartil superior do escore</i>
BEF (28)	7,0	28,0	23,0	21,8	5,2	73,5
BESF (28)	8,0	28,0	24,0	22,8	4,5	65,3
BEE (24)	0,0	24,0	20,0	19,0	4,9	68,4
BEFUNC (28)	0,0	28,0	23,5	21,8	7,2	68,7
PACP (36)	10,0	36,0	30,0	27,7	6,8	71,8
TOI (92)	23,0	91,0	77,5	71,3	16,6	70,0
FACTG (108)	24,0	107,0	91,0	85,3	18,7	98,0
FACTHN (144)	39,0	140,0	122,0	112,8	23,6	75,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: BEF – Bem-estar Físico

BESF – Bem-estar Social/Familiar

BEE – Bem-estar Emocional

BEFUNC – Bem-estar Funcional

PACP – Preocupações adicionais de Câncer de Cabeça e Pescoço

Tabela 7
Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores das
médias para os segmentos TOI, FACTG e FACTHN, para as variáveis
sociodemográficas e estilo de vida

Variáveis	TOI		FACTG		FACTHN	
	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>
Sexo		0,09		0,20		0,14
Masculino	72,2 (16,6)		86,0 (18,8)		113,7 (23,6)	
Feminino	55,7 (8,1)		71,8 (11,9)		93,0 (15,5)	
Raça		0,06		0,94		0,87
Branca	71,6 (16,6)		85,4 (19,6)		113,0 (24,5)	
Não branca	70,5 (17,2)		85,0 (16,5)		111,8 (21,6)	
Escolaridade		0,01		0,11		0,08
Fundamental/médio incompleto	68,9 (17,4)		83,0 (20,2)		109,2 (25,1)	
Médio completo /superior	80,4 (10,0)		93,5 (10,8)		125,1 (13,1)	
Estado civil		0,06		0,16		0,11
Casado	74,3 (14,1)		87,8 (16,5)		116,3 (20,1)	
Solteiro	66,0 (19,7)		80,6 (22,0)		106,8 (28,4)	
Idade		0,44		0,87		0,63
<60	69,0 (20,8)		86,0 (20,6)		110,3 (27,8)	
>60	72,2 (15,0)		85,1 (18,3)		113,6 (28,4)	
Tabaco		0,88		0,02		0,07
Fumava/ continua fumando	69,9 (17,0)		83,0 (18,9)		110,4 (24,3)	
Nunca fumou	79,8 (12,4)		98,0 (12,7)		125,6 (22,2)	
Álcool		0,83		0,90		0,78
Ex-etilista/etilista atual	71,0 (14,8)		85,3 (15,4)		112,8 (19,9)	
Nunca bebeu	72,0 (21,2)		85,4 (26,0)		112,5 (32,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores das médias para os segmentos TOI, FACTG e FACTHN, para as variáveis socioeconômicas

<i>Variáveis</i>	<i>TOI</i>		<i>FACTG</i>		<i>FACTHN</i>	
	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>
<i>Profissão</i>		0,98		0,04		0,95
Braçal	71,3 (15,4)		85,6 (16,7)		112,6 (21,3)	
Não braçal	71,4 (19,5)		84,8 (23,0)		113,0 (28,5)	
<i>Situação profissional</i>		0,26		0,04		0,33
Ativo	77,5 (15,1)		93,4 (14,9)		120,3 (20,2)	
Inativo	70,4 (16,8)		84,1 (19,1)		111,5 (24,0)	
<i>Assistência saúde</i>		0,27		0,45		0,23
SUS	69,9 (18,1)		84,2 (20,5)		110,6 (25,9)	
Não SUS	75,3 (11,3)		88,4 (13,0)		118,5 (14,8)	

Fonte: Dados da pesquisa.

TABELA 9

Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores das médias para os segmentos TOI, FACTG e FACTHN, para as variáveis clínicas

Variáveis	TOI		FACTG		FACTHN	
	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>
Localização anatômica		0,92		0,97		0,95
Glote	71,5 (16,7)		85,3 (20,3)		112,6 (25,0)	
Outras	71,0 (14,3)		85,5 (15,2)		113,0 (20,6)	
Estádio T		< 0,01		0,04		0,02
T1 e T2	76,6 (14,3)		90,2 (16,5)		119,3 (19,8)	
T3 e T4	64,3 (18,4)		79,3 (21,8)		103,3 (27,4)	
X	74,0 (12,1)		86,4 (11,3)		118,0 (14,7)	
Estádio N		0,22		0,10		0,30
N0	77,2 (20,8)		91,5 (13,4)		120,4 (17,1)	
N1 N2 N3	56,2 (20,8)		71,6 (25,3)		92,7 (31,1)	
X	73,8 (11,0)		86,1 (15,1)		116,0 (16,9)	
Estádio M		0,42		0,30		0,79
M0	71,7 (16,8)		84,3 (19,1)		111,3 (23,9)	
M1	65,0 (,0)		94,0 (,0)		112,0 (,0)	
X	71,0 (17,2)		87,0 (18,7)		115,5 (24,0)	
Tratamento		0,09		0,20		0,42
Tratamentos isolados	79,2 (8,6)		91,2 (10,8)		122,7 (13,1)	
Tratamentos associados	68,7 (17,9)		83,4 (20,5)		109,4 (25,4)	
Análise do tratamento recebido		0,15		0,16		0,15
Teria feito o mesmo	74,3 (12,6)		88,6 (14,1)		117,0 (17,4)	
Não teria feito o mesmo	44,7 (25,2)		55,7 (29,6)		74,2 (37,1)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: T – Extensão do tumor primário
 N – Metástase em linfonodo regional
 M – Metástase à distância
 X – Tumor não pode ser avaliado

Tabela 10

Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores das médias para os segmentos TOI, FACTG e FACTHN, para as variáveis de características funcionais

<i>Variáveis</i>	<i>TOI</i>		<i>FACTG</i>		<i>FACTHN</i>	
	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>	<i>média (dp)</i>	<i>p</i>
<i>Traqueostomia</i>		0,02		0,14		0,05
Definitiva	65,5 (17,9)		81,1 (19,7)		105,6 (25,6)	
Não/provisória	75,5 (14,5)		88,3 (17,7)		117,8 (25,6)	
<i>Dentição/prótese</i>		0,59		0,91		0,001
Completa	75,8 (11,1)		91,4 (11,5)		121,3 (15,7)	
Ausente ou parcial/ausente	70,4 (15,5)		83,1 (18,1)		109,2 (22,0)	
Ausente ou parcial presente	70,2 (18,4)		84,0 (20,6)		111,0 (25,8)	
<i>Comunicação</i>		0,04		0,22		0,09
Laríngea	74,8 (15,3)		87,7 (18,2)		116,7 (22,1)	
Não laríngea	65,7 (17,5)		81,5 (19,4)		106,2 (25,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Análise descritiva dos resultados da aplicação do FACT-HN, com valores das médias para os segmentos TOI, FACTG e FACTHN, para as variáveis relativas ao atendimento multiprofissional

Variáveis	TOI		FACTG		FACTHN	
	média (dp)	p	média (dp)	p	média (dp)	p
Fonoaudiologia		0,06		0,05		0,04
Sem encaminhamento	78,2 (9,2)		92,5 (11,3)		122,4 (13,5)	
Tratamento finalizado/em	70,0 (18,2)		85,0 (20,7)		111,5 (25,6)	
tratamento	64,9 (18,8)		76,8 (20,1)		102,5 (26,5)	
Desistência/Sem agendamento						
		< 0,001		<		< 0,01
Nutrição	74,1 (14,3)		88,2 (16,3)	0,01	116,8 (20,1)	
Sem encaminhamento	67,6 (13,6)		81,8 (15,5)		106,7 (20,3)	
Tratamento finalizado/em	24,0 (1,4)		33,0 (12,7)		45,5 (9,2)	
tratamento						
Desistência/Sem agendamento		0,33				0,54
	72,5 (16,3)		86,1 (18,2)	0,72	114,0 (23,2)	
Odontologia	66,0 (20,2)		80,5 (25,4)		105,0 (30,4)	
Sem encaminhamento	57,5 (10,6)		79,5 (20,5)		101,5 (14,9)	
Tratamento finalizado/em						
tratamento		0,30				0,33
Desistência/Sem agendamento	73,0 (16,0)		86,2 (18,7)	0,41	114,3 (23,4)	
	59,6 (20,1)		76,9 (20,4)		100,1 (26,5)	
Fisioterapia	70,5 (10,6)		92,5 (10,6)		115,5 (10,6)	
Sem encaminhamento						
Tratamento finalizado/em		0,90				0,01
tratamento	72,4 (15,2)		86,7 (16,8)	0,01	114,6 (21,1)	
Desistência/Sem agendamento	76,7 (11,8)		94,3 (9,0)		122,3 (13,2)	
	52,2 (28,0)		59,8 (31,4)		80,8 (40,2)	
Psicologia						
Sem encaminhamento						
Tratamento finalizado/em						
tratamento						
Desistência/Sem agendamento						

Fonte: Dados da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO TNM

Laringe

(CID-O C32.0, 1, 2, C10.1)

Regras para Classificação

A classificação é aplicável somente para carcinomas. Deve haver confirmação histológica da doença.

Os procedimentos para avaliação das categorias T, N e M são os seguintes:

- Categorias T Exame físico, laringoscopia e diagnóstico por imagem
- Categorias N Exame físico e diagnóstico por imagem
- Categorias M Exame físico e diagnóstico por imagem

Localizações e sublocalizações anatômicas

1. Supraglote (C32.1)

(i) Epiglote supra-hioidea [incluindo extremidade, superfícies lingual (anterior) (C10.1) e laríngea

(ii) Prega ariepiglótica, face laríngea

(iii) Aritenoide

(iv) Epiglote infra-hioidea

(v) Bandas ventriculares (falsas cordas)

(epilaringe incluindo zona marginal)

supraglote, excluindo a epilaringe)

2. Glote (C32.0)

(i) Cordas vocais (verdadeiras)

(ii) Comissura anterior

(iii) Comissura posterior

3. Subglote (C32.2)

Linfonodos Regionais

Os linfonodos regionais são os cervicais.

TNM - Classificação Clínica

T - Tumor Primário

- TX O tumor primário não pode ser avaliado
- T0 Não há evidência de tumor primário
- Tis Carcinoma *in situ*

Supraglote

- T1 Tumor limitado a uma sublocalização anatômica da supraglote, com mobilidade normal da corda vocal.
- T2 Tumor que invade a mucosa de mais de uma sublocalização anatômica adjacente da supraglote ou a glote ou região externa à supraglote (p. ex., a mucosa da base da língua, a valécula, a parede medial do seio piriforme), sem fixação da laringe
- T3 Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal e/ou invasão de qualquer uma das seguintes estruturas: área pós-cricoide, tecidos pré-epiglóticos, espaço para-glótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tireoide (p. ex., córtex interna)
- T4a Tumor que invade toda a cartilagem tireoide e/ou estende-se aos tecidos além da laringe, p. ex., traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), alça muscular, tireoide e esôfago
- T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente a artéria carótida

Glote

- T1 Tumor limitado à(s) corda(s) vocal(ais) (pode envolver a comissura anterior ou posterior), com mobilidade normal da(s) corda(s)
- T1a Tumor limitado a uma corda vocal
- T1b Tumor que envolve ambas as cordas vocais
- T2 Tumor que se estende à supraglote e/ou subglote, e/ou com mobilidade diminuída da corda vocal
- T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou que invade o espaço para-glótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tireoide (p.ex., córtex interna)
- T4a Tumor que invade completamente a cartilagem tireoide, ou estende-se aos tecidos além da laringe, p.ex., traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos os profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), alça muscular, tireoide e esôfago
- T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente a artéria carótida

Subglote

- T1 Tumor limitado à subglote
- T2 Tumor que se estende à(s) corda(s) vocal(ais), com mobilidade normal ou reduzida
- T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal
- T4a Tumor que invade a cartilagem cricoide ou tireoide e/ou estende-se a outros tecidos além da laringe, p. ex., traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), tireoide e esôfago
- T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente a artéria carótida

N - Linfonodos Regionais

- NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais
- N1 Metástase em um único linfonodo homolateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão
- N2 Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm até 6 cm em sua maior dimensão; ou em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão; ou em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão
- N2a Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm até 6 cm em sua maior dimensão
- N2b Metástase em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão
- N2c Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão
- N3 Metástase em linfonodo com mais de 6 cm em sua maior dimensão

Nota: Os linfonodos de linha média são considerados linfonodos homolaterais.

M - Metástase à distância

- MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
- M0 Ausência de metástase à distância
- M1 Metástase à distância

TNM - Classificação Patológica

As categorias pT, pN e pM correspondem às categorias T, N e M.

- pN0 O exame histológico do espécime de um esvaziamento cervical seletivo incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos. Já o exame histológico do

espécime de um esvaziamento cervical radical ou modificado incluirá, geralmente, 10 ou mais linfonodos. Se os linfonodos são negativos, mesmo que o número usualmente examinado seja não encontrado, classifique-se como pN0. Quando o tamanho for um critério para a classificação pN, mede-se a metástase e não o linfonodo inteiro.

G - Graduação Histopatológica

As seguintes definições das categorias G aplicam-se a todas as localizações da cabeça e do pescoço, exceto à tireoide:

- GX O grau de diferenciação não pode ser avaliado.
- G1 Bem diferenciado
- G2 Moderadamente diferenciado
- G3 Pouco diferenciado
- G4 Indiferenciado

Grupamento por Estádios

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio II	T2	N0	M0
Estádio III	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Estádio IVA	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
Estádio IVB	T4b	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

Resumo Esquemático

Laringe	
	Supraglote
T1	Uma sublocalização anatômica, mobilidade normal
T2	Mucosa de mais de uma sublocalização adjacente da supraglote ou da glote, ou de região adjacente fora da supraglote; sem fixação
T3	Fixação da corda, ou invasão da área pós-cricoide tecidos pré-epiglóticos, espaço paraglótico, erosão da cartilagem tireoide
T4a	Toda a cartilagem tireoide; traqueia, partes moles do pescoço: músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediatinais, artéria carótida
	Glote
T1	Limitado à(s) corda(s) vocal(ais), mobilidade normal (a) uma corda (b) ambas as cordas
T2	Supraglote, subglote, mobilidade de corda vocal diminuída
T3	Fixação da corda, espaço paraglótico, erosão de cartilagem tireoide
T4a	Toda a cartilagem tireoide; traqueia; partes moles do pescoço: músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular; tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, artéria carótida
	Subglote
T1	Limitado à subglote
T2	Extensão à(s) corda(s) vocal(ais) com mobilidade normal ou diminuída
T3	Fixação da corda vocal
T4a	Toda a cartilagem tireoide ou cricoide; traqueia, músculos profundos/extrínsecos da língua, alça muscular, tireoide e esôfago
T4b	Espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, artéria carótida
	Todas as localidades
N1	Homolateral, único ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único > 3 cm até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

Fonte: Ministério da Saúde (2004, p.43-44).

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO EXPLORATÓRIO

Data da coleta _____ / _____ / _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____ (anos)

Instituição:

Instituto Oncológico

Hospital Asconcer

Data do diagnóstico: _____ / _____ / _____

Classificação TNM:() **Supraglótico** () **Glótico** () **Infraglótico**

T: 1) T0 2) T1 3) T2 4) T3 5) T4

N: 1) N0 2) N1 3) N2 4) N3

M: 1) M0 2) M1

Assistência de saúde:

1) SUS

2) Convênios

3) Particular

Qual o tratamento de eleição _____

Sexo: 1) Masculino 2) Feminino**Raça:** 1) Branca 2) Negra 3) Amarela 4) Outras**Estado Civil:**

1) Solteiro

2) Casado/União livre

3) Separado/Divorciado

4) Viúvo

Escolaridade:

- 0) Analfabeto
- 1) Semi-alfabetizado fundamental incompleto
- 2) Fundamental completo
- 3) Ensino médio incompleto
- 4) Ensino médio completo
- 5) Superior completo
- 6) Superior incompleto
- 7) Superior completo

Profissão: _____ **Religião:** _____

Situação atual profissional: Houve mudanças após a doença? () Sim () Não

- 1) empregado
- 2) desempregado devido ao tratamento
- 3) desempregado por outra causa
- 4) aposentado por invalidez devido ao câncer
- 5) aposentado
- 6) autônomo
- 7) do lar

Tabaco:

- 0) nunca fumou
- 1) fumava antes do tratamento
- 2) fumava antes e continua

Quantidade: _____

Álcool:

- 0) nunca bebeu
- 1) bebeu antes do tratamento
- 2) bebia antes e continua

Quantidade: _____

Realizou traqueostomia:

- 0) nenhuma 1) provisória 2) definitiva

Dor:

- 0) sem dor 1) com dor

Alimentação:

- 1) SNG 2) gastrostomia 3) via oral

Dentição:

- 0) ausente 1) presente 2) parcial

Prótese:

- 0) ausente 1) presente 2) superior 3) inferior

Qual a melhor maneira de você se comunicar?

- 0) voz laríngea
- 1) voz esofágica
- 2) prótese traqueoesofágica
- 3) laringe eletrônica
- 4) gestos
- 5) escrita

Hoje, olhando retrospectivamente, você teria realizado o mesmo tratamento?

- 0) Não sei
- 1) sim, eu teria feito o mesmo tratamento.
- 2) eu preferiria ter feito outro tratamento

- 3) eu preferiria ter deixado de fazer o tratamento cirúrgico
- 4) eu preferiria ter deixado de fazer o tratamento radioterápico
- 5) eu preferiria ter deixado de fazer o tratamento quimioterápico
- 6) eu preferiria não ter tratado minha doença

Por quê? _____

O senhor(a) após o tratamento foi encaminhado para outros profissionais para reabilitação?

- 0) não
- 1) fui encaminhado, mas não marquei consulta
- 2) sim, porém desisti do tratamento.
- 3) sim, e fiz o tratamento completo.

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Nutrição

Psicologia

Dentista

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO FACT-HN

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

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

BEM-ESTAR FÍSICO		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GP1	Estou sem energia.	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado(a).	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família.	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores.	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado(a) pelos efeitos secundários do tratamento.	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente.	0	1	2	3	4
GP7	Tenho que me deitar durante o dia.	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR SOCIAL FAMILIAR		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos.	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família.	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos.	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença.	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo(a) do(a) meu(minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio).	0	1	2	3	4
Q1	Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, favor responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrado e passe para a próxima seção. <input type="checkbox"/>					
GS7	Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual.	0	1	2	3	4

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

BEM-ESTAR EMOCIONAL		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste.	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito(a) com a maneira como enfrento a minha doença.	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso(a).	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado(a) com a ideia de morrer.	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado(a) que o meu estado venha a piorar.	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR FUNCIONAL		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa).	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença.	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir.	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento.	0	1	2	3	4

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

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
HN1	Posso comer os alimentos que gosto.	0	1	2	3	4
HN2	Tenho a boca seca.	0	1	2	3	4
HN3	Tenho dificuldade em respirar.	0	1	2	3	4
HN4	A minha voz tem a qualidade e a força habituais.	0	1	2	3	4
HN5	Posso comer tanto quanto quero.	0	1	2	3	4
HN6	Estou descontente com o aspecto do meu rosto e/ou pescoço.	0	1	2	3	4
HN7	Posso engolir bem e facilmente.	0	1	2	3	4
HN8	Fumo cigarros ou outros produtos à base de tabaco.	0	1	2	3	4
HN9	Tomo bebidas alcoólicas (por exemplo, cerveja, vinho, etc.).	0	1	2	3	4
HN10	Sou capaz de comunicar com os outros.	0	1	2	3	4
HN11	Posso comer alimentos sólidos.	0	1	2	3	4
HN12	Tenho dores na boca, garganta ou pescoço.	0	1	2	3	4

ANEXO D – GUIAS PARA O ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA. FACT-HN (VERSÃO 4)

Instruções:

1. Assinale cada resposta com um X.
2. Execute análise reversa como indicado e some individualmente os itens para obter o escore.
3. Multiplique a soma do escore pelo número de itens da subescala e divida pelo número de itens respondidos. Desta forma, você terá o escore da subescala.
4. Acrescente o escore da subescala nos escores totais (TOI, FACTG e FACTHN).
5. Melhor o escore, melhor a Qualidade de Vida.

<u>Subescala</u>	<u>Código do Item</u>	<u>Item Reverso?</u>	<u>Resposta do Item</u>	<u>Escore do Item</u>	
BEM ESTAR FÍSICO (BEF)	GP1	4	- _____	= _____	
	GP2	4	- _____	= _____	
	GP3	4	- _____	= _____	
	GP4	4	- _____	= _____	
	GP5	4	- _____	= _____	
	GP6	4	- _____	= _____	
	GP7	4	- _____	= _____	
<i>Soma individual dos escores dos Itens:</i>				_____	
<i>Multiplique por 7:</i>				_____	
<i>Divide pelo número de Itens respondidos:</i>				_____ = escore subescala BEF	
BEM ESTAR SOCIAL-FAMILIAR (BESF)	GS1	0	+ _____	= _____	
	GS2	0	+ _____	= _____	
	GS3	0	+ _____	= _____	
	GS4	0	+ _____	= _____	
	GS5	0	+ _____	= _____	
	GS6	0	+ _____	= _____	
	GS7	0	+ _____	= _____	
<i>Soma individual dos escores dos Itens:</i>				_____	
<i>Multiplique por 7:</i>				_____	
<i>Divide pelo número de Itens respondidos:</i>				_____ = escore subescala BESF	
BEM ESTAR EMOCIONAL (BEE)	GE1	4	- _____	= _____	
	GE2	0	+ _____	= _____	
	GE3	4	- _____	= _____	
	GE4	4	- _____	= _____	
	GE5	4	- _____	= _____	
	GE6	4	- _____	= _____	
<i>Soma individual dos escores dos Itens:</i>				_____	
<i>Multiplique por 6:</i>				_____	
<i>Divide pelo número de Itens respondidos:</i>				_____ = escore subescala BEE	
BEM ESTAR FUNCIONAL (BEFUNC)	GF1	0	+ _____	= _____	
	GF2	0	+ _____	= _____	
	GF3	0	+ _____	= _____	
	GF4	0	+ _____	= _____	
	GF5	0	+ _____	= _____	
	GF6	0	+ _____	= _____	
	GF7	0	+ _____	= _____	
<i>Soma individual dos escores dos Itens:</i>				_____	
<i>Multiplique por 7:</i>				_____	
<i>Divide pelo número de Itens respondidos:</i>				_____ = escore subescala BEFUNC	
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO SUBESCALA (PACP)	HN1	0	+ _____	= _____	
	HN2	4	- _____	= _____	
	HN3	4	- _____	= _____	
	HN4	0	+ _____	= _____	
	HN5	0	+ _____	= _____	
	HN6	4	- _____	= _____	
	HN7	0	+ _____	= _____	
	HN8	NÃO É MEDIDA			
	HN9	NÃO É MEDIDA			
	HN10	0	+ _____	= _____	
	HN11	0	+ _____	= _____	
	HN12	NÃO É MEDIDA			
<i>Soma individual dos escores dos Itens:</i>				_____	
<i>Multiplique por 9:</i>				_____	
<i>Divide pelo número de Itens respondidos:</i>				_____ = escore subescala PACP	

Para derivar o índice obtido TOI:*Extensão do escore: 0-92*

$$\frac{\text{(escore BEF)}}{\text{(escore BEF)}} + \frac{\text{(escore BEFUNC)}}{\text{(escore BEFUNC)}} + \frac{\text{(escore PACP)}}{\text{(escore PACP)}} = \frac{\text{TOI}}{\text{(escore total)}}$$

Para derivar o índice obtido FACTG:*Extensão do escore: 0-108*

$$\frac{\text{(escore BEF)}}{\text{(escore BEF)}} + \frac{\text{(escore BESF)}}{\text{(escore BESF)}} + \frac{\text{(escore BEE)}}{\text{(escore BEE)}} + \frac{\text{(escore BEFUNC)}}{\text{(escore BEFUNC)}} = \frac{\text{FACTG}}{\text{(escore total)}}$$

Para derivar o índice obtido FACTHN:*Extensão do escore: 0-144*

$$\frac{\text{(escore BEF)}}{\text{(escore BEF)}} + \frac{\text{(escore BESF)}}{\text{(escore BESF)}} + \frac{\text{(escore BEE)}}{\text{(escore BEE)}} + \frac{\text{(escore BEFUNC)}}{\text{(escore BEFUNC)}} + \frac{\text{(escore PACP)}}{\text{(escore PACP)}} = \frac{\text{FACTHN}}{\text{(escore total)}}$$

ANEXO E – PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO FACT-HN TRADUZIDO PARA O PORTUGUÊS.

Hello Cristina Maciel:

After reviewing your request, and speaking with Ben Arnold, Manager of the Translation Project, he has granted you permission to use the FACT-H&N in Portuguese for this study only, waiving the standard licensing fee normally associated with the use of translated questionnaires. Ben did not translate the questionnaire, but is the manager of the coordination of the translations. He can be reached at barnold@enh.org

I have attached a copy of the most current version of the FACT-H&N questionnaire (Version 4) in Portuguese for your review and possible use. The files are in "read only" format because they were copied from a CD. To change the setting, please right click on the file, select "properties" and uncheck "read only". With your agreement to a few simple requests, we ask that you review our user's agreement that can be found on our website at www.facit.org (See Requests & Registration: User's Agreement). Should you actually decide to include the questionnaire in your research, we would also request that you take the time to complete a Collaborator's Project Information Form on line to submit for our files. We are in the process of updating our website, so, many areas of the site are under construction. We appreciate your patience as we continue to create an efficient and user friendly site.

Please keep in mind that the questionnaire has a copyright attached and can not be altered without strict permission from Ben Arnold. I have attached the scoring and administration guidelines as well as the raw scoring template for the FACT-H&N. The raw scoring templates will eventually be available on our new website; however, a fee will be associated with this downloadable form. These documents are only available in English. During this transition, we will not be charging a fee. Please accept them now with our compliments.

I hope you will find this information useful. If you have additional questions, please do not hesitate to contact me again.

Thank you,

Helen

Helen A. Morrow, MA
Manager, Business Operations
www.facit.org
hmorrow@facit.org
toll free in the US: 877.828.FACT
(Available & will respond to email in the PM)

----- Original Message -----

ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Parecer nº 308/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1198.244.2007 **FR:** 152996 **CAAE:** 0187.0.180.000-07

Projeto de Pesquisa: "Análise da qualidade de vida dos pacientes tratados de câncer de laringe em hospitais de referência no município de Juiz de Fora, MG"

Area Temática: Grupo III


Pesquisador Responsável: Cristina Tostes Vieira Maciel

Pesquisadores Participantes: "Nome"

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Medicina / Dep de Saúde Coletiva

Sumário/comentários do protocolo:

- O presente estudo justificativa-se ao propor estudar a qualidade de vida e fatores a ela associados de uma amostra dos indivíduos submetidos ao tratamento de câncer de laringe no Município de Juiz de Fora, MG em relação ao bem estar físico, sócio-familiar, funcional e emocional.
- Objetivos: 1) Identificar variáveis (sócio-econômicas, clínico-funcionais) que potencialmente influenciaram a qualidade de vida desta amostra de pacientes; 2) Descrever o padrão epidemiológico deste grupo de pacientes, com relação à distribuição dos casos por sexo e a faixa etária, bem como padrões do tumor, como tipo histopatológico, localização anatômica e estágio do tumor de laringe tratado; 3) Identificar a frequência dos fatores de risco associados a etiologia do câncer de laringe;
- 4) Descrever as terapêuticas ministradas e estratégias de recuperação; 5) Identificar os efeitos da conduta terapêutica na qualidade do desempenho de funções básicas da mastigação, deglutição e fonarticulação; 6) Avaliar quais técnicas terapêuticas contribuíram por um dado ganho de qualidade de vida para os pacientes laringectomizados; 7) Quantificar o nível de colaboração e satisfação do paciente frente ao processo de reabilitação.
- A pesquisadora situa a sua pesquisa como um estudo transversal que será realizado em 03 instituições hospitalares do município de Juiz de Fora, Minas Gerais: Instituto Oncológico, Hospital Universitário/UFJF e Hospital ASCOMCER. Instrumento para avaliação da qualidade de vida: Serão utilizados 02 questionários: Primeiro Questionário com dados exploratórios que possam influenciar na qualidade de vida, reunindo variáveis como nível de escolaridade, situação atual profissional, consumo de tabaco e de álcool além de questões sobre o tratamento. Estas variáveis serão analisadas como preditoras do desfecho que é a qualidade de vida. Segundo Questionário *Functional Assessment Cancer Therapy (FACT-HN)* criado e validado na língua inglesa e submetido à tradução e adaptação estrutural para o português sob orientação da *Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT)*. Permitirá a avaliação da variável de desfecho, a qualidade de vida. O questionário é multidimensional e auto-aplicativo, inclui 5 domínios, utilizando-se a escala de Likert de pontuação de cinco pontos de 0 a 4. O instrumento apresenta escores finais das subescalas e totais das escalas globais, sendo quanto maior o escore melhor a qualidade de vida. (Anexo 3).
- O banco de dados será digitado no programa SPSS for Windows, versão 11.0, e o mesmo programa será utilizado para análise estatística. Esta consistirá na análise descritiva de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. Para a comparação dos escores de qualidade de vida do FACT-HN, segundo as variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínico-funcionais serão utilizados os testes t de student. A análise multivariada será realizada por meio da regressão linear múltipla utilizando-se a técnica *stepwise forward*, para a inclusão no modelo multivariado serão selecionadas as variáveis com valores de $p \leq 0,20$ na análise univariada; estas permanecerão no modelo multivariado final, se os valores de $p \leq 0,10$. Para os demais testes será estabelecido um erro alfa de 5%, ou seja, os resultados serão considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$.
- Revisão e referências bibliográficas: De acordo sustentam os objetivos do estudo.
- Características da população: 100 sujeitos no centro e no total, com faixa etária acima de 18 anos.


Prof. Dra. Luciana Andrea Salvo
COORDENADORA CEP-UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- Critérios de participação: Serão consideradas elegíveis Pacientes residentes no município de Juiz de Fora; Faixa etária acima de 18 anos; Qualquer nível de instrução; Tumor primário localizado em C32- laringe (CID-10); No mínimo 1 ano de sobrevida com diagnóstico estabelecido no período compreendido entre 2000/2005. Critérios de exclusão: Pacientes que apresentam déficits neurológicos ou cognitivos, impossibilitando a compreensão e resposta ao questionário; Pacientes identificados nos arquivos dos hospitais que foram a óbito; Pacientes que se neguem a assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.
- Orçamento detalhado: No valor de R\$ 153,40, será custeado pela pesquisadora.
- Instrumento de coleta de dados entrevista / questionário, não observamos a presença de questões que levam constrangimento para o sujeito.
- Cronograma: De acordo, início da coleta de dados janeiro/08, término abril/09.
- Identificação dos riscos e desconfortos possíveis a pesquisadora não cita tal possibilidade, quanto aos benefícios espera-se com esse trabalho fornecer dados científicos confiáveis sobre a qualidade de vida de uma amostra do câncer de laringe em Juiz de Fora e região, assim como disponibilizar resultados que poderão ser utilizados pelos profissionais e gestores municipais e estaduais para a promoção de programas que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos na cidade e região.
- Os resultados obtidos com o presente estudo poderão apontar as melhores alternativas para o tratamento e também para a orientação das famílias, profissionais e pacientes quanto à melhor conduta cuidadora em relação ao câncer de laringe.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicita a possibilidade de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, informa o sujeito da pesquisa sobre forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador e com o CEP/UFJF, informando que está de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação da pesquisadora: De acordo possui titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 22 de novembro de 2007


Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2007
ASS: _____

ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

FACULDADE DE MEDICINA- Departamento de Saúde Coletiva
Pesquisador Responsável: Cristina Tostes Vieira Maciel
Endereço profissional: Nates Campus da UFJF, s/nº, Bairro Martelos;
Telefone de contato: 32-3236-1705; e mail: cristostesmaciel@bol.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a). _____ está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise da qualidade de vida dos pacientes tratados de câncer de laringe no município de Juiz de Fora, MG”, que tem por objetivo estimar a qualidade de vida dos indivíduos submetidos ao tratamento de câncer de laringe em relação ao bem estar físico, sociofamiliar, funcional e emocional. O motivo para a realização deste trabalho é compreender os fatores associados à qualidade de vida em pessoas tratadas de câncer de laringe e permitir que sejam realizadas medidas para a melhoria da mesma.

Para esse estudo adotaremos os seguintes procedimentos: será aplicado um questionário, contendo questões que dizem respeito ao seu bem estar físico, sócio-familiar, funcional e emocional. O Sr(a). não será exposto a nenhum risco e tal ação contribuirá em resultados que poderão ser utilizados em futuros programas que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos na cidade e região. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira.

O Sr(a). será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Sua participação apresenta um risco mínimo, ou seja, o risco natural, como aquele que pode acontecer sempre que saímos de casa. Apesar deste risco mínimo, qualquer problema decorrente do estudo será de responsabilidade da pesquisadora e da instituição na qual a pesquisa está sendo realizada, sendo suspenso o trabalho e oferecida assistência necessária em relação às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada. O seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF e outra será fornecida a você.

Eu _____, portador do Documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do estudo “**Análise da qualidade de vida dos pacientes tratados de câncer de laringe no município de Juiz de Fora, MG**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas e autorizo a minha participação no estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação nesse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 200__

Nome Assinatura do participante ou Responsável D a t a

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura Testemunha Data

Em caso de dúvida com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP Comitê de Ética em pesquisa, UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa, CEP: 36036-900, tel.: (32) 3229-3788

ANEXO H – PROTOCOLO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO (REVISTA CEFAC)**REVISTA CEFAC**
Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação

São Paulo, 30 de março de 2009

Prezados autoras Cristina Tostes Vieira Maciel, Isabel Cristina Gonçalves Leite,

Seu artigo, intitulado: "CÂNCER DE LARINGE: UM OLHAR SOBRE QUALIDADE DE VIDA", foi recebido em 01/03/2003 e iniciou processo de avaliação na Revista CEFAC sob número 34-09. Atualmente, encontra-se em análise editorial.

Atenciosamente,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Kelly Ueda', is positioned above the printed name.

Kelly Ueda
Revista CEFAC

**ANEXO I – PROTOCOLO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO (OTOLARYNGOLOGY-
HEAD & NECK SURGERY)**

Página 1 de 1

----- Original Message -----**From: "OTO-HNS Editorial Office" otomanager@entnet.org****To: cristinatostes@terra.com.br****Cc:****Sent: Qua 1/07/09 22:46****Subject: Fwd: Submission Confirmation**

Dear Dr. Maciel:

We have received your manuscript, QUALITY OF LIFE ANALYSIS IN LARYNGEAL CANCER PATIENTS IN SOUTHEASTERN BRAZIL. You will soon receive a document number.

If you have not done so already, please submit your copyright transfer and disclosure forms as soon as possible. Forms, which must be signed by all authors, can be downloaded from the following link:

<https://www.editorialmanager.com/otohns/accounts/CopyrightTransferDisclosure.pdf>

and should be faxed to 1-703-299-1136.

Thank you for submitting your manuscript to Otolaryngology-Head and Neck Surgery.

Editorial Office

Otolaryngology-Head and Neck Surgery

otomanager@entnet.org

For submission information, go to: <http://otohns.edmgr.com>

E-mail verificado pelo Terra Anti-Spam.

Para classificar esta mensagem como spam ou não spam, [clique aqui](#).

Verifique periodicamente a pasta Spam para garantir que apenas mensagens indesejadas sejam classificadas como Spam.

Esta mensagem foi verificada pelo E-mail Protegido Terra.
Atualizado em 01/07/2009

5/7/2009