

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO^(1,2)

COSTA NETO, SB^{1, 2, 3}; ARAUJO, TCCF²; CURADO, MP³

Este estudo propõe-se a uma breve revisão da literatura sobre qualidade de vida (QV) e câncer de cabeça e pescoço, bem como avaliar a reação de enfermos com esta patologia frente a Escala de Qualidade de Vida desenvolvida por Font - 1988 (Costa Neto, 1997). Participaram do estudo 43 pacientes do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Araújo Jorge - ACCG, que foram abordados individualmente na ocasião da consulta médica ou durante a internação hospitalar. Houve o predomínio de casos masculinos (55,8%) sobre os femininos (44,2%), a maioria em tratamento cirúrgico exclusivo (60%), com idade entre 51 e 60 anos (28%), com nenhuma (21%) ou pouca escolarização (36%). Cerca de 44% não trabalhava devido ao câncer. As neoplasias mais freqüentes eram da boca (25%), tireóide (19%) e laringe (16%). Na subescala (S-E) Sintomas, predominaram os fatores dor (38%) e náuseas (23%). Na S-E Dificuldade nos Hábitos Cotidianos, as atividades laborais (62%). Na S-E Dificuldades Sociais/Familiares, preocupação com os filhos (60%) e preocupações econômicas (58%). Na S-E Fatores Psicológicos, Insatisfação com o Próprio Corpo (54%) e Medo (49%). No geral, houve uma perda média de 35% na QV dos enfermos. Conclui-se que a Escala de QV de Font é apropriada para sujeitos com câncer de cabeça e pescoço, mas sugere-se associá-la a entrevistas semi-estruturadas, uma vez que as dimensões de significado não são avaliadas por instrumentos mais objetivos.

Unitermos: Qualidade de vida. Câncer de cabeça e pescoço.

Keywords: Life quality. Head and neck cancer.

Introdução

Os autores agradecem a Kleily Gonçalves Dias, aluna de graduação da Universidade Católica de Goiás, pela preciosa colaboração na coleta de dados e aos médicos do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Araújo Jorge - ACCG, Dr. José Carlos de Oliveira, Dr. Márcio Roberto Barbosa, Dr. Waldir Castro Quinta e médicos residentes, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

1 - Universidade Federal de Goiás - Hospital das Clínicas - Seção de Psicologia.

2 - Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia.

3 - Associação de Combate ao Câncer em Goiás - Hospital Araújo Jorge.

Para a Organização Mundial de Saúde, desde os anos 80 a qualidade de vida (QV) é um tema de intervenção e de pesquisa fundamental, que deve ser orientado pela avaliação do impacto de diversos fatores nas habilidades físicas e na vida psicológica, social e espiritual do indivíduo, e que possa constituir parâmetros nos estudos de custo-benefício e contribuir com a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde (OMS, 1998). Neste sentido, tem-se observado que a condição do bem-estar ou a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CP) é multidimensional (Costa Neto e cols., 1998).

Implicitamente aos objetivos de cada uma das intervenções com o enfermo de CP, encontra-se a expectativa por parte da equipe de saúde de que sejam proporcionadas condições de vida mais funcionais, adaptadas e satisfatórias. Contudo, aquilo que se traduz como condição de adaptação, comodidade e prazer para a equipe de saúde poderá não ser compartilhado com o mesmo entusiasmo pelo enfermo. Caso seja

Endereço para correspondência: Sebastião B. Costa Neto. Rua 5, n. 56 - St. Norte-Ferroviário - Goiânia - Goiás - CEP 74063-100.

desconsiderada a avaliação do sujeito sobre sua própria condição, a equipe poderá ter dificuldades para conseguir a adesão aos procedimentos de diagnóstico, tratamento, reabilitação ou cuidados paliativos.

A experiência demonstra que pessoas que poderiam ser beneficiadas pelo tratamento cirúrgico o recusam controladas, sobretudo, por significados pessoais que atribuem à situação do que por uma avaliação das condições objetivas presentes.

A literatura evidencia que um fator importante envolvido na problemática do câncer de CP são as suas representações. Redko (1994 e 1995), usando de entrevistas semi-estruturadas, desenvolveu dois estudos a respeito das representações sociais da patologia em uma amostra brasileira. No primeiro estudo entrevistou pacientes e focalizou sua atenção na maneira como o câncer era entendido pelos mesmos e constatou que estes faziam relações causais da etiologia, predominantemente, colocando-se em uma posição de passividade e atribuindo aos objetos ou eventos externos a sua situação mórbida. Além disso, os enfermos buscavam explicações que ultrapassavam a dimensão física, recebendo outras conotações de ordem moral, ocupacional e religiosa. De forma geral, os sujeitos retiravam de si a responsabilidade pela evolução da doença, ora atribuindo-a às forças externas, ora à sua constituição genética (Redko, 1994).

De outro lado, entrevistando a equipe de saúde, Redko (1995) evidenciou uma assimetria na compreensão do objeto câncer de CP quando comparada às dos enfermos. De maneira geral, os enfermos eram considerados, pelos profissionais, como alcoólatras e fumadores crônicos e, desta maneira, depositavam neles toda a responsabilidade pela causa de suas enfermidades e pela origem dos problemas interacionais verificados durante o processo de tratamento, sem questionar o papel de suas próprias atitudes e decisões neste contexto.

As diferenças nas representações sobre a etiologia do câncer de CP levam a distintas expectativas e avaliações do tratamento e de seus resultados, incluindo o bem-estar do enfermo e sua qualidade de vida.

No que se refere ao câncer de laringe, por exemplo, diversos autores têm buscado avaliar o profundo impacto que esta patologia exerce na vida dos enfermos e de seus familiares (Helsing & Seif, 1986; Hilgers, 1989; Patterson, 1992). Do ponto de vista médico, após as laringectomias aparecem sintomas como: grande produção de secreção ou catarro, tosse, necessidade de expectoração forçada e necessidade de limpeza do traqueostoma. Estes sintomas desencadeiam diferentes problemas na vida diária, incluindo a fadiga e os problemas com o sono que, por sua vez, repercutem nas interações sociais e levam à tensão psicológica. Ao longo do tempo, os problemas respiratórios atingem consideravelmente a qualidade de vida das pessoas laringectomizadas.

A avaliação da QV do enfermo oncológico tem sido um interesse crescente entre os profissionais da área, sobretudo nas últimas duas décadas (Ganz, 1988), apesar dos primeiros trabalhos sobre o assunto aparecerem na década de 50 (Bayés, 1991).

A ausência de conceitos claros de QV na literatura é reflexo dos atuais limites da pesquisa sobre o tema e evidencia a complexidade do fenômeno. Font (1988) o descreve como “uma avaliação subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida e com relação ao seu estado de saúde” (p. 27). Neste sentido, o autor reconhece o papel da subjetividade na percepção do bem-estar de cada sujeito e lhe dá uma condição central em seu conceito. Além disso, este conceito possibilita conhecer o impacto da enfermidade e/ou do tratamento em áreas que ultrapassam a dimensão física, contribuindo com conhecimentos para a avaliação e manipulação da evolução da enfermidade, ajudando as decisões médicas, potencializando a comunicação entre a equipe de saúde e o enfermo e facilitando programas de reabilitação.

Para Bayés (1993), sem avaliações da QV dos enfermos crônicos, sobretudo os oncológicos, não se consegue ter uma clara compreensão do grau de melhoria e/ou estabilização, ou mesmo de piora, obtidos com os procedimentos terapêuticos. Supõe o autor que a QV, além de sua dimensão psicológica, tem uma influência na expectativa de vida do enfermo, embora estes processos ainda não sejam totalmente conhecidos pela ciência. Desta forma, além de ser desejável uma boa qualidade de vida, esta reveste-se em um fator terapêutico para a melhoria biológica ou curativa.

Ganz (1994) associa ao interesse de se estudar a QV com a busca do rompimento do estilo paternalista do comportamento médico, que tende a determinar o que é melhor para o enfermo sem a participação deste. Assim, espera alcançar uma outra relação, em que os sujeitos participam dos cuidados de sua própria saúde. A autora, apesar de destacar a falta de consenso entre os métodos atuais de avaliação da QV, julga que existem pelo menos dois fatores comuns na formulação de seu conceito: primeiro, que é uma avaliação subjetiva da vida como um todo; e, segundo, que se refere à avaliação do paciente e à satisfação com seu nível corrente de funcionamento, possível ou ideal. Supõe-se que Ganz (1994), neste aspecto, se aproxima da posição conceitual de Font (1988).

Cella (1995), também, destaca a multidimensionalidade do conceito de QV e sua natureza de avaliação subjetiva. Para este autor “... qualidade de vida se refere à extensão pela qual um usual ou esperado bem-estar físico, emocional e social é afetado pelas condições médicas ou de tratamento” (p. 73). Considerando que as percepções dos enfermos são variadas e independentes de sua condição real (orgânica), os estudos de QV também revelam as peculiaridades de interpretação dos enfermos, que estão na base de sua maior ou menor adesão às modalidades de tratamento. Não obstante, Cella (1995)

recomenda que apesar de não haver um instrumento padrão para avaliar a QV dos enfermos oncológicos, este deveria:

- a) contribuir com a melhoria dos cuidados ao enfermo;
- b) ser breve em sua aplicação; e,
- c) ser o suficientemente sensível para verificar as mudanças na sintomatologia do enfermo no decorrer do tempo.

List e cols. (1990) estudaram a QV em pacientes de CP e destacaram a fala e a alimentação como áreas básicas que influenciam as dimensões das interações sociais. De fato, concorda-se que a cirurgia, além de provocar deficiências estéticas e funcionais, afeta a auto-estima e pode tornar as pessoas menos aceitáveis. As dificuldades de comunicação, por sua vez, podem gerar frustração, ansiedade e isolamento. Contudo, este estudo não destacou a influência dos aspectos psicossociais no aumento ou diminuição da frequência do comportamento verbal residual ou da motivação para alimentar.

Hassan e Weymuller (1993) elaboraram um questionário dirigido aos pacientes de CP composto por oito categorias de limitações importantes provocadas pela enfermidade e/ou tratamento (dor, desfiguração, atividade, recreação/diversão, emprego/trabalho, alimentação, linguagem/fala e debilidade do ombro). O instrumento foi aplicado em 75 pessoas (69% homens e 31% mulheres), de 50 a 70 anos de idade, em um período de 16 meses. Mais de 60% dos sujeitos haviam passado por cirurgia e radioterapia para tratar de câncer da cavidade oral (36%), base de crânio (20%), laringe (16%) e parótida (11%), entre outros. Na mesma ocasião, aos sujeitos foram aplicados dois outros instrumentos: o Sickness Impact Profile Scale (1974) e a Escala de Karnofsk (1949). O objetivo era comparar os instrumentos citados entre si. O questionário específico para câncer de CP desenvolvido por Hassan e Weymuller (1993) foi o mais aceito pelos sujeitos, podendo detectar diferenças sutis entre os estádios de T1 a T4. Não foram verificadas diferenças significativas entre os diversos instrumentos no que se refere à idade, ao sexo ou ao lugar da coleta de dados. Contudo, descobriu-se que a QV das pessoas variava de acordo com a região anatômica da enfermidade. Os autores sugeriram, ainda, que as funções não examinadas de natureza psicossocial, sexual e a depressão, fossem objetos de novos estudos.

Alguns constructos psicológicos e psicossociais, tais como o de estratégias de enfrentamento psicológico, crenças, locus de controle e expectativas, têm sido associados aos estudos de qualidade de vida em oncologia (Font, 1994). Particularmente, assinala-se que o constructo de locus de controle - não avaliado neste estudo de QV em CP - foi originalmente definido por Rotter em 1966 (Font, 1989) e se refere, de maneira geral, ao grau com que um indivíduo considera que os reforçamentos que sofre são contingentes com suas próprias ações. Em outras palavras, uma pessoa pode avaliar e se comportar segundo a sua compreensão de que sua qualidade de vida depende mais de fatores internos (e, conseqüentemente, com maior controle pessoal) ou de fatores

externos (com menor controle pessoal). Para Font (1994), a qualidade de vida de pacientes oncológicos pode melhorar aumentando a sensação subjetiva de controle do enfermo sobre a sua enfermidade e seus efeitos.

Quanto às expectativas e a qualidade de vida, observa-se que é um constructo que tem sido associado e analisado a diversos estudos em saúde (Font, 1994). As expectativas podem ser de três naturezas. A primeira denomina-se Expectativa de Resultado Teórico, ou seja, em que medida o enfermo acredita que é possível que sua doença seja curável ou controlável. A segunda denomina-se Expectativa de Resultado Auto-Referencial, ou seja, a confiança de que a cura da doença se aplica a seu caso particular. A última denomina-se Expectativa de Auto-Eficácia, que trata-se da medida em que uma dada pessoa se sente capaz de realizar ações ou condutas necessárias para curar ou manter controlado seu estado de saúde.

Leplège e Hunt (1997) fazem uma crítica acerca de muitos estudos de qualidade de vida no contexto médico que têm apresentado, sobretudo, resultados e metodologia quantitativa. Isto tem contribuído para dificultar a formulação de uma definição mais universal do conceito. De qualquer forma, a entrada da noção de qualidade de vida no contexto da saúde tem sido benéfica por adotar a visão que o enfermo tem de sua própria condição como relevante nos processos decisórios médicos, sobretudo quando duas indicações distintas podem ter um mesmo resultado terapêutico esperado.

Partindo deste breve levantamento teórico, propõe-se, neste estudo, avaliar a reação de pessoas com câncer de cabeça e pescoço frente ao instrumento de avaliação de QV, adaptado de Font (1988), desenvolvendo uma análise do mesmo. Desta forma, espera-se que avaliações sistematizadas possam sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da QV na indicação e no desenvolvimento das ações terapêuticas.

Metodologia

1. Sujeitos: 43 pacientes, de ambos os sexos, admitidos no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Araújo Jorge da ACCG, em diversas etapas do tratamento e em vários estádios da doença.

2. Material: Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida de Font, 1988 (Costa Neto, 1997); a versão usada, autorizada pelo autor original, consta de quatro subescalas que avaliam: (1) sintomas físicos, (2) hábitos cotidianos, (3) relações sociais e familiares e (4) aspectos psicológicos. Ao final, o sujeito faz uma avaliação geral de sua QV e das expectativas relativas a sua condição de saúde e de tratamento (anexo 1).

3. Procedimento: Os sujeitos foram abordados em diversas situações durante a consulta médica ou internação hospitalar, entre os

meses de março e dezembro de 1997. Após uma explicação dos objetivos do estudo e obtenção de sua autorização por escrito ou consentimento verbal, foi dado a cada sujeito um termo de compromisso, assinado pelo pesquisador, para resguardar a identificação pessoal e garantir ao sujeito que interrompesse sua participação a qualquer momento por ele solicitado. De 45 pacientes abordados, um se recusou por não sentir-se bem fisicamente e outro por apresentar problemas visuais. Na sequência, os sujeitos foram submetidos, individualmente e em local previamente preparado, à aplicação da Escala Análogo-Visual. O tempo médio de aplicação foi de 30 minutos.

Resultados

Conforme pode ser observado no quadro I, houve um predomínio de casos masculinos (55,8%) sobre os femininos (44,2%), o que está de acordo com a tendência epidemiológica. Em relação ao agrupamento por condição de tratamento, a maior parte era de pacientes com tratamento cirúrgico exclusivo (60%), seguidos por aquele de pessoas em fase diagnóstica (16%). Quanto à idade, a maior parte dos sujeitos encontrava-se entre os 51 e 60 anos (28%), seguido pelas pessoas entre os 41 e 50 anos (26%) e 61 a 70 anos (14%). No que se refere à escolaridade, 21% relataram não ter nenhuma, enquanto 36% relataram ter frequentado no máximo quatro anos a escola, seguidas pelo grupo que frequentou até oito anos (29%). Estes dados estão de acordo com a tendência da realidade escolar de pacientes de

cabeça e pescoço atendidos no HAJ/ACCG, geralmente com pouca formação escolar. Este fato, associado ainda ao de muitos enfermos portarem uma traqueostomia permanente (16,3%), de certa forma reforça a idéia de se usar instrumentos de investigação em qualidade de vida que sejam de fácil compreensão e alternativos e/ou complementares às abordagens metodológicas com predomínio da expressão verbal discursiva, a exemplo das escalas visuais.

No quadro I, ainda, pode ser observado que a maior parte dos sujeitos era casada (63%), enquanto solteiros e viúvos obtiveram a mesma frequência de 14%, cada um deles. Quanto à situação profissional, 67% deles constituíam um grupo de pessoas empregadas, seguido por pessoas que não desempenhavam qualquer atividade profissional fora de sua casa e que foram categorizados como "do lar" (17%). A frequência de sujeitos que tinham outras pessoas em relação de dependência profissional, caracterizados como empregadores, foi de 14%. Parte significativa dos sujeitos residia em áreas urbanizadas (84%).

No que se refere à localização do tumor primário dos sujeitos, houve o predomínio de pessoas com neoplasia na região da cavidade bucal (25%), seguidas por câncer da tireóide (19%), do laringeo (16%), do rinofaríngeo (9%) e do hipofaríngeo (9%), além de outros tumores com menor frequência. Quanto ao estadiamento da doença, 25% eram T1, 24% T2, 21% T3, e 23% T4. Foram encontrados nódulos no pescoço nos estadiamentos de T2 a T4; contudo, em nenhum caso foi constatada a presença de metástase.

Quadro I. Caracterização de 43 pessoas com câncer de cabeça e pescoço, atendidas no Hospital Araújo Jorge, da Associação de Combate ao Câncer em Goiás

1. Sexo: masculino	55,8%	5. Escolaridade:		8.2 - tireóide:	19,0%
feminino	44,2%	5.1 - sem escolaridade:	21,0%	8.3 - laringe:	16,0%
2. Traqueostomia:	16,3%	5.2 - até 4 anos de escola:	36,0%	8.4 - rinofaringe:	09,0%
3. Grupo:		5.3 - até 8 anos de escola:	29,0%	8.5 - hipo-faringe:	09,0%
3.1 - fase diagnóstica, sem tratamento:	16,0%	5.4 - segundo grau incompleto:	02,0%	8.6 - submandibular:	05,0%
3.2 - tratamento cirúrgico exclusivo:	60,0%	5.5 - segundo grau completo:	05,0%	8.7 - conduto auditivo:	02,0%
3.3 - intervalo livre, sem tratamento:	07,0%	5.6 - superior incompleto:	02,0%	8.8 - órbita:	02,0%
3.4 - recidiva + cirurgia:	05,0%	5.7 - superior completo:	07,0%	8.9 - antro-maxilar:	02,0%
3.5 - recidiva + quimiot. + radioterapia:	02,0%	6. Estado civil:		8.10 - fossa nasal:	02,0%
3.6 - tratamento cirúrgico + quimiot.:	02,0%	6.1 - casado:	63,0%	8.11 - região cervical anterior:	02,0%
3.7 - tratamento cirúrgico + radio.:	05,0%	6.2 - solteiro:	14,0%	8.12 - região auricular posterior:	02,0%
3.8 - tratamento quimioterápico:	02,0%	6.3 - separado:	09,0%	8.13 - tumor oculto:	02,0%
4. Idade:		6.4 - viúvo:	14,0%	9. Residência:	
10-20 anos:	09,0%	7. Situação profissional:		9.1 - rural:	16,0%
21-30 anos:	09,0%	7.1 - empregado:	67,0%	9.2 - urbana:	84,0%
31-40 anos:	12,0%	7.2 - empregador:	14,0%	10. Estadiamento (TNM):	
41-50 anos:	26,0%	7.3 - autônomo:	02,0%	T1 (T1N0M0 + T1 a N0M0):	25,0%
51-60 anos:	28,0%	7.4 - aposentado:	07,0%	T2 (T2N0M0 + T2N3M0):	24,0%
61-70 anos:	14,0%	7.5 - do lar:	17,0%	T3 (T3N0M0 + T3N1M0 + T3N2 a M0):	21,0%
71-80 anos:	02,0%	8. Sítio tumoral:		T4 (T4N0M0 + T4N2M0 + T4N3M0):	23,0%
		8.1 - boca:	25,0%	T0 (TXN0M0 + T0N3M0 + T0NXM0):	06,0%

Quadro II. Respostas do item 1a - Média de vômitos (N = 10, de 43):2,7 - assim distribuídos

Grupo 3.1 - fase diagnóstica, sem tratamento:	20%
Grupo 3.2 - tratamento cirúrgico exclusivo:	60%
Grupo 3.3 - intervalo livre, sem tratamento:	10%
Grupo 3.5 - recidiva + quimiot + radioterapia:	10%

No quadro II pode-se observar que dez entre os 43 sujeitos apresentaram episódios de vômitos, nas 24 horas anteriores à coleta de dados, numa média de 2,7 vômitos. Neste aspecto, houve o predomínio das pessoas do grupo de cirurgia exclusiva (60%). Interessante notar que o segundo grupo mais freqüente a apresentar vômito foi o de pessoas em fase diagnóstica e sem tratamento (20%). Pode-se perguntar, neste caso, se eram expressões psicorreativas.

Quadro III. Respostas do item 3a - Situação atual de trabalho (N = 43)

Não trabalha devido ao estado de saúde:	44%
Trabalha:	19%
Não trabalha por outros motivos:	30%
Não responderam:	07%

Como pode ser observado no quadro III, a grande maioria dos sujeitos interrompeu suas atividades de trabalho após o diagnóstico da doença, sendo que o principal motivo era o estado de saúde em 44% dos casos e 30% por outros motivos, tais como a coincidência do desemprego ocorrido na mesma época. Somente 19% dos sujeitos encontravam-se trabalhando, sobretudo aqueles que estavam em fase diagnóstica.

Quadro IV. Respostas do item 7a - Localização da dor (N = 27, de 43)

Local (exclusiva na região tumoral):	18%
Locorregional (nas estruturas próximas ao tumor):	41%
A distância (em outras estruturas fora da cabeça e do pescoço):	04%
Locorregional + a distância:	37%

Vinte e sete sujeitos relataram sentir dor no período de 24 horas anterior à coleta de dados. Entre estes, predominou a condição de dor locorregional (41%), seguida pelas condições de locorregional mais a distância (37%) e local (18%). Apenas um caso relatou sentir dor exclusivamente em outra estrutura anatômica fora da cabeça e do pescoço.

Quadro V. Respostas do item 13a - Quantidade de horas dormidas nas últimas 24 horas

Grupo 3.1 - fase diagnóstica, sem tratamento:	6,7 horas
Grupo 3.2 - tratamento cirúrgico exclusivo:	5,0 horas
Grupo 3.3 - intervalo livre, sem tratamento:	7,0 horas
Grupo 3.4 - recidiva + cirurgia:	5,0 horas
Grupo 3.5 - recidiva + quimiot. + radioterapia:	4,0 horas
Grupo 3.6 - tratamento cirúrgico + quimioterapia:	8,0 horas
Grupo 3.7 - tratamento cirúrgico + radioterapia:	4,5 horas

Quando questionados sobre a quantidade de horas dormidas na noite anterior, observa-se que as pessoas que estavam na condição de doença recidivada e em tratamento quimioterápico e radioterápico dormiram menos (grupo 3.5 - 4,0 horas), seguidas pelas pessoas submetidas a cirurgia e em tratamento radioterápico (grupo 3.7 - 4,5 horas), em tratamento cirúrgico exclusivo de primeiro tumor e em tratamento cirúrgico de doença recidivada (grupos 3.2 e 3.4 - 5,0 horas, cada grupo). As que tiveram mais horas de sono foram as que haviam feito cirurgia e estavam em tratamento quimioterápico (grupo 3.6 - 8,0 horas), aquelas em condição de intervalo livre de doença (grupo 3.3 - 7,0 horas) e outras em fase de diagnóstico (grupo 3.1 - 6,7 horas).

Quadro VI. Respostas do item 13b - Avaliação da qualidade do sono (N = 43)

Bom:	37%	Regular:	44%	Ruim:	19%
------	-----	----------	-----	-------	-----

Quanto à qualidade do sono, 63% dos sujeitos a classificaram como regular e ruim. Contudo, 37% entre eles relataram que o sono da noite anterior à coleta de dados foi suficiente para o descanso e para a reposição de energia.

Quadro VII. Respostas do item 21a - Quantidade de alimentos ingeridos (N = 43)

Maior que de costume:	02%
Menor que de costume:	63%
A mesma que de costume:	35%

A maior parte dos sujeitos (63%) identifica uma diminuição na quantidade de alimentos ingeridos. Esta freqüência, de certa forma, justifica-se pelo fato do maior grupo constituir-se por aquelas pessoas que se encontravam num período de cinco a 30 dias após a intervenção cirúrgica. Cerca de 35% entre todos os sujeitos relataram manter uma ingestão de alimentos semelhante à de costume em suas vidas.

Os quadros VIII, IX e X, apresentam que, de forma geral, os sujeitos têm uma boa expectativa em relação ao seu prognóstico e a sua capacidade de adesão ao tratamento.

Quadro VIII. Avaliação de Expectativa de Resultado Teórico - item 32 (vide anexo 1): Em que medida está de acordo com a afirmação de que "uma pessoa que tenha exatamente os mesmos problemas de saúde que o Senhor(a) tem poderá superá-los por completo se realiza com exatidão tudo o que indica uma boa equipe de médicos"?

Um pouco de acordo:	05%
Bastante de acordo:	26%
Totalmente de acordo:	70%

A maioria dos sujeitos (96%) apresentou expectativas elevadas de que a doença pode ser curada (Quadro VIII) e que, inclusive, isto se aplica a seu próprio caso (93%, Quadro IX).

Quadro IX. Avaliação de Expectativa de Resultado Auto-Referencial - item 33 (vide anexo 1): Que confiança tem o Senhor(a) de que possa superar completamente seus problemas de saúde?

Pouca confiança:	07%
Bastante confiança:	23%
Total confiança:	70%

Quadro X. Avaliação de Expectativa de Auto-Eficácia - item 34 (vide anexo 1): Em que medida o Senhor(a) sente-se atualmente capaz de fazer tudo o que os médicos lhe indicarem para tratar seus problemas de saúde?

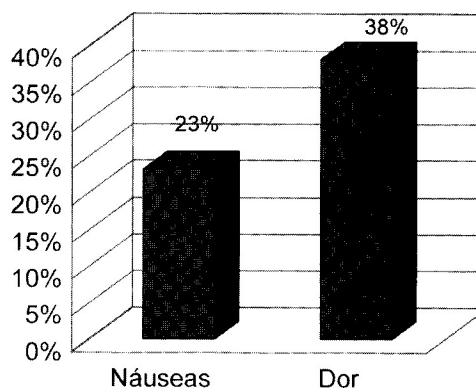
Um pouco capaz:	12%
Bastante capaz:	32%
Totalmente capaz:	56%

Interessante observar que, apesar de manter uma expectativa, também elevada de que se sentem capazes de fazer tudo o que for necessário para curar-se ou se manterem estáveis sua condição de saúde (88% - Quadro X), isto representa uma pequena queda percentual quando se compara com o resultado de expectativa auto-referencial, que foi positiva em 93% dos sujeitos. Ou seja, nem todos aqueles que acreditam que sua doença pode ser curada concordam com a idéia de que eles mesmos sejam capazes de contribuir para que isto ocorra.

Na sequência, serão apresentados gráficos ilustrativos dos resultados obtidos nas categorias (sintomas, hábitos cotidianos, família/sociedade, aspectos psicológicos e avaliação geral) e subcategorias avaliadas de qualidade de vida.

A figura 1 apresenta perdas na qualidade de vida na subescala (S-E) de Sintomas. Observa-se que dominou a existência de dor em 38% dos casos, seguida por náuseas em 23%.

Figura 1 - Distribuição da média percentual de sintomas relatados entre pessoas com câncer de cabeça e pescoço, tratadas no Hospital Araújo Jorge / ACCG (N=43)



A figura 2 é representativa da S-E Dificuldades nos Hábitos Cotidianos. Neste grupo, houve o predomínio da diminuição das atividades laborais, entre 24 sujeitos, com perdas de 62%. No conjunto total, seguiram-se as perdas nos aspectos de fadiga (46%), dificuldade com o sono (46%), dificuldades com a deglutição (46%), dificuldade nas tarefas domésticas (41%) e diminuição do apetite (41%). A menor perda verificada foi no aspecto dificuldades com os cuidados pessoais (18%).

Figura 2 - Distribuição da média percentual de dificuldades nos hábitos cotidianos relatados entre pessoas com câncer de cabeça e pescoço, tratadas no Hospital Araújo Jorge / ACCG (N=43)

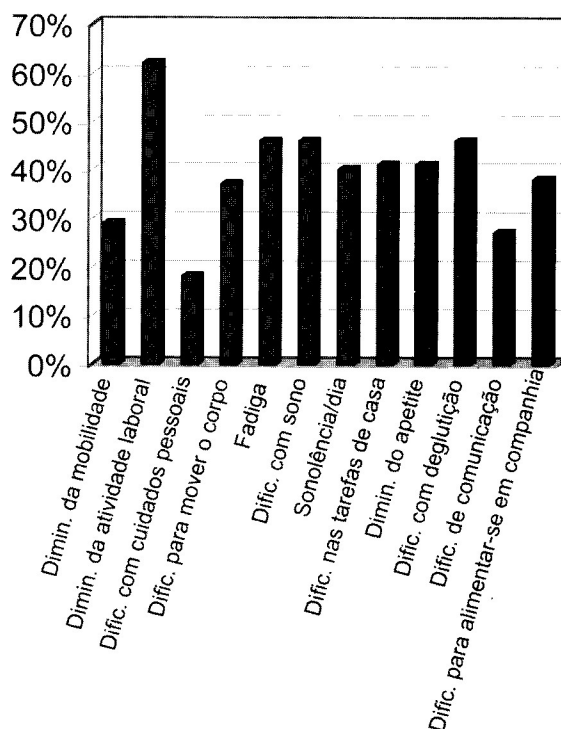
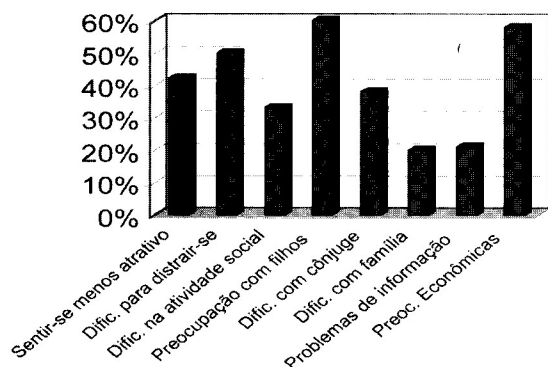


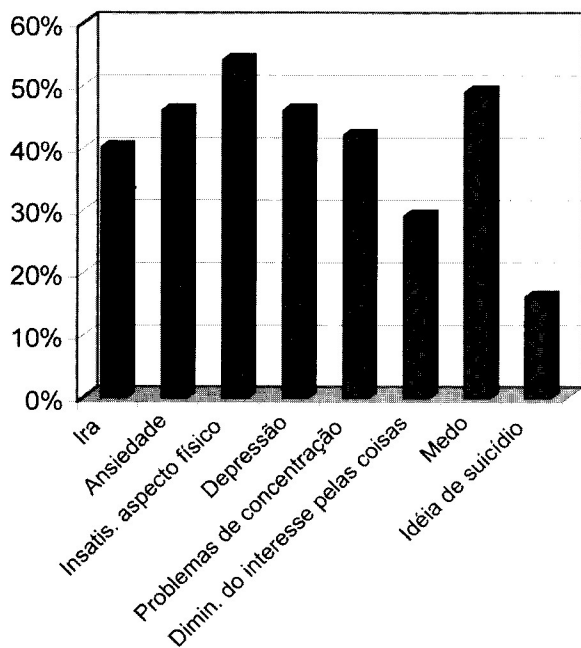
Figura 3 - Distribuição da média percentual de dificuldades familiares/sociais avaliadas entre pessoas com câncer de cabeça e pescoço, tratadas no Hospital Araújo Jorge / ACCG (N=43)



Na figura 3 constam as perdas na S-E Dificuldades Familiares/Sociais, onde se observa um aumento de preocupação com os filhos, entre os 37 sujeitos pais/mães, em 60%. O segundo fator de maior preocupação foi o econômico (58%) e as dificuldades para realizar qualquer atividade de lazer (50%). As menores perdas verificadas foram relativas às dificuldades de interação familiar (20%) e à satisfação com as informações recebidas acerca de sua doença e/ou tratamento (21%).

Os fatores avaliados na S-E Mal-estar/Bem-estar Psicológico, figura 4, apresentam grandes perdas relativas à satisfação pessoal com o próprio corpo (54%), medo (49%), ansiedade (46%), depressão (46%).

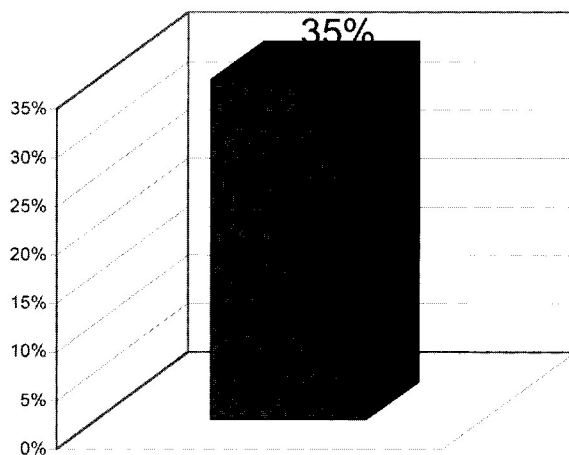
Figura 4 - Distribuição da média percentual de mal-estar psicológico, avaliado entre pessoas com câncer de cabeça e pescoço, tratadas no Hospital Araújo Jorge / ACCG (N=43)



Apesar disto, a idéia de provocar a própria morte teve a menor frequência entre todos os fatores avaliados nas quatro subescalas (16%).

Quando solicitados a avaliarem em que medida houve alteração em sua qualidade de vida, considerando todos os aspectos de sua situação atual de saúde, figura 5, os sujeitos identificaram uma perda geral de 35%.

Figura 5 - Média percentual da avaliação geral de perdas em qualidade de vida, entre pessoas com câncer de cabeça e pescoço, tratadas no Hospital Araújo Jorge / ACCG (N=43)



Discussão

Quando Leplège e Hunt (1997) criticam os estudos sobre qualidade de vida sustentados exclusivamente por metodologia quantitativa, tem-se que reconhecer a sua pertinência, apesar de que, algumas condições - e aqui se incluem certos enfermos com câncer de cabeça e pescoço - limitam o uso de estratégias metodológicas qualitativas, a exemplo de entrevistas semi-estruturadas, construções de histórias, completamento de frases, elaboração de redações, entre outras formas de se ter acesso à vida subjetiva da pessoa. Desta forma, o uso de escalas análogo-visuais contribuiu para avaliações da qualidade de vida de portadores de câncer nas estruturas da face, cavidade oral, pescoço e laringe, geralmente com pouca escolaridade, e que não podiam fornecer informações exclusivamente através de seu discurso verbal. Supõem-se que tal escala possa ser usada por qualquer membro da equipe, devidamente treinado, servindo ao profissional médico, por exemplo, como instrumento de triagem aos demais profissionais de saúde.

Mesmo considerando o acima exposto, durante a aplicação da escala análogo-visual muitos sujeitos sentiram a necessidade de completar as informações sobre ela registrada com detalhamento de impressões pessoais, experiências vividas e atribuição de significados aos itens avaliados. Um bom exemplo disto ocorreu através de um relato de um sujeito que, ao avaliar que seu medo havia aumentado cerca de 60% após o aparecimento

de seu câncer, comentou que um aspecto positivo do aparecimento do medo era que o forçava a manter uma vigilância contínua em relação ao seu estado de saúde e, conseqüentemente, visitar o médico regularmente e seguir as prescrições clínicas. O estresse provocado pela permanência do medo foi considerado positivo pelo sujeito, levando-o a afirmar que o medo estava salvando a sua vida. Possivelmente, uma interpretação automática e reduzida ao aspecto quantitativo (no caso, o aumento do medo em 60%) não representaria a realidade do sujeito se o sentido por ele atribuído fosse desconsiderado. Isto, de um lado, nos sensibiliza para o fato de que os instrumentos de pesquisa em qualidade de vida, baseados em medidas objetivas, são limitados, apesar de nos fornecer um direcionamento sobre a manifestação do fenômeno e de tornar conhecido o impacto que a doença e/ou o tratamento causam na vida dos enfermos.

Os dados fornecidos pelos sujeitos indicam que existem perdas em todos os fatores analisados. Isto reforça a idéia de que os itens avaliados são significativos na vida dos enfermos e devem manter-se compondo os instrumentos de investigação, independentemente de sua apresentação formal (se como escalas, entrevistas, ou outras formas).

Supõe-se que os fatores complementados à versão original da escala de Font (1988) e aplicáveis aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (dificuldade com deglutição, dificuldade de comunicação, busca de isolamento para alimentação e idéia de suicídio) são importantes problemas vivenciados pelos sujeitos, a julgar por sua freqüência apresentada. Desta forma, sugere-se que possam ser descritos e analisados sistematicamente em diferentes realidades e/ou em outros estudos.

Apesar da existência de perdas em qualidade de vida avaliadas pelos sujeitos, um fator prognóstico favorável, do ponto de vista psicológico, são suas expectativas de que (a) a

doença pode ser dominada, (b) que isto se aplica a seu caso específico e (c) de que possuem capacidade para enfrentar seus problemas de saúde. Talvez isto esteja relacionado ao fato de que muitos sujeitos, ao avaliarem o item sobre o pensamento suicida, expressassem gestualmente sua recusa a tal pensamento, inclusive atribuindo características de moralidade ao assunto; para muitos, o suicídio é uma expressão de fraqueza pessoal e um comportamento condenável. Contudo, foi possível detectar, através da escala análogo-visual, um enfermo, do grupo de cirurgia exclusiva, deprimido e com pensamento suicida, e intervir com apoio psicológico.

Da mesma forma como procedeu-se uma intervenção emocional e cognitivo-comportamental. Em tal problemática, a intervenção psicológica pode ser direcionada para cada um dos fatores de vida identificados com perdas significativas após o aparecimento da doença e/ou o início do tratamento, cumprindo, assim, com a função facilitadora no processo de reabilitação ou de seguimento dos enfermos.

Constituiria benefício clínico de diagnóstico e de planejamento terapêutico, se na ocasião da primeira consulta todos os enfermos pudessem avaliar a qualidade de suas vidas e a mesma avaliação fosse repetida nos momentos mais críticos do tratamento ou da evolução da doença, para que fosse diminuída ou esquivada, na medida do possível, a exposição do enfermo aos fatores redutores de bem-estar, e aumentar a exposição dos mesmos aos fatores promotores de uma maior percepção de bem-estar geral.

Finalmente, do ponto de vista metodológico, a continuação deste estudo de avaliação da qualidade de vida de enfermos com câncer de cabeça e pescoço, agora com mais dados para uma revisão do processo de adaptação da escala análogo-visual usada, passará a associar uma segunda proposta de escala de qualidade de vida e entrevistas semi-estruturadas para que se complementem as informações quantitativas e de significado atribuído pelos sujeitos aos itens analisados.

Referências bibliográficas

1. Bayés R. Psicología oncológica: prevención y terapéutica psicológicas del cáncer. 2nd ed. Barcelona: Martínez, 1991.
2. Bayés R. Calidad de vida y cáncer infantil. In: I Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Libro de ponencias y comunicaciones. Valencia: Federación de Asociaciones de Padres de Niños Oncológicos, 1993, p. 147-54.
3. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. Semin Oncol 1995; 22:73-81.
4. Costa Neto SB. Avaliação da qualidade de vida de portadores de câncer de cabeça e pescoço. In: V Encontro Brasileiro de Psicólogos da Área Hospitalar, Brasília, 1997.
5. Costa Neto SB. Os serviços de psico-oncologia da associação de combate ao câncer em Goiás. In: Carvalho MMMJ, organizador. A psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus Editorial; 1998, p. 85-130.
6. Font AG. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. [Doutorado]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1988.
7. Font AG. Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. Psicologemas 1989; 3:225-44.
8. Font AG. Cáncer y calidad de vida.. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1994, p. 41-50. (Anuário de Psicologia, n. 61)
9. Ganz PA, Haskell CM, Figlin RA et al. Estimating the quality of life in a clinical trial of patient with

- metastatic lung cancer: using the karnofsk performance status and the functional living index. Cancer 1988; 6:849-56.
10. Ganz PA. Quality of live and the patient with cancer. Cancer, 1994; 74:1.445-52.
11. Hassan S, Weymuller EA. Assessment of quality of live in head and neck cancer patients. Head and Neck Cancer, vol. III. Elsevier Science Publishers BV. 1993, p. 361-377.
12. Helsingers FMH, Seif CS. Aspectos qualitativos da reabilitação de pacientes laringectomizados. Rev Bras Cancerol 1986; 32:237-44.
13. Hilgers FJM, Ackerstaff AH, Aaronson NK, et al. Physical and psychosocial consequences of total laryngectomy. Clin Otolaryngol 1990; 15:421-5.
14. Lepège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997; 278:47-50.
15. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. Cancer 1990; 66:564-9.
16. Organização Mundial da Saúde - Divisão de saúde mental e prevenção do abuso de substâncias. Qué Calidad de Vida? Grupo sobre la calidad de vida. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1998; 44:185-6.
17. Patterson WB. Surgical interventions that can improve quality of life for older cancer patients. Oncology 1992; 6(Supplement 2).
18. Redko CP. Representações da doença dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Acta Oncol Bras 1994; 14:231-7.
19. Redko CP. Alguns estereótipos na relação dos profissionais de saúde com os pacientes de câncer de cabeça e pescoço. Acta Oncol Bras 1995; 15:178-83.

Anexo 1

Fatores avaliados pela Escala Análogo-Visual ampliada de Font - 1988 (Costa Neto, 1997)

Sintomas:

1 - náuseas:

1 a - tem tido algum vômito?

7 - dor:

7 a - indique em que parte(s) do corpo.

Hábitos cotidianos:

2 - mobilidade em casa.

3 - atividade de trabalho fora de casa:

3 a - situação atual de trabalho.

4 - cuidados pessoais.

8 - mobilidade corporal.

11 - fadiga.

13 - sono:

13 a - número de horas dormidas;

13 b - qualidade do sono.

14 - sonolência durante o dia.

16 - atividade em casa.

21 - apetite:

21 a - quantidade de alimento ingerido.

27 - capacidade para deglutição (questão ampliada).

28 - capacidade para comunicar-se (questão ampliada).

30 - desejo de alimentar em companhia de outras pessoas (questão ampliada).

Avaliação psicológica:

6 - ira/irritação.

10 - ansiedade.

17 - insatisfação com o próprio corpo.

18 - depressão/tristeza.

23 - dificuldade para concentrar.

24 - interesse pelas coisas.

26 - medo.

29 - idéia de suicídio (questão ampliada).

Fatores familiares e sociais:

5 - atração para o sexo oposto.

9 - atividades recreativas.

12 - satisfação social.

15 - preocupação com os filhos.

19 - relações conjugais.

20 - relações familiares.

22 - satisfação com nível de informações.

25 - preocupação econômica.

31 - Avaliação Geral Negativa do Dia

32 - Avaliação de Expectativa de Resultado Teórico.

33 - Avaliação de Expectativa de Resultado Auto-Referencial.

34 - Avaliação de Expectativa de Resultado de Auto-Eficácia.