

Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe

Evaluation of the Impact in Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients

Mariana Arroxelas Galvão de Lima¹
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa²
Everton Botelho Sougey³
Universidade Federal de Pernambuco

Resumo

O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe e indicação de laringectomia total como principal tratamento, considerando mudanças decorrentes do adoecimento e de intervenções terapêuticas empregadas. Utilizou-se um questionário sócio demográfico e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL). Foram entrevistados 19 pacientes, com idade média foi de 60 anos e 89,5% do sexo masculino. Foi encontrado um escore composto médio de 50,8. Os domínios que obtiveram pior pontuação média foram a ansiedade, a fala e o humor. De uma maneira geral, a qualidade de vida dos pacientes estudados é prejudicada pelo câncer, por tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total, pois 47,4% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida geral como ruim ou muito ruim.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Cancer; Laringectomia.

Abstract

The objective of this research is to evaluate the quality of life of patients with laryngeal cancer and indication of total laryngectomy as primary treatment, whereas changes caused by the disease and therapeutic interventions employed. We used a demographic questionnaire and Evaluation Questionnaire for Quality of Life at the University of Washington (UW-QOL). We interviewed 19 patients, mean age was 60 years and 89.5% male. It was found an average

¹ Estudante de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco. Bolsista PIBIC/CNPq.

² Psicólogo Clínico e Hospitalar. Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco; E-mail: Lnfpsi@uol.com.br

³ Psiquiatra. Mestrado em Psiquiatria Université de Paris V (Rene Descartes) Doutor em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas. Pós Doutor pela Universidade Livre de Bruxelas. Coordenador do Programa de Pós graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

composite score of 50.8. The areas that were worst average scores were anxiety, speech and mood. In general, the quality of life of patients is impaired by cancer treatments performed by past and by the expectation of the realization of total laryngectomy, because 47.4% of patients considered their overall quality of life as poor or very poor.

Keywords: Quality of life; Cancer; Laryngectomy.

Introdução

O câncer representa uma das principais causas de morte em todo o mundo, e em 2008 estimou-se que haveria cerca de 12 milhões de novos casos da doença (IARC, 2008). No Brasil, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida em 2007, e estima-se que ocorrerão 489.270 casos novos de câncer no ano de 2010 (INCA, 2009).

O câncer de laringe, apesar de representar apenas 2% de todas as neoplasias no Brasil, corresponde a cerca de 25% das neoplasias malignas de cabeça e pescoço. É um tumor mais comum no sexo masculino, com uma proporção de incidência entre homens e mulheres próxima de 7:1 (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2005). A grande maioria dos cânceres de laringe são carcinomas epidermóides, de variados graus de diferenciação histológica, e sua etiologia está intimamente associada ao fumo e à ingestão de bebidas alcoólicas – o consumo crônico dessas duas substâncias aumenta de forma independente, e de maneira dose-dependente, o risco relativo de câncer de laringe, e ainda, mais do que um efeito aditivo, essas substâncias produzem um efeito sinérgico quando combinadas (Condutas do INCA/MS, 2001; Wünsch Filho, 2004; Sartor e cols., 2007).

Em 2002, por exemplo, o câncer de laringe correspondeu a 23% das neoplasias malignas associadas à ingestão alcoólica em todo o mundo (Boffeta, Hashibe, La Vecchia, Zatonski & Rehm, 2006). Além disso, um estudo mostrou, através do cálculo de risco atribuível, que a eliminação total do

tabagismo levaria à prevenção de 86% do câncer de laringe (Menezes e cols., 2001).

A laringe é dividida em três regiões: a supraglote, a glote, que compreende as pregas vocais e as comissuras anterior e posterior, e a infraglote. Tumores infraglóticos são muito raros, sendo que 2/3 dos tumores ocorrem na glote e 1/3 na supraglote (Conduas do INCA/MS, 2001). Os carcinomas de laringe glóticos geralmente são diagnosticados em estágios mais precoces, visto que, mesmo uma pequena lesão, se situada na glote, onde se localizam as pregas vocais verdadeiras, provoca rouquidão, o principal sintoma nesses casos. Em casos mais avançados, são mais comuns a “dor de garganta”, sensação de “globus”, disfagia e a dispneia (Raitiola & Pukander, 2000).

De modo geral, as opções terapêuticas existentes para o câncer de laringe são a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, que podem ser combinadas ou não, a depender do estadiamento do tumor, sua localização, e da condição clínica e social do paciente (Conduas do INCA/MS, 2001). Dentre os possíveis tratamentos cirúrgicos, destaca-se a laringectomia total, geralmente associada à radioterapia, indicada nos estádios III e IV da doença. Certamente, nenhuma dessas modalidades terapêuticas é isenta de efeitos colaterais ou de potenciais impactos na vida dos pacientes, entretanto, evidencia-se que os pacientes submetidos à laringectomia total desenvolvem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas importantes (Nalbadian e cols., 2001).

Esta decorrência deste tipo de cirurgia ocorre a perda do aparelho fonador, a desconexão permanente das vias aéreas superiores e inferiores, e o estabelecimento de um traqueostoma definitivo, que se torna a comunicação do aparelho respiratório com o meio externo. Esta condição traz como conseqüências, por exemplo, a perda da fala e prejuízos ao olfato e ao paladar devido à cessação do fluxo aéreo através do nariz (Risberg-Berlin, Rydén, Möller & Finizia, 2009).

Outras funções como a mastigação, a deglutição, a respiração e a aparência são frequentemente alteradas antes - pelo câncer - e após a cirurgia, além da ocorrência não rara de dor crônica e de distúrbios psicológicos e emocionais, que acarretam um importante impacto psicossocial e na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares (List e cols., 1996; Terrel, Fisher & Wolf, 1998; De Boer, McCormick, Pruyn, Ryckman & Van den Borne, 1999; Nalbadian e cols., 2001; Vickery, Latchford, Hewison, Bellew, & Feber, 2003; Braz, Ribas, Dedivitis, Nishimoto, & Barros, 2005; Vartanian e cols., 2006). A isso se somam as consequências psicossociais e emocionais comuns a todos os pacientes oncológicos, como a estigmatização do câncer como doença incurável e o medo e a ansiedade inerentes à condição de portador de uma doença potencialmente fatal e cujo tratamento é comumente fonte de sofrimento.

A Organização Mundial da Saúde (WHO/OMS) – Quality of Life Group (WHOQOL) definiu, em 1993, Qualidade de Vida 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). É um conceito multidimensional e subjetivo e, portanto, envolve não apenas o estado de saúde do indivíduo ou o sucesso de um tratamento, mas também a vida pessoal como um todo. É também dinâmico, posto que pode variar com o tempo ou de acordo com diferentes situações (De Boer e cols., 1999).

A maioria dos estudos clínicos em câncer considera sobrevida e controle da doença como os principais desfechos a serem estudados, mas poucos analisam a opinião do paciente sobre as conseqüências de sua doença e suas expectativas sobre o período pós-tratamento, as quais repercutirão em seu funcionamento social, emocional e psicológico (Ramirez e cols., 2003).

Portanto, a avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe e cujo tratamento indicado é a laringectomia total representa um

instrumento bastante útil por possibilitar um melhor entendimento sobre o que os pacientes consideram ser os seus principais problemas e suas prioridades antes e após o tratamento, as quais muitas vezes não se correlacionam totalmente com os objetivos dos profissionais de saúde. Ao centrar o tratamento, a evolução e a reabilitação nas necessidades do indivíduo, ela viabiliza uma melhor assistência ao paciente e permite, ainda, uma avaliação compreensiva das alternativas terapêuticas existentes (List e cols., 1996; De Boer e cols., 1999; Vartanian e cols., 2006; Ramirez e cols., 2003).

Através de um corte transversal, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe com indicação de laringectomia total como principal modalidade terapêutica. Como objetivos específicos, buscou-se identificar os aspectos e domínios que mais influenciam a qualidade de vida desses pacientes, caracterizar mudanças, no seu cotidiano, decorrentes do adoecimento e de intervenções terapêuticas empregadas, sugerindo também associações com os resultados obtidos através da investigação da qualidade de vida, além de caracterizar o perfil socioeconômico e hábitos de vida desses pacientes.

Metodologia

Este foi um estudo transversal, cuja amostra foi composta por 19 pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular de laringe no ambulatório de cabeça e pescoço do Hospital do Câncer de Pernambuco e com indicação de laringectomia total como modalidade principal de tratamento, acompanhada ou não de radioterapia adjuvante.

Os voluntários foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que desejaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os pacientes que possuíam metástases à distância, os que não compreenderam as instruções e objetivos do presente estudo ou os que se recusaram em participar dele. Este projeto de pesquisa foi aprovado no comitê de ética do Hospital do Câncer de Pernambuco e respeita os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, os postulados

da Declaração de Helsinque, suas emendas posteriores e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (CNS/MS).

Os voluntários participaram de uma entrevista padronizada para a sua identificação e mapeamento sócio demográfico. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington - UW-QOL, traduzido e validado para a língua portuguesa por Vartanian et al. (2006). O questionário é auto aplicativo, específico para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, e é composto por 12 domínios, sendo que cada questão apresenta 3 a 5 opções de resposta com escore variando de 0 a 100. Além disso, esse instrumento também possui 3 questões gerais sobre a avaliação que o paciente faz de sua qualidade de vida e uma questão aberta para quaisquer outras considerações que o participante deseje fazer.

Em relação à escala auto-aplicativa (UW-QOL), os pacientes analfabetos ou que apresentaram dificuldades de leitura e compreensão das questões foram auxiliados pelo entrevistador. Os pacientes foram entrevistados no dia anterior à realização da cirurgia, e o prontuário de cada um deles foi acessado alguns meses após a cirurgia com a finalidade de obter dados clínicos.

Foi realizada uma análise descritiva para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou figuras incluindo também o uso de algumas medidas descritivas como mínimo, máximo e média. O software utilizado foi o Excel 2010 e SPSS. Os resultados obtidos foram também analisados qualitativamente.

Resultados e Discussão

Resultados

A amostra é composta de 19 pacientes com idade média de 60 anos, sendo a mínima de 44 e a máxima de 74 anos. Dezesete pacientes (89,5%) eram do sexo masculino, sendo 14 (73,7%) casados e possuíam casa própria, com predominância de 13 (72,2%) de católicos. Oito pacientes (42,1%) eram

analfabetos e apenas 4 (21,1%) cursaram ensino médio (Tabela 1). Somente 3 (15,8%) deles estavam trabalhando à época da entrevista e apenas 4 (21,0%) tinham renda familiar superior a um salário mínimo.

Tabela 1. Distribuição quanto às variáveis socioeconômicas.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	17	89,5
Feminino	2	10,5
Estado Civil		
Solteiro	1	5,3
Casado	14	73,7
Divorciado	2	10,5
Viúvo	2	10,5
Escolaridade		
Analfabeto	8	42,1
Fundamental	7	36,8
Médio	4	21,1

Em relação aos sintomas, 3 (15,8%) apareceram há até 6 meses do momento da entrevista e 5 (26,3%) há mais de 18 meses (Tabela 2). Dos entrevistados, 16 (84,2%) buscaram auxílio médico logo após o aparecimento dos sintomas.

Tabela 2. Distribuição quanto ao histórico da atual doença.

Histórico da doença atual	N	%
Tempo de aparecimento dos sintomas		
até 6 meses	3	15,8
6 a 12 meses	8	42,1
12 a 18 meses	3	15,8
18 +	5	26,3

Na Tabela 3, pode-se observar que dezessete pacientes (89,5%) consumiram álcool ao longo de suas vidas, sendo que oito desses (47%) consumiam em grandes quantidades e quase todos os dias. Atualmente, nenhum dos entrevistados consome bebidas alcoólicas. Quanto ao tabagismo, apenas um paciente disse nunca ter fumado, sendo que treze (72,2%) consumiam entre 1 e 2 maços de cigarro por dia, e dois (10,5%) continuam sendo fumantes, mesmo após o diagnóstico. Nenhum dos entrevistados relatou ter consumido algum tipo de substância ilícita.

Tabela 3. Distribuição quanto aos hábitos e estilo de vida.

Variáveis	N	%
Álcool anterior		
Sim	17	89,5
Não	2	10,5
Quantidade/Frequência		
Socialmente/Apenas fins de semana	3	17,6
Moderadamente/Mais de três vezes na semana	6	35,3
Intensamente/Quase todos os dias	8	47,0
Álcool atual		
Não	19	100,0
Tabaco anterior		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3
Quantidade de cigarros/dia		
< 1 maço	3	16,6
1 -2 maços	13	72,2
> 2 maços	2	11,1
Tabaco atual		
Não	17	89,5
Sim	2	10,5
Substância ilícitas		
Não	19	100,0

Dos dezenove pacientes, todos portadores de carcinoma espinocelular, onze (57,9%) possuíam câncer de laringe de glote, dois (10,5%) de supraglote, dois (10,5%) de infraglote e quatro (21%) pacientes possuíam um tumor transglótico, ou seja, que da glote se estendia a um andar adjacente.

Dos dezenove entrevistados, apesar de todos terem recebido a indicação de laringectomia total, quatro não realizaram esta cirurgia: ao ser realizada a cervicotomia em dois desses pacientes, verificou-se a impossibilidade de ressecção tumoral (pacientes fora de possibilidade terapêutica para cirurgia), um outro realizou no lugar da laringectomia total uma laringectomia supracricóide com CHEP, e um outro paciente realizou apenas uma traqueostomia, segundo dados colhidos no prontuário.

O estadiamento clínico, feito após a realização da cirurgia e do estudo da peça cirúrgica, demonstrou que cinco (26,3%) dos entrevistados já

possuíam metástases em linfonodos locais. Três (15,8%) pacientes apresentavam lesões T3, doze (63,1%) T4, dois (10,5%) tiveram a laringectomia total indicada por suspeita de neoplasia residual e um (5,2%) por recidiva tumoral. Um prontuário não especificava o estadiamento clínico do paciente.

Quando questionados, durante a entrevista, sobre quais seriam as principais mudanças decorrentes do adoecimento atual, os pacientes citaram com maior frequência a perda do emprego – 13 citações; o isolamento social – 9 citações; alterações na fala – 5 citações; dificuldades de se alimentar – 3 citações; estresse emocional – 2 citações; e dor – 1 citação. Apenas um paciente referiu que não houve mudanças significativas em sua vida pessoal.

A qualidade de vida global dos pacientes foi analisada somando-se a pontuação de cada domínio do questionário UW-QOL (escore total), o que, portanto, pode variar de 0 a 1200, já que são 12 domínios, cada um podendo ser pontuado 0 a 100. A média de pontos encontrada foi de 607,47, sendo que o paciente com melhor qualidade de vida global pontuou 1101 e o com pior, apenas 25.

Calculou-se também o Escore Composto, que consiste na média dos 12 domínios, e que, portanto, pode variar de 0 – 100. Quanto maior o escore pontuado, melhor é qualidade de vida. A média de escore composto encontrada foi de 50,8, sendo o máximo 91,7 e o mínimo 2,1. Ao correlacionar o escore total com o estadiamento clínico, observamos que o indivíduo com a pior pontuação era justamente o que se apresentava com recidiva tumoral. Já o que teve a melhor pontuação, já havia sido submetido a uma laringectomia total e era traqueostomizado (Tabela 4).

Tabela 4. Informações de cada paciente: Escore- UW-QOL e procedimentos realizados anteriormente.

Escore Total	Escore Composto	Laringectomia			
		Traqueostomia	Parcial	Radioterapia	Quimioterapia
25	2,1	Sim	Sim	Sim	Não
292	24,3	Sim	Sim	Sim	Sim
316	26,3	Sim	Não	Não	Não
358	29,8	Não	Não	Sim	Não
458	38,1	Sim	Não	Não	Não
459	38,2	Sim	Sim	Não	Não
466	38,8	Sim	Sim	Não	Não
483	40,2	Sim	Sim	Não	Não
592	49,3	Sim	Não	Não	Não
608	50,6	Sim	Não	Não	Não
658	54,8	Sim	Não	Não	Não
675	56,2	Sim	Não	Sim	Sim
708	59,0	Não	Não	Sim	Não
734	61,1	Sim	Não	Não	Não
767	63,9	Sim	Não	Não	Não
925	77,1	Sim	Não	Não	Não
967	80,6	Não	Não	Não	Não
1000	83,3	Sim	Não	Não	Não
1101	91,7	Sim	Sim	Não	Não

Dezesseis pacientes (84,2%) possuíam uma traqueostomia no momento da entrevista, ou seja, um dia antes da realização da cirurgia, e todos os pacientes já submetidos à laringectomia parcial (LP) possuíam traqueostomia. Dois pacientes realizaram quimioterapia (QxT) e radioterapia (RxT) anteriormente à cirurgia, um ao tentar um protocolo de preservação de órgão e o outro em conjunto com uma laringectomia parcial, também em um momento anterior. Um (5,2%) paciente havia sido submetido a laringectomia parcial e radioterapia. Dos três pacientes que não possuíam traqueostoma, dois (10,5%) já haviam sido tratados unicamente com radioterapia, e apenas um (5,2%) não havia sido submetido a qualquer tratamento anterior (Tabela 5).

Tabela 5. Procedimentos realizados anteriormente.

Grupos	N	%
Traqueostomia apenas	9	47,3
LP apenas	4	21,0
RxT apenas	2	10,5
LP e RxT	1	5,2
LP, RxT e QxT	1	5,2
Traqueostomia, RxT e QxT	1	5,2
Nenhum	1	5,2

Ao correlacionar a média do escore composto dos pacientes segundo cada grupo de pacientes submetidos a procedimentos anteriores, obtém-se a figura 1. O grupo com pior escore composto, que corresponde a apenas uma pessoa que realizou laringectomia parcial e radioterapia, pontuou 2,1, seguido pelo de laringectomia parcial, radioterapia e quimioterapia, também composto por apenas um indivíduo, que pontuou 24,3. O grupo que obteve o maior escore (80,6) foi o correspondente a um único paciente, que não havia realizado nenhum tipo de tratamento relacionado ao seu câncer (Figura 1).

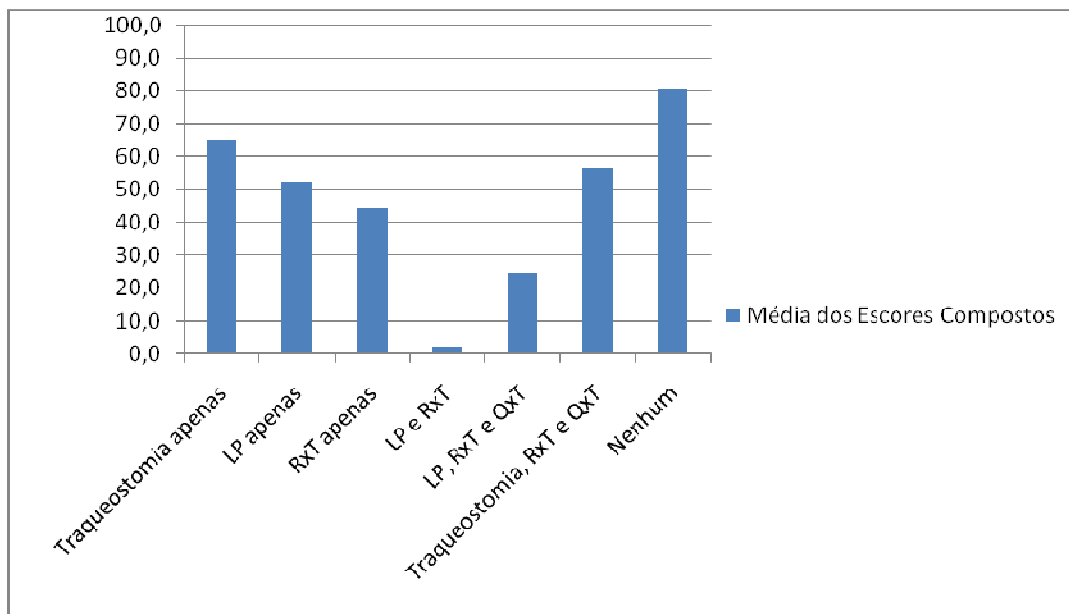


Figura 1. Média do escore composto de qualidade de vida por grupo de procedimentos realizados anteriormente à entrevista.

Dos doze domínios do questionário UW-QOL, o item que se refere à ansiedade apresentou o pior escore, com média de 24,6 pontos, seguido logo após pelo domínio fala, cuja média foi de 28,0 pontos e pelo domínio humor, com média de 40,8 pontos. Os domínios com melhores escores foram o item correspondente à saliva, com média de 87,8 pontos, ao ombro, com média de 77,2 pontos, e à atividade, com média de 67,1 (Figura 2).

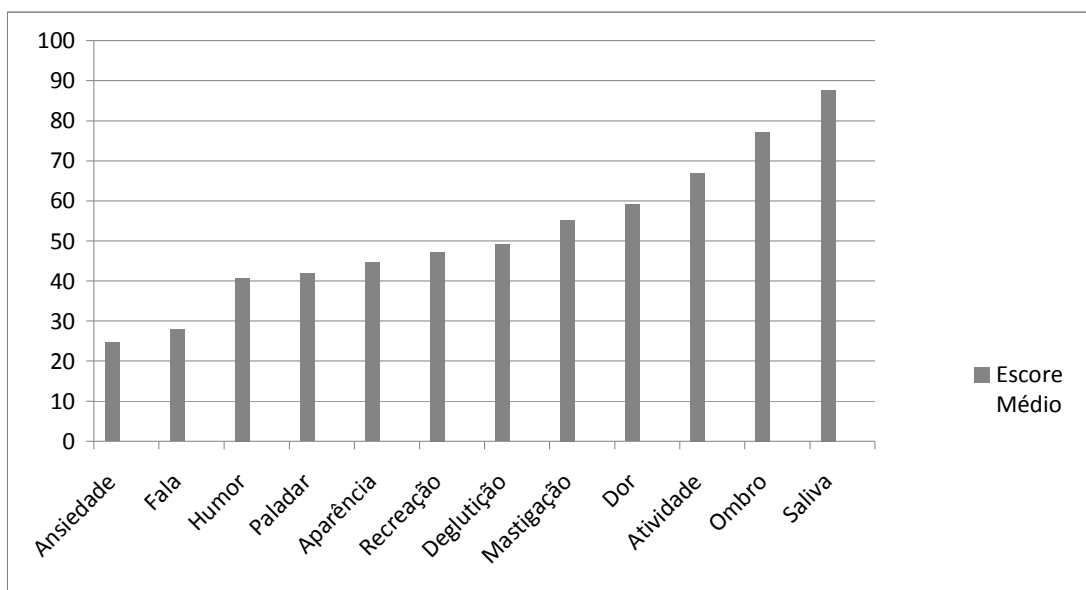


Figura 2. Escore médio de cada domínio do questionário UW-QOL.

Do total de pacientes, 12 (63,1%) referiram estar muito ansiosos por causa de seu câncer e 2 (10,5%) afirmaram não estar ansiosos. Quanto à fala, quatorze pacientes (73,7%) consideraram que não eram entendidos pelos outros ou por familiares e amigos, quatro (21,0%) tinham dificuldades, mas eram entendidos mesmo ao telefone e apenas 1 (5,2%) considerou que sua fala era a mesma de sempre.

Ao analisar o domínio humor, verificou-se que cinco (26,3%) pacientes referiram estar extremamente ou um pouco deprimido por causa de seu câncer, enquanto nove (47,3%) avaliaram seu humor como excelente ou geralmente bom. Apesar de a dor ser o quarto domínio melhor pontuado, 9 (47,3%) dos

entrevistados declararam necessitar de medicamentos para controlá-la, e um único paciente afirmou ter dor severa, não controlada por medicação.

Ao serem questionados como avaliariam sua qualidade de vida se comparada com o mês anterior ao diagnóstico do câncer, 12 (63,2%) pacientes afirmaram estar muito pior, enquanto 3 (15,8%) acreditam estar muito melhor. Quanto a qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias, 12 (63,2%) acreditavam estar ruim ou muito ruim e ao considerar a avaliação da qualidade de vida geral, incluindo saúde física e mental, família, amigos e espiritualidade, 9 (47,4%) pacientes classificaram sua qualidade de vida como ruim ou muito ruim e outros 10 (52,6%) classificaram como média, boa ou muito boa. (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição quanto as questões gerais.

Questões gerais	N	%
Avaliação da qualidade de vida, comparando-se com o mês anterior ao diagnóstico do câncer		
Muito melhor	3	15,8
Mais ou menos o mesmo	3	15,8
Um pouco pior	1	5,3
Muito pior	12	63,2
Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias		
Boa	3	15,8
Média	4	21,1
Ruim	7	36,8
Muito ruim	5	26,3
Avaliação da qualidade de vida geral nos últimos 7 dias		
Muito boa	1	5,3
Boa	4	21,1
Média	5	26,3
Ruim	6	31,6
Muito ruim	3	15,8

O questionário utilizado apresenta ainda uma questão aberta, também chamada de Texto Livre, que permite ao paciente expressar quaisquer outros problemas, médicos ou não médicos, que porventura não tenham sido abordados anteriormente. Entretanto, apesar de ser uma importante ferramenta para explorar melhor a percepção pessoal do paciente, um conceito

fundamental da definição de qualidade de vida, nenhum dos entrevistados respondeu a esta pergunta, afirmando que não desejavam expressar mais nada. Isto talvez tenha ocorrido porque este questionário, que é auto aplicativo, foi lido para os pacientes, pois todos ou eram analfabetos ou tinham dificuldades de leitura, interpretação ou escrita. Logo, muitos podem não ter se sentido à vontade para expressar-se, outros podem simplesmente não ter interesse em se expor mais do que o necessário à entrevistadora.

Discussão

Epidemiologicamente, os pacientes do nosso estudo são semelhantes aos pacientes com câncer de laringe que são tratados com a laringectomia total, cuja idade média apontada na literatura é superior a 55 anos e cuja maioria é composta pelo sexo masculino, chegando a uma média de 85% de indivíduos masculinos (Moreno & Lopes, 2002), próximo da proporção 7:1, encontrada por Parkin e cols. (2005).

A grande maioria dos pacientes são ex-tabagistas e ex-alcoolistas e, desses, mais de 85% consumiam ambas as substâncias em grandes quantidades, o que reitera a já comprovada associação do fumo e do álcool com o câncer de laringe (Conduas do INCA/MS, 2001; Wünsch Filho, 2004; Sartor e cols., 2007). Além disso, o uso abusivo de álcool e tabaco pode, independentemente do desenvolvimento do câncer, interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo ao também afetar seu status emocional e sua saúde mental, assim como aumentar a mortalidade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, tanto por causa de uma depressão decorrente da suspensão brusca das substâncias como pela exacerbação de comorbidades, ou ainda pelos hábitos de vida relacionados ao fumo, alimentação e problemas emocionais (Duffy e cols., 2007).

Analisando os resultados, também se pode perceber que os pacientes deste estudo são, em sua maioria, de uma classe socioeconômica menos favorecida, visto que apenas quatro possuíam renda familiar acima de um salário mínimo e 78,9% são analfabetos ou têm apenas ensino fundamental, o

que vai de acordo com Wünsch Filho (2004), que afirma que baixo nível educacional está associado com alto risco de câncer de laringe. Apesar de tumores subglóticos serem raros, 10,5% de nossa amostra apresentou esta localização de tumor, mas a maioria era, assim como apontado pela literatura, glótico (Conduas do INCA/MS, 2001).

Ao considerarmos o tempo de desenvolvimento dos sintomas, verificamos que 84,2% dos entrevistados já estavam doentes há mais de 6 meses, e ao levarmos em conta que a maioria desses pacientes possuía uma lesão já avançada, em dois deles irressecável e cinco deles com metástase em linfonodos locais, ou um tumor residual ou recidivado, devemos conceber que esta amostra é composta por pacientes em fase avançada da doença e bastante debilitados. Além disso, dezesseis pacientes já eram traqueostomizados, seis já haviam sido submetidos à laringectomia parcial e alguns já haviam tentado tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia. Desta forma, é previsível que a qualidade de vida desses pacientes esteja comprometida, em diversas áreas, mesmo antes de se realizar a laringectomia total, uma cirurgia que, apesar de muitas vezes curativa, traz sequelas permanentes ao indivíduo.

A perda do emprego, o isolamento social e as alterações na voz foram as principais mudanças na vida identificadas pelos pacientes no período inicial da doença, o que nos chama a atenção, pois a laringectomia total não proporciona melhoras significativas desses problemas, pelo contrário, muitas vezes cria dificuldades ainda maiores. Essa constatação respalda uma maior atenção para problemas que devem, antes mesmo da cirurgia, serem abordados com atenção por profissionais da área de assistência social, psicologia e fonoaudiologia.

Ao analisar os resultados, observa-se que a média de escore total do UW-QOL foi relativamente baixa, sendo próxima da metade da pontuação máxima. Em um estudo brasileiro, realizado em Curitiba com pacientes laringectomizados há mais de um ano, foi encontrada uma média de escore total do UW-QOL de 900,25, sendo que o grupo com pior escore foi o submetido à laringectomia associada à radioterapia e o melhor, o submetido

apenas à cirurgia (De Paula & Gama, 2009). Weymuller Jr e cols. (2000), num estudo prospectivo de 549 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, mostra que, nos primeiros 3 meses após o tratamento, o escore de qualidade de vida é bruscamente deteriorado. Após 6 meses, ela começa a melhorar, com tendência à melhora até 1 ano e à estabilidade entre 1 e 3 anos pós-tratamento, pois os pacientes aprendem a conviver com as sequelas do tratamento. Podemos supor, portanto, que não apenas o período logo após a cirurgia, mas também aquele anterior a ela, são críticos e representam um momento de grande fragilidade e de comprometimento de qualidade de vida para os pacientes com câncer de laringe.

O escore total, assim como o escore composto, sofreu grande variação de paciente para paciente no presente estudo, como se pode observar na tabela 4. Isto se deve, provavelmente, à heterogeneidade do grupo amostral - apesar de a maioria dos pacientes possuir a lesão em estágio avançado e possuírem traqueostomia, apenas alguns já haviam realizado laringectomia parcial, radioterapia e/ou quimioterapia. Os pacientes com os dois piores escores totais foram submetidos a pelo menos dois desses procedimentos, além da traqueostomia, e o quarto pior escore havia sido submetido apenas à radioterapia.

A Figura 1 foi construída na tentativa de agrupar os pacientes de acordo com os procedimentos a que foram submetidos antes da indicação da laringectomia total. Nele, pode-se observar que os três grupos com pior média de escore composto tinham o tratamento radioterápico em comum, resultado semelhante ao do estudo de De Paula & Gama (2009), em que foi encontrado que os grupos submetidos à cirurgia e radioterapia atingiam pior escore total, seguido pelo grupo submetido à cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo o grupo submetido apenas à cirurgia o com melhor escore total. Esses resultados sugerem, portanto, que os tratamentos empregados, particularmente a realização da traqueostomia e o emprego da radioterapia, podem interferir negativamente na qualidade de vida já abalada do paciente com este tipo de câncer. Outra consideração a se fazer é que o escore composto é uma média aritmética e, portanto, está sujeito a um “efeito de cancelamento” e é menos

sensível que o escore das questões gerais (Weymuller Jr e cols., 2000). Por “efeito de cancelamento” entende-se o que ocorre quando um domínio tem um escore muito baixo e outros têm escores elevados, acarretando uma média ainda alta, e não representativa da qualidade de vida do paciente.

Analisando os domínios separadamente, a ansiedade mostrou-se o domínio mais prejudicado. Isso provavelmente ocorreu porque as entrevistas foram feitas em um momento em que os pacientes tinham consciência do seu diagnóstico de um câncer avançado, seu tratamento e sequelas, além de terem ocorrido no dia anterior à realização da laringectomia total. É compreensível, portanto, que esses pacientes estivessem bastante ansiosos no momento da entrevista.

O segundo domínio mais afetado foi a fala. Pode-se supor que este achado se deve ao fato de que a maioria dos pacientes possuía traqueostomia ou haviam passado por algum procedimento que tenha alterado a anatomia da laringe, além de todos possuírem um tumor cujo principal sintoma é a rouquidão e sua evolução para a perda da fala, ao lado da dispneia, odinofagia e disfagia (Raitiola & Pukander, 2000). Considera-se ainda que a alteração da fala interfere diretamente na comunicação e, portanto, na adaptação psicossocial do indivíduo, sendo sua reabilitação e a da deglutição, o sétimo domínio mais prejudicado, após a realização da laringectomia total, bastante demorada (De Paula & Gama, 2009).

O humor foi o terceiro mais afetado, provavelmente pelos mesmos motivos considerados para a ansiedade, seguido pelo paladar. Com a exceção de um entrevistado, todos os outros eram fumantes, e sabe-se que o tabaco aumenta a descamação da gengiva, destruição do tecido e pode ter como consequência sérios problemas periodontais, ocorrendo alteração no paladar (INCA, 2001). Outros pacientes podem ter o paladar acometido também em decorrência da radioterapia, que pode ainda afetar a produção da saliva (De Paula & Gama, 2009). Este último domínio teve a melhor pontuação, sendo o segundo melhor pontuado o domínio ombro.

O esvaziamento cervical, que geralmente acompanha a laringectomia total, pode lesar alguns nervos, especialmente o nervo acessório, o que compromete a mobilidade do ombro. Considerando que nenhum dos pacientes foi submetido a este procedimento, pode-se especular que as poucas queixas em relação ao ombro se deveram à ansiedade e à tensão emocional a que estavam submetidos.

A dor foi o quarto domínio melhor pontuado, no entanto, 52,6% dos pacientes necessitavam de medicação para controlá-la ou, mesmo com medicação, não conseguiam esse controle. É importante, portanto, que os médicos estejam bastante atentos ao diagnóstico e tratamento da dor provocada pelo câncer e suas terapias, pois este é um domínio que tem pode ter alto impacto na vida dos indivíduos.

Como esperado, mais de 60% dos pacientes consideraram que sua qualidade de vida estava muito pior no momento da entrevista, se comparado com o mês anterior ao desenvolvimento de sua doença, e que sua qualidade de vida relacionada à saúde era ruim ou muito ruim. Entretanto, quando questionados sobre sua qualidade de vida geral, pouco mais de 50% dos entrevistados consideraram-na muito boa, boa ou média. Observa-se, portanto, que os pacientes diferenciam qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida geral, e que as principais consequências da doença são no âmbito da saúde.

Em nenhum dos casos foi relatada mudança na vida familiar, mas alguns deles referem redução das atividades e da recreação, o que pode ser interpretado também como redução da interação social e das atividades laborais, limitações impostas pela doença. Esta constatação também nos faz considerar que aspectos como o apoio de familiares e amigos, assim como a espiritualidade, fazem os pacientes com câncer de laringe lidar melhor com os impactos da sua doença e tratamento. Vickery e cols. (2003) afirmam ainda que a qualidade da relação entre pacientes e seus familiares atua suavizando o impacto psicológico do câncer.

Um tema que não é abordado no questionário UW-QOL é a relação dos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço e seus parceiros. Vickery e cols. (2003) concluem que, em alguns casos, inclusive, os parceiros são mais vulneráveis a estresse psicológico que o próprio paciente. Em um estudo conduzido por Singer e cols. (2008), concluiu-se que, ao contrário do que se imagina, problemas sexuais não estariam relacionados ao tratamento do câncer de laringe, mas sim a altos níveis de angústia e a tumores em estágios mais avançados, e que a traqueostomia poderia influenciar negativamente a vida sexual do indivíduo, mas mais por prejudicar o desempenho físico do que por modificar a aparência. Foi verificado por Gritz e cols. (1999), assim como por Nalbadian e cols. (2001), que a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço muda ao longo do tempo e que, apesar de algumas melhoras em relação às mudanças físicas e à volta às atividades normais diárias com o tempo, pacientes demonstram uma queda em alguns domínios de qualidade de vida, principalmente naqueles relacionados ao relacionamento com o parceiro e ao funcionamento sexual.

Outros assuntos que não são abordados no questionário UW-QOL, mas que são considerados importantes para a qualidade de vida de um indivíduo, são os aspectos ocupacionais e financeiros (Nalbadian e cols., 2001), mencionados com frequência por nossos pacientes quando questionados sobre mudanças em suas vidas após o adoecimento, e o comprometimento do olfato (De Paula & Gama, 2009).

Conclusões

A qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e pessoal, que leva em consideração não só questões físicas e psicológicas, mas também sociais e até espirituais. Sua avaliação é extremamente difícil, pois as prioridades variam bastante de acordo com a individualidade de cada paciente, assim como variam no tempo, a depender dos muitos fatores que compõem a vida de uma pessoa. Certamente o câncer e o seu tratamento terão algum grau de impacto na qualidade de vida do paciente, mas diferentes indivíduos

provavelmente se comportarão de maneiras variadas, mesmo que possuam a mesma doença, com o mesmo estadiamento clínico.

A qualidade de vida dos pacientes avaliados, de uma maneira geral, é prejudicada pelo câncer, por tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total. Os domínios de qualidade de vida mais afetados foram a ansiedade, a fala e o humor. Além disso, a perda do emprego, o isolamento social e alterações na voz foram as principais mudanças decorrentes da doença, segundo o relato dos pacientes. Uma das limitações do questionário utilizado consiste no fato de que ele não abrange importantes questões para os pacientes, como o desempenho sexual, o olfato, assim como aspectos ocupacionais e financeiros.

É importante que sejam desenvolvidas pesquisas longitudinais que avaliem a qualidade de vida anterior e posteriormente ao tratamento empregado, visando a uma melhor compreensão das alternativas terapêuticas para que as decisões em saúde sejam tomadas de forma a obter a melhor eficiência no controle do câncer associada ao menor prejuízo possível para o paciente. Além desse item, uma melhor investigação do humor e das possíveis reações psicopatológicas apresentadas por esses pacientes torna-se relevante.

Ao se conhecer as principais dificuldades encontradas pelos pacientes com câncer de laringe, pode-se oferecer uma assistência multidisciplinar à saúde eficiente, integral e otimizada. O cuidado deve começar antes mesmo do início do tratamento, visto que a doença, por si só, compromete a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, assim como as terapêuticas empregadas, em especial a laringectomia total. O período anterior à cirurgia e o ano que se segue após ela são momentos de grande fragilidade emocional e de comprometimento da qualidade de vida para pacientes com câncer de laringe, tanto por questões funcionais, como estéticas, psicológicas e sociais, requerendo, portanto, a devida atenção da equipe multidisciplinar de saúde.

Referências

- Boffeta, P., Hashibe, M., La Vecchia, C., Zatonski, W. & Rehm, J. (2006). The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *International Journal Of Cancer*, 119:884-887.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. (2009). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. 98 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.
- Braz, D. A. S., Ribas, M. M., Dedivitis, R. A., Nishimoto, I. N. & Barros, A. P. B. (2005). Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*, 60(2): 135- 142.
- Condutas do INCA/MS. (2001). Carcinoma epidermóide da Cabeça e Pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(4): 361-37.
- De Boer, M. F., McCormick, L. K., Pruyn, J. F. A., Ryckman, R. M. & Van den Borne, B. W. (1999). Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngology– Head And Neck Surgery*, 120(3): 427-436.
- De Paula, F. C. & Gama, R. R. (2009). Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 38(3): 177-182.
- Duffy, S. A., Ronis, D. L., Valenstein, M., Fowler, K. E., Lambert, M. T., Bishop, C. & Terrell, J. E. (2006). Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 48(2): 142-148.
- Gritz, E. R., Carmack, C. L., De Moor, C., Coscarelli, A., Schacherer, C. W., Meyers, E. G. & Abemayor, E. (1999). First Year After Head and Neck Cancer: Quality of Life. *Journal Of Clinical Oncology*, 17: 352-360.
- IARC. (2008). *World Cancer Report, 2008*. (Boyle, P. & Levin, B. E.,eds), IARC Press, Lyon.
- List, M. A., Ritter-Sterr, C. A., Baker, T. M., Colangelo, L. A., Matz, G., Pauloski, B. R. & Logemann J. A. (1996). Longitudinal Assessment of Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients. *Head & Neck*, 18(1): 1-10.
- Menezes, A. M. B., Horta, B. L., Oliveira, A. L. B., Kaufmann, R. A. C., Duquia, R., Diniz, A, Motta, L. H., Centero, M. S., Estanislau, G. & Gomes, L. (2002). Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista de Saúde Pública*, 36(2): 129-134.

- Moreno, A. B. & Lopes, C. S. (2002). Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 81-92.
- Nalbadian, M., Nikolaou, A., Nikolaidis, V., Petridis, D., Themelis, C. & Daniilidis, I. (2001). Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European Archives Of Otorhinolaryngology*, 258: 336-340.
- Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay & J., Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *Ca: A Cancer Journal For Clinicians*, 55: 74-108.
- Raitiola, H. & Pukander, J. (2000). Symptoms of Laryngeal Carcinoma and their Prognostic Significance. *Acta Oncologica*, 39(2): 213-216.
- Ramírez, M. J. F.; Ferriol, E. E.; Doménech, F. G.; Llatas, M. C.; Suárez-Varela, M. M. & Martinez, R. L. (2003). Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology– Head And Neck Surgery*, 129(1): 92-97.
- Risberg-Berlin, B., Rydén, A., Möller, R. Y. & Finizia, C. (2009). Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. *Bmc Ear, Nose And Throat Disorders*, 9(8). Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6815/9/8>>. Acesso em: 13 ago. 2010.
- Sartor, S. G., Eluf-Neto, J., Travier, N., Wünsch Filho, V., Arcuri, A. S. A., Kowalski, L. P. & Boffeta, P. (2007). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Caderno de Saúde Pública*, 23(6): 1473-1481.
- Singer, S. S., Danker, H., Dietz, A., Kienast, U., Pabst, F., Meister, E. F., Oeken, J., Thiele, A. & Schwarz, R. (2008). Sexual problems after total and partial laryngectomy. *The Laryngoscope*, 118: 2218-2224.
- Terrel, J. E., Fisher, S. G. & Wolf, G. T. (1998). Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 124: 964-971.
- Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L. B., Toyota, J., McDowell, J. A., Weymuller Jr, E. A. & Kowalski, L. P. (2006). Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 28(12): 1115-1121.
- Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M. & Feber, T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & Neck*, 25(4): 289-296.
- Weymuller Jr, E. A., Yueh, B., Deleyiannis, F. W. B., Kuntz, A. L., Alsarraf, R. & Coltrera, M. D. (2000). Quality of Life in patients with head and neck cancer. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 126: 329-335.

World Health Organization. (1993). *WHOQOL Study Protocol*. WHO (MNH7PSF/93.9).

Wünsch Filho, V. (2004). The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical Journal* 122(5): 188-194.