

## Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço<sup>1</sup>

Sebastião Benício da Costa Neto e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo<sup>2</sup>  
Universidade Federal de Goiás, Universidade Católica de Goiás e Universidade de Brasília

### Resumo

A presente pesquisa teve por objetivo geral avaliar instrumentos de medida da qualidade de vida para pacientes que desenvolveram câncer de cabeça e pescoço. Participaram da investigação 41 sujeitos entre 20 e 85 anos de idade, atendidos em uma instituição especializada em oncologia no Centro-Oeste. Foram aplicadas a Escala Análoga-Visual de Qualidade de Vida (Font & Costa Neto, 1999) e duas escalas da *European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC QOL-C30* e *H&N-35* (versão 3.0). Os instrumentos possibilitaram a identificação de perdas na qualidade de vida da amostra, mostrando-se, portanto, adequados para avaliar as condições dessa clientela, visando a uma intervenção terapêutica e preventiva em oncologia. Foi possível constatar, também, que muitos pacientes têm uma percepção diferenciada das noções de saúde geral e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, oncologia, cirurgia, cabeça e pescoço.

### Quality of life evaluation of patients with head and neck cancer

### Abstract

The general objective of the present study is to evaluate instruments which measure the quality of life of patients who have developed head and neck cancer. A total of 41 individuals, aged 20 to 85, participated in this study. All of them were patients of a specialized oncology institute in the Brazilian mid-west area, with diagnosis of oral tumors. At the time of their medical consultation, patients were subjected to Quality of Life Visual Analogous Scale (Font & Costa Neto, 1999), as well as the scales EORTC QOL-C30 and H&N-35 (version 3.0) from the European Organization for Research and Treatment of Cancer. The instruments permitted the identification of losses in the quality of life of subjects, being, therefore, adequate tools to evaluate the general condition of the group, envisioning preventive and therapeutic intervention in oncology. In many patients, we could also verify that they had a differentiated perception between general health and quality of life.

**Key words:** quality of life, oncology, surgery, head and neck.

1. Trabalho apresentado no Simpósio *Qualidade de vida e saúde*, XXX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Brasília, DF, outubro de 2000.

2. Endereço para correspondência: T.C.C.F. Araújo, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, ICC Sul, Asa Norte, cep 70910-900, Brasília, DF, e-mail: araujotc@unb.br  
Apoio financeiro CAPES.

Estudos sobre a qualidade de vida de portadores de câncer têm sido úteis tanto para orientar as práticas profissionais, quanto para reflexão e desenvolvimento da psicologia aplicada ao campo da saúde. Neste contexto, qualidade de vida pode ser compreendida como uma configuração da realidade do enfermo oncológico tomada como objeto de investigação com propósitos clínicos, sobretudo pela Psico-oncologia.

Três diferentes níveis podem ser considerados ao se analisar a relação saúde – qualidade de vida: (1) A gestão política de saúde e a alocação de recursos (Kaplan, 1995; Schuttinga, 1995; Erickson, Wilson e Shannon, 1995); (2) Os interesses da indústria farmacêutica (Epstein e Lydick, 1995; Freeman, 1995) e (3) A avaliação de doenças específicas (Moinpour, Savage, Hayden, Sawers e Upchurch, 1995; Ganz e Coscarelli, 1995; Shapiro, Muldoon, Waldstein, Jennings e Manuck, 1995; Shapiro, Hui, Oakley e Pasic, 1995; Elias e cols., 1995; Rosen e Kostis, 1995).

Apesar dessa vasta abrangência e inúmeras pesquisas já realizadas, não tem sido possível fundamentar programas de intervenção e acompanhamento a partir de uma perspectiva conceitual integrada e coerente. Ainda hoje, persiste uma grande diversidade acerca da noção de qualidade de vida.

Assim, para muitos autores, qualidade de vida corresponderia a uma entidade vaga e etérea. Algo sobre o que muito se fala, mas que não se pode claramente conhecer (Campbell e cols., 1976; citados por Cella e Cherin, 1988, De Haes e Van Knippenberg, 1989). Em contrapartida, alguns pesquisadores vêm respondendo ao desafio e dedicam-se à tarefa de organização conceitual, mesmo que de forma controversa.

Neste sentido, cabe assinalar que os elementos subjetivos do enfermo vêm sendo progressivamente enfatizados por aqueles que se dispõem a afinar constructo. Propõe-se, por exemplo, que seja considerado como um bem-estar subjetivo que reflete as diferen-

ças entre as expectativas de uma pessoa e sua experiência atual. Contudo, na esfera da saúde, parece essencial destacar também os aspectos interacionais envolvidos desde a organização do sistema de saúde até as relações estabelecidas entre o doente e equipe de saúde que lhe presta atendimento numa dada unidade hospitalar ou ambulatorial (Costa Neto, Araújo e Curado, 1999).

### Instrumentos de medida de qualidade de vida

Uma breve perspectiva histórica permite constatar que a noção de qualidade de vida está fortemente associada na literatura à intenção de obter medidas e desenvolver instrumentos de avaliação. Se, desde os anos 30 e 40, é possível notar o interesse pelo tema, é a partir dos anos 50 que a expansão torna-se mais evidente (Tabela 1), sendo marcada, inclusive, pelo surgimento do primeiro instrumento voltado para pacientes oncológicos, em 1948, denominado *Performance Status Scale*, de Karnofski e Burchenal (Cummins, 1998).

**Tabela 1.** Distribuição de instrumentos principais de qualidade de vida e áreas correlatas, segundo a década.

Década	F	%
1930	02	0,4
1940	02	0,4
1950	11	2,5
1960	33	7,0
1970	76	17,0
1980	172	38,6
1990	150	33,6
TOTAL	446	100

Tomando por base o levantamento realizado por Cummins (1998), abrangendo o período de 1930 a 1990, foi possível identificar 503 instrumentos de avaliação de qualidade de vida, dentre os quais 58% se destinavam a pessoas adultas sem transtorno físico ou mental. Ao se considerar apenas os 446 instrumentos principais (descartando-se as versões derivadas) e classificando-os de acordo com a década de publicação, observa-se que, em 1930, havia apenas dois instrumentos, sendo que, na década de 1980, são citados 180 instrumentos na literatura. Entre 1940 e 1960, as investigações começam a incluir a perspectiva do sujeito avaliado, mesmo que em áreas restritas da existência. Possivelmente, associado ao intenso desenvolvimento da área da Psicologia da Saúde, o número de instrumentos dobra na década de 1970 e inicia-se uma diversificada aplicação a populações com diferentes diagnósticos médicos. Nas décadas de 1980 e 1990, a proliferação instrumental prossegue, sendo a designação qualidade de vida adotada sistematicamente. Elementos de natureza diversa e complexa são progressivamente abarcados nas avaliações, abordando-se, inclusive, a relação do indivíduo avaliado com a comunidade e sua atuação como cidadão.

Apesar do amplo reconhecimento da importância da subjetividade na avaliação da qualidade de vida, ainda predominam pesquisas de natureza psicométrica que não possibilitam tal perspectiva. De modo geral, é possível supor a existência de duas tendências nos processos de mensuração. Uma tendência centripeta, em que os dados são gerados a partir da percepção do profissional de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social) e uma tendência centrífuga em que as avaliações são feitas pelo próprio sujeito-alvo.

No Brasil, as pesquisas vêm adotando diferentes instrumentos, dentre os quais: o Inventário de Qualidade de Vida de Lipp, a Escala Análoga-Visual de Font, as escalas da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* – EORTC QOL-C30 e H&N-35 (versão 3.0), a *Rotterdam Symptom Checklist*, o instrumento desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life*, além de questionários produzidos em algumas unidades de saúde. Em geral, tais projetos, executados por diferentes instituições acadêmicas e/ou assistenciais, têm por objetivo comum contribuir para o aprimoramento da intervenção terapêutica e preventiva e, talvez, no futuro, permitam a realização de estudos de meta-análise sobre o contexto de saúde brasileiro.

### Aspectos clínicos e psicossociais do câncer de cabeça e pescoço

Cabe explicar que estes tumores englobam a cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe, nasofaringe, fossa nasal, seios paranasais, glândulas salivares e tireóide (Brandão e Ferraz, 1989). Os sintomas mais comuns são: disфония, dispnéia, disfagia, presença de gânglios no pescoço e axilas, otalgia reflexa, perda de peso e trismo (nos casos mais graves, dificuldade para abrir a boca devido à invasão tumoral na estrutura da mandíbula). As modalidades terapêuticas mais comuns são radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e cirurgia, ou uma associação entre elas (sobretudo, de cirurgia e radioterapia), cada uma delas com efeitos colaterais e/ou consequências funcionais, estéticas e psicossociais.

Cerca da metade desses pacientes, ao ser diagnosticada, já apresenta tumores avançados, o que conduz a intervenções terapêuticas mais agressivas, como cirurgias, ainda hoje bastante mutilatórias, pois provocam alterações estéticas e funcionais significativas (Costa Neto e cols., 1998). Neste caso, pode-se supor que as formas de adaptação psicossocial vão estar intimamente associadas ao grau de desfiguração acarretado tanto pela evolução da doença, quanto pela terapêutica adotada e ao grau de disfunção decorrente da mesma. Todavia não é possível estabelecer uma relação linear entre uma dada disfunção e uma forma específica de adaptação psicossocial, o que poderia ser explicado pela presença mediadora de variáveis como, por exemplo, as estratégias de enfrentamento adotadas por cada paciente (Breitbart e Holland, 1988; Costa Neto e cols., 1998; Costa Neto e cols., 1999).

As diferentes etapas da experiência oncológica (diagnóstica, terapêutica/ reabilitação e sobrevivência) têm sido associadas a dificuldades de natureza psicológica e psiquiátrica. Na área específica do câncer de cabeça e pescoço, há várias décadas, tem-se enfatizado que o medo da não aceitação social e o isolamento, vinculados à desfiguração induzida pela doença e seu tratamento, estão na origem dos quadros de tensão e tristeza observados em muitos pacientes. Desfigurações da face produzem intensas reações emocionais, dado o grande valor desta zona corporal no estabelecimento e regulação das interações pessoais, profissionais e sociais, em razão do substrato que constitui para a expressão da personalidade ou estado emocional (Adsett 1963; Breitbart e Holland, 1988; Bayés, 1991).

A etapa de reabilitação após a cirurgia estaria, conseqüentemente, relacionada à integração da ima-

gem corporal e desencadeamento de um processo dinâmico, em que a pessoa aprende, gradualmente, a com- pensar as seqüelas das mutilações anatômicas e a otimizar o uso da estrutura e funcionalidade residuais, além da disponibilidade de sua rede de apoio social (Muigrew e Dropkin, 1991; Morton, 1995; Costa Neto e cols., 1999). Portanto, apesar de não constituir categoria diagnóstica de maior incidência epidemiológica, os cânceres de cabeça e pescoço representam uma categoria clínica com importantes e desafiadoras demandas de intervenção no plano psicológico e social, para as quais os profissionais das equipes de saúde nem sempre estão em condições de atender, tendo em vista os atuais recursos teóricos, metodológicos e práticos.

Assim sendo, a presente pesquisa teve por objetivo principal examinar a aplicabilidade de instrumentos sistematizados de avaliação de qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com câncer de cabeça e pescoço.

## METODOLOGIA

### Sujeitos

Participaram desta investigação 41 pacientes, de ambos os sexos, entre 20 e 85 anos de idade, atendidos no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer de Goiás.

### Instrumentos

A Escala Análoga-Visual de Font e Costa Neto (Costa Neto, 2001) foi originalmente desenvolvida por Font (1988) para câncer de mama e, poste-

riormente, adaptada para câncer de cabeça e pescoço. São apresentadas 34 questões abrangendo quatro dimensões de qualidade de vida: física, independência/dependência, social/familiar e psicológica. Ao final, o sujeito deve realizar uma avaliação geral de sua qualidade de vida. As medidas obtidas correspondem a perdas em relação à condição de saúde;

As escalas da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) são do tipo *Likert* e compostas por um módulo com itens gerais e outros específicos de acordo com o tipo de neoplasia. Auto-aplicáveis e relativamente breves têm condições de validade, fidedignidade e responsividade para mudanças clínicas ao longo do tempo, além de contemplar características transculturais (Aronson, 1988; Bjordal e Kaasa, 1992; Bjordal e cols., 1994; EORTC Quality Of Life Study Group, 1997). A versão em língua portuguesa para o Brasil denomina-se - *EORTC Quality of Life - C30 e Head & Neck-35* (versão 3.0). Nestes instrumentos, quanto maior os escores das escalas funcionais e condição geral de saúde e qualidade de vida, maior a satisfação, ao passo que, quanto maior os escores nas escalas de sintomas, maior a perda.

## Procedimentos

Após autorização formal da EORTC para uso das escalas e realização de estudo piloto, os sujeitos foram abordados durante a consulta ambulatorial médica, durante a fase de formulação diagnóstica ou preparo para cirurgia. Depois de informados sobre os objetivos do estudo e de terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com as recomendações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde, os participantes foram sub-

metidos, individualmente e em local previamente preparado, à aplicação das escalas análogo-visuais de Font e Costa Neto (Costa Neto, 2001), QLQ-C30 e H&N-35 da EORTC.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve um predomínio de mulheres (54%) na composição da amostra (Tabela 2), apesar da literatura apontar tendência inversa, visto que existem mais casos de homens com câncer de cabeça e pescoço que mulheres, numa proporção de quase 3 por 1 (Ministério da Saúde, 1998, 2000). No mesmo grupo, o intervalo de idade predominante foi de 41 a 50 anos (29%), seguido pelo intervalo posterior de 51 a 60 anos (19,5%), coerente com os dados epidemiológicos disponíveis. Os casados predominaram (61%), seguidos por pessoas solteiras (14,6%) e separadas (14,6%). A maior parte dos sujeitos estava empregada (41,5%), seguida pela categoria das donas de casa (21,9%). Quarenta e dois por cento da amostra relatou ter interrompido a atividade de trabalho em virtude da doença e/ou do tratamento. Mais de 50% residiam em cidade ou Estado diferente de onde se encontrava a instituição de saúde em que faziam diagnóstico e/ou tratamento. Quanto à escolaridade, pessoas sem qualquer instrução formal compunham 19,5% de toda a amostra, dado semelhante aos obtidos em estudos anteriores (Costa Neto, 1997; Costa Neto, Araujo, Curado e Silva, 1998).

A Tabela 2 a seguir, apresenta, também, alguns indicadores clínicos da amostra. Constatou-se que aquela era a primeira vivência oncológica dos sujeitos abordados. Apesar da maior parte encontrar-se em fase de conclusão de exames diagnósticos (73,2%), muitos já haviam recebido alguma advertência do médico



significativas, apenas um sujeito estava traqueostomizado em razão do bloqueio das vias aéreas superiores.

A Tabela 3 apresenta os resultados da Escala análogo-visual de Font e Costa Neto (Costa Neto, 2001). Todos os sujeitos apresentaram sintomas físicos nas 24 horas que antecederam a avaliação. A média de aumento de náuseas foi de 16,87% e de dor, 44,06%. Quatro sujeitos manifestaram vômitos no mesmo período, sendo que um deles relatou ter sofrido

de mais de 30 episódios. Setenta e cinco por cento dos pacientes relataram ter experimentado dor local ou loco-regional, considerando o sítio tumoral.

Na Dimensão dos Hábitos Cotidianos, observam-se, como mais frequentes, as alterações nas rotinas de trabalho (32,82%), dificuldades com a deglutição (25,95%), diminuição do apetite (22,41%) e aumento de fadiga (20,46%). De outro lado, a diminuição da mobilidade e cuidados pessoais foi o que

**Tabela 3.** Perdas em qualidade de vida, segundo a Escala análogo-visual de Font e Costa Neto (N=41), por aumento (+) ou diminuição (-) do fator.

Dimensão	Fator	Média (%)	DP
Física	Náusea	(+) 16,84	29,97
	Dor	(+) 44,06	41,45
Hábitos Cotidianos	Mobilidade	(-) 3,5	10,97
	Trabalho	(-) 32,83	47,09
	Atividade física	(-) 19,19	35,12
	Fadiga	(+) 20,46	30,14
	Sono	(-) 16,96	28,93
	Atividade doméstica	(-) 16,56	33,11
	Apetite	(-) 22,41	35,89
	Vigília	(-) 8,88	19,72
	Deglutição	(-) 25,95	31,47
	Comunicação	(-) 16,96	29,81
	Constrangimentos	(+) 14,51	24,58
	Cuidados pessoais	(-) 0,66	2,40
	Social / Familiar	Atividade social	(-) 10,49
Preocupação com filhos		(+) 36,32	39,29
Dificuldades conjugais		(+) 17,42	30,07
Dificuldades com a família		(+) 7,90	24,93
Satisfação com informações		(-) 26,90	37,14
Atratividade		(-) 22,43	39,55
Preocupação econômica		(+) 32,97	39,48
Atividade recreativa		(-) 22,88	33,65
Psicológica	Ira	(+) 26,97	31,06
	Ansiedade	(+) 28,93	34,52
	Depressão	(+) 28,54	37,31
	Concentração	(-) 22,72	31,76
	Volição	(-) 14,40	30,27
	Preocupação c/ aparência física	(+) 22,44	36,87
	Ideação suicida	(+) 5,84	20,64
	Medo	(+) 34,63	33,96
<b>Avaliação Geral de QV</b>		(-) 19,28	30,49

teve menor impacto na qualidade de vida (3,5% e 0,66 %, respectivamente).

Quanto à Dimensão Social e Familiar, 34 dos 41 sujeitos apontaram o aumento da preocupação com os filhos (36,32%) como o fator que mais causava impacto na ocasião da avaliação. Cerca de 60% de toda a amostra avaliou estar nada ou pouco satisfeita com o conteúdo das informações que estava recebendo durante a fase de diagnóstico. O fator menos reduzido foi o das relações familiares (7,9%), exceto quando observado em pessoas que já conviviam com situações conflituosas no ciclo familiar na situação pré-mórbida.

Em relação à Dimensão Psicológica, em muitos fatores, a perda foi semelhante: aumento de ira (26,97%), ansiedade (28,93%), depressão ou tristeza mais acentuada (28,54%) e dificuldade de concentração (22,72%), os quais foram cotados com mais intensidade, em relação ao passado, quando os sujeitos não percebiam sua saúde ameaçada. Medo foi o fator de maior intensidade, com aumento médio de 34,03%, sendo que alguns participantes atribuíram um crescimento em até 100%.

A média de perda na qualidade de vida em todo o grupo investigado foi de 19,28%. Na literatura, tem-se compartilhado a idéia de que avaliações globais resgatam fatores ou mesmo dimensões não privilegiadas por determinados instrumentos de avaliação (Osoba, 1991; Cella, 1995; Aaronson, Calais da Silva e Voogt, 1988). Em outras palavras, uma avaliação geral é orientada por fatores desconhecidos pelo investigador, o que explicaria a obtenção de um resultado muito distinto da média das avaliações realizadas em dimensões específicas. Por exemplo, associado ao fator medo da dimensão psicológica, um determinado sujeito relatou, em pesquisa anterior (Costa Neto e cols., 1999), que seu medo era benéfico, apesar de ter aumentado em mais de 60%, comparado à fase pré-mórbida, pois o tornava mais atento com os cuidados que deveria manter após a inter-

venção cirúrgica. De certa forma, este sujeito incorpora, em sua subjetividade, o fator medo, atribuindo um significado que lhe permitiu manter níveis gerais de qualidade de vida satisfatórios.

Em ambas as escalas da EORTC, o menor escore foi atribuído ao Funcionamento Emocional (58% e 72%, respectivamente). Na Escala Funcional, a satisfação é superior a 50% em todos os fatores analisados, sendo mais pronunciada no Funcionamento Social (80% e 84%, respectivamente para a escala C-30 e H&N-35) e Funcionamento Físico (79% e 83%).

Tabela 4. Perdas em qualidade de vida, segundo as Escalas da EORTC C-30 e H & N-35 (N=41).

Escala	Questões C-30	Questões Hn-35	QV C-30	QV HN-35
Funcional (+)	1 a 5	35 a 44, 48, 61 a 63	79 %	83 %
Funcionamento Físico				
Funcionamento de Papel	6 e 7	-	69 %	-
Funcionamento emocional	21 a 24	48, 52, 59, 60	58 %	72 %
Funcionamento cognitivo	20 e 25	-	73 %	-
Funcionamento social	26 e 27	50, 51, 53 a 58	80 %	84 %
De sintomas (-)				
Fadiga	10, 12 e 18	-	31,33 %	-
Náusea/vômito	14 e 15	-	17,33 %	-
Dor	9 e 19	31 a 34	41,0 %	27,3 %
Dispnéia	8	45 e 46	18,67 %	30,3 %
Insônia	11	-	28,3 %	-
Perda de apetite	13	-	25,3 %	-
Constipação	16	-	18,3 %	-
Diarréia	17	-	4,0 %	-
Dificuldade de financeiras	20	-	44,0 %	-
Perda de peso	-	64 e 65	-	34,0 %
Condição Geral de Saúde e de QV (+)	29 e 30	47	55,33 %	72,34 %

Na avaliação da Saúde Geral e Qualidade de Vida Geral, a média foi de 55,33% nestas dimensões, segundo a escala C-30. Interessante observar que muitos pacientes atribuíram escores diferentes a tais dimensões globais, o que reforça a suposição de que se trata de entidades próximas, mas distintas.

De modo geral, os sujeitos tiveram boa receptividade aos instrumentos utilizados, relatando boa facilidade na compreensão das instruções. Em suma, as escalas empregadas possibilitaram a identificação das perdas de qualidade de vida, sendo, portanto, adequadas para avaliar as condições desta clientela, visando a uma intervenção terapêutica e preventiva em oncologia.

### CONCLUSÃO

Qualidade de vida é um constructo multidimensional que, na área da saúde, exige uma abordagem interdisciplinar. Isto tem implicações não apenas para a metodologia dos processos avaliativos, mas, sobretudo, para a intervenção clínica. Assim, na esfera das relações intra-equipes de saúde, por exemplo, as medidas de qualidade de vida poderiam facilitar os processos de comunicação entre os profissionais de formações distintas que, ao identificarem áreas de perdas ou limitações, se reorganizariam para propor um plano terapêutico de maior interesse para o bem-estar do paciente. Da mesma maneira, indivíduos com baixos escores de qualidade de vida na etapa de admissão e triagem poderiam ser priorizados pelo programa assistencial.

Apesar das vantagens demonstradas pelos instrumentos aqui adotados, sugere-se que investigações futuras incluam uma abordagem qualitativa nos delineamentos metodológicos, como, por exemplo, o desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas, para melhor compreensão e aprofundamento dos aspectos subjetivos e clínicos já identificados nesta investigação.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N.K. (1988). Methodological issues in psychosocial oncology with special reference to clinical trials. Em V. Ventafridda, F. S. A. M. Van Ddam, R. Yancik e M. Tamburini (orgs.), *Assessment of quality of life and cancer treatment* (pp.29-42). Amsterdam: Elsevier.
- Aaronson, N. K.; Calais da Silva, F. e Voogt, H. J. (1988). Subjective response criteria and quality of life. Em F. H. Schoröder (org.), *EORTC genitourinary group monograph 5: Progress and controversies in oncological urology ii* (pp. 261-273). Amsterdam: Alan R. Liss.
- Adsett, C. A. (1963). Emotional reactions to desfigurement from cancer therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 89, 385-391.
- Bayés, R. (1991). *Psicologia oncológica - Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer* (2a. ed.). Barcelona: Martinez Roca.
- Bjoridal, K. e Kaasa, S. (1992). Psychometric validation of the EORTC core questionnaire, 30 items version and a diagnosis specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 31, 311-321.
- Bjoridal, K.; Ahlner-Elmqvist, M.; Tolleson, E.; Jensen, A. B.; Razavi, D.; Maher, E. J. e Kaasa, S. (1994). Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessment in head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 33, 879-885.
- Brandão, L. G. e Ferraz, A. R. (1989). *A cirurgia de cabeça e pescoço*. São Paulo: Roca.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (1998). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Pro-Onco/INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2000). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Pro-Onco/INCA.
- Breitbart, W. e Holland, J. (1988). Psychosocial aspects of head and neck cancer. *Seminars in Oncology*, 15, 61-69.
- Cella, D. F. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminaries in Oncology*, 22, 73-81.

- Cella, D. F. e Cherin, E. A. (1988). Quality of life during and after cancer treatment. *Cancer*, 14 (5), 69-75.
- Costa Neto, S. B. (1997). Avaliação da qualidade de vida de portadores de câncer de cabeça e pescoço [Resumo]. Em T. C. C. F. Araujo e C. M. L. C. Zannon (orgs.), *Resumos de Comunicações Científicas. VII Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar*. Resumos (p.59). Brasília: UnB.
- Costa Neto, S.B. (2001). *Qualidade de vida de portadores de cânceres de cabeça e pescoço*. [Projeto de Pesquisa de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília.
- Costa Neto, S. B.; Araujo, T. C. C. F. e Curado, M. P. (1999). O coping como variável relevante na qualidade de vida de pessoas mutiladas: Com um enfoque especial à pessoa atingida pelo câncer de cabeça e pescoço. Em L. P. Kowalski, L. L. Dib, M. K. Ikeda e C. Adde (orgs.), *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal* (pp.529-546). São Paulo: Fróntis Editorial.
- Costa Neto, S. B.; Araujo, T. C. C. F.; Curado, M. P. e Silva, K. G. (1998). Escala de qualidade de vida para câncer de cabeça e pescoço: Um indicador do status subjetivo de saúde [Resumo]. Em Associação de Combate ao Câncer em Goiás (org.), *Resumos dos Temas Livres. III Congresso e V Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia*. Resumos. Goiânia: ACCG.
- Costa Neto, S. B.; Miranda, A. M. C.; Oliveira, A. C.; Gramacho, P. M.; Soares, E. G. B.; Barros, A. C.; Rosa, T. N. e Paula Jr., W. (1998). Os serviços clínicos de psico-oncologia da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Em M. M. M. J. Carvalho (org.), *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver* (pp.85-130). São Paulo: Summus Editorial.
- Cummins, R. A. (1998). *Directory of instruments to measure quality of life and cognate areas*. Melbourne: Deakin University.
- De Haes, J. C. J. M. e Van Knippenberg, F. C. E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's Tower Revisited". *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1.239-1.241.
- Elias, M. F.; Elias, P.K.; Cobb, J.; D'agostino, R.; White, L. R. e Wolf, P. A. (1995). Blood pressure affects cognitive function: the framingham studies revisited. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp.121-143). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- EORTC Quality Of Life Study Group (1997). *QLQ-C30: Scoring Manual*. Brussels.
- Epstein, R. S. e Lydick, E. (1995). Quality of life assessment: a pharmaceutical industry perspective. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of Life in behavioral medicine research* (pp. 57-67). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erickson, P.; Wilson, R. e Shannon, I. (1995). Years of health life: Charting improvements in the Nation's Health. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 43-56). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Font, A. G. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tese de Doutorado, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Freeman, R. A. (1995). A commentary on the pharmaceutical industry's sponsorship of health-related quality of life research. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 69-76). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ganz, P. A. e Coscarelli, A. (1995). Quality of life after breast cancer: A decade of research. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 97-113). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kaplan, R. M. (1995). Quality of life, resource allocation and the U.S. health - Care crisis. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp.3-30). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moinpour, C. M.; Savage, M.; Hayden, K. A.; Sawers, J. e Upchurch, C. (1995). Quality of life assessment in cancer clinical trials. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp.79-95). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Morton, R. (1995). Evolution of quality of life assessment in head and neck cancer. *The Journal of Laryngology and Otology*, 109, 1029-1035.
- Mulgrew, B. e Dropkin, M. J. (1991). Coping with craniofacial resection: A case study. *The Journal:*

*Official Publication of the Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses*, 1, 9-19.

- Osoba, D. (1991). Measuring the effect of cancer on quality of life. Em D. Osoba (org.), *Effect of cancer on quality of life* (pp.25-40). Boca Raton: CRC Press.
- Rosen, R. C. e Kostis, J. B. (1995). Antihypertensive therapy and quality of life: Effects of drug and nondrug interventions of sleep, mood state and sexual functioning. Em J. E. Dimsdale e A. Baum. (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp.145-160). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schuttinga, J. A. (1995). Quality of life from a federal regulatory perspective. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp.31-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shapiro, A. P.; Muldoon, M. F.; Waldstein, S. R.; Jennings, J. R. e Manuck, S. B. (1995). Blood pressure and behavioral effects of antihypertensive medications: A preliminary report. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 115-119). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shapiro, D.; Hui, K. K.; Oakley, M. E. e Pasic, J. (1995). Effectiveness of a combined behavioral drug intervention for hypertension: drug, personality and quality of life. Em J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 171-190). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER - UICC (1997). Atlas TNM - *Guia ilustrado para a classificação TNM/pTNM de Tumores Malignos* (4ª ed.). (E. S. P. Bélaváry e M. R. Torloni, Trad.) São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Recebido em: 27/10/2000

Aceito em: 17/02/2003