

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
SUBMETIDOS A TRATAMENTO PARA CÂNCER
DE CABEÇA E PESCOÇO**

TATIANA BRAGA RIBEIRO

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski

São Paulo

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Ribeiro Tatiana Braga.

**Qualidade de vida em idosos submetidos a tratamento para
câncer de cabeça e pescoço** / Tatiana Braga Ribeiro - São Paulo, 2013.
58p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:
Oncologia.

Orientador: Luiz Paulo Kowalski

Descritores: 1. QUALIDADE DE VIDA. 2. IDOSOS. 3. NEOPLASIAS
DE CABEÇA E PESCOÇO. 4. COMORBIDADE. 5 DEPRESSÃO

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Luiz Carlos Braga Ribeiro que mesmo em outro plano espiritual consegue me guiar e iluminar meu caminho

A minha irmã Karina Braga Ribeiro por incentivar meus sonhos e ajudar a torná-los realidade (em resposta a sua tese...)...

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski pela oportunidade de crescimento em pesquisa, por acreditar no meu potencial, pela sabedoria transmitida , paciência e por todo direcionamento fundamental para a pesquisa.

A minha irmã Karina Braga Ribeiro por desde pequena ter sempre me direcionado e tentado mostrar os melhores caminhos , por incentivar meus sonhos ,pelos “puxões de orelha” e como sempre pelas valiosas análises estatísticas.

A minha mãe Eliana Ribeiro e meu irmão Caio Ribeiro que continuam sem entender muito a dinâmica e vida em pesquisa (risos) mas que continuam rezando pelo meu sucesso e felicidade.

Ao meu companheiro Renato Tamanaha por estar presente na hora certa e pela paciência (e sabedoria) oriental em meus momentos de cansaço.

A Julia Toyota pela eterna paciência e prontidão em sempre estar disposta a ajudar.

Aos amigos da pós graduação em especial Ana Paula Silva, Paula Taglietti, Douglas Barbozza, Maria Luiza e Guilherme Bonfim pelos momentos de descontração e boas risadas.

A pós Graduação, em especial a Ana por nos proporcionar ensino de qualidade e por estarem sempre dispostos a nos auxiliar e orientar.

A Suelly Francisco e a toda equipe da biblioteca que está sempre disposta a nos ajudar e sanar nossas dúvidas.

A CAPES pelo apoio e incentivo a pesquisa.

Aos pacientes que participaram da pesquisa que, mesmo na correria entre uma consulta e outra, conseguiram disponibilizaram um tempinho e fizeram questão de colaborar.

RESUMO

Ribeiro TB. **Qualidade de vida em idosos submetidos a tratamento para câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo; 2013. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introdução: Anualmente são diagnosticados 560.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço no mundo. Os pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço podem ter prejuízos na qualidade de vida devido a fatores ligados ao envelhecimento, incluindo um maior risco de desenvolvimento de outros tipos de câncer, presença de comorbidades que podem piorar o prognóstico e o próprio impacto do tratamento e da doença sobre aspectos funcionais, emocionais, sociais e profissionais dos indivíduos. **Objetivos:** Avaliar o efeito da idade, tratamento e comorbidades na qualidade de vida de pacientes idosos portadores de câncer de vias aerodigestivas superiores. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, que incluiu pacientes com diagnóstico de câncer de vias aerodigestivas superiores e idade igual ou superior a 65 anos admitidos para tratamento no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do A. C. Camargo Cancer Center entre os anos de 1990 e 2010. Foram coletadas informações demográficas, sobre o tumor (local, histologia, estadiamento), comorbidades, risco cirúrgico (ASA), *performance status* à admissão, status nutricional e informações sobre o tratamento empregado. Foram aplicados o questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington, a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), a Escala de Demência de Blessed e a Escala de Atividades de Vida Diária de Pfeiffer. Foram empregados na análise estatística medidas de tendência central e dispersão bem como frequências absolutas e relativas para descrição das variáveis quantitativas e qualitativas, respectivamente. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (seguido pelas comparações múltiplas de Bonferroni) foram usados para avaliar a diferença entre as médias dos

escores de qualidade de vida segundo as variáveis categóricas.

Resultados: Foram incluídos 70 pacientes, sendo 48 homens e 22 mulheres com idade entre 65 e 94 anos. O score total de qualidade de vida variou de 2,1 a 100 (média=57,2, erro padrão=4,1), sendo que o maior score médio foi observado para o domínio dor (média=81,8, erro padrão=2,5 e o menor, para o domínio mastigação (média=42,1, erro padrão=5,1). Os domínios mais considerados como problema significativo foram: paladar (50 pacientes; 71,4%), saliva (46 pacientes; 65,7%) e deglutição (33 pacientes; 47,1%). Os pacientes do sexo masculino apresentaram uma maior média do score total de qualidade de vida, comparados às mulheres ($p=0,001$), enquanto os mais idosos (>75 anos) apresentaram um menor score de qualidade de vida. A prevalência de sintomas depressivos foi igual a 37,1% e, nestes pacientes, o score médio de qualidade de vida foi menor, ainda que o resultado não tenha sido estatisticamente significativo ($p=0,078$). Os pacientes com metástases linfonodais (N+) ao diagnóstico e aqueles submetidos à cirurgia também apresentaram scores de qualidade de vida mais baixos. Não foram encontradas diferenças entre as médias de qualidade de vida segundo o nível de comorbidades. **Conclusão:** Nosso estudo demonstrou que a qualidade de vida em idosos pode ser influenciada por fatores como sexo, idade, estágio da doença (estádio N), tratamento (cirurgia) e presença de depressão associada. No processo natural do envelhecimento são esperadas mudanças físicas e funcionais e, no caso de pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço, pode haver ainda limitações físicas e psicossociais as quais impactam diretamente na qualidade de vida desses pacientes.

SUMMARY

Ribeiro TB. **[Quality of life among elderly individuals submitted to treatment for head and neck cancer]**. São Paulo; 2013. [Dissertation - Fundação Antônio Prudente].

Introduction: Annually 560,000 new cases of head and neck cancer are diagnosed worldwide. Elderly patients with head and neck cancer may have worse quality of life due to factors related to aging, including an increased risk of developing other cancers, presence of comorbidities that may worsen the prognosis and the impact of the disease and treatment on functional, emotional, social and professional aspects of individuals. **Objectives:** To evaluate the effect of age, treatment and comorbidities on quality of life of elderly patients with upper aerodigestive tract cancer. **Methods:** This was a cross-sectional study, which included patients with upper aerodigestive tract and age ≥ 65 years admitted for treatment at the Department of Head and Neck Surgery and Otorrhinolaryngology at A. C. Camargo Cancer Center between the years 1990 and 2010. The following variables were collected: demographic information, tumor characteristics (site, histology, staging), comorbidities, surgical risk (ASA), performance status at admission, nutritional status, and employment information. The University of Washington Quality of Life Questionnaire, the Geriatric Depression Scale, the Blessed Dementia Rating Scale, and the Functional Activities Questionnaire were used to evaluate the patients. Statistical analyses comprised descriptive statistics for quantitative and categorical variables. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test (followed by Bonferroni multiple comparisons test) were used to assess the differences between the mean scores of quality of life according to the categorical variables. **Results:** 70 patients were included: 48 men and 22 women aged between 65 and 94 years. The global score of quality of life ranged from 2.1 to 100 (mean = 57.2, standard error=4.1). The highest mean score was observed for the pain domain (mean=81.8, standard error = 2.5)

and the lowest for the chewing domain (mean= 42.1, standard error= 5.1). The most significant problems reported by patients were: taste (50 patients , 71.4%), saliva (46 patients, 65.7%) and swallowing (33 patients, 47.1%). Male patients had a higher mean total score of quality of life, compared to women ($p = 0.001$), while the older (> 75 years) showed lower quality of life scores. The prevalence of depressive symptoms was equal to 37.1 % and these patients also presented a lower quality of life mean score, although the result was not statistically significant ($p = 0.078$). Patients with lymph node metastases at diagnosis (N+) and those who underwent surgery also had lower scores of quality of life. No differences were found between the mean quality of life global scores according to the level of comorbidities.

Conclusion: Our study showed that the quality of life in the elderly may be influenced by factors such as gender, age, cancer staging (N category), treatment (surgery) and presence of associated depression. In the natural process of aging physical and functional changes are expected and for patients treated for head and neck cancer, there may still be physical and psychosocial limitations which directly impact the quality of life of these patients .

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1	Diagrama de dispersão do score total de QV-UW e idade para pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	32
Tabela 1	Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características sociodemográficas, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.	22
Tabela 2	Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo hábitos de consumo de tabaco e álcool, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	23
Tabela 3	Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características clínicas e do tumor, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	24
Tabela 4	Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo tratamento realizado, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	25
Tabela 5	Score total de qualidade de vida de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo os domínios do QV-UW, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	27
Tabela 6	Score total de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as questões gerais do QV-UW, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	28

Tabela 7	Score total de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo a importância de cada domínio nos últimos 7 dias no QV-UW, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010....	29
Tabela 8	Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo o problema significativo no QV-UW, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	30
Tabela 9	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características sociodemográficas, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	31
Tabela 10	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as características de consumo de tabaco e álcool, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	33
Tabela 11	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as características do tratamento empregado, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	34
Tabela 12	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as características do tumor, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	35
Tabela 13	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as características clínicas e do tumor relacionadas ao score total QV-UW, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	36

Tabela 14	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo ausência ou presença/suspeita de demência, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	36
Tabela 15	Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo adequação ou suspeita/alteração do status funcional, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010.....	37

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1	Idade, comorbidades, sobrevida e qualidade de vida.....	5
2.2	Influência e impacto das comorbidades	6
2.3	Tratamento	9
2.4	impacto dos demais fatores relacionados à qualidade de vida.....	13
3	OBJETIVOS	16
4	PACIENTES E MÉTODOS.....	17
5	RESULTADOS.....	22
5.1	Caracterização da amostra à época do tratamento	22
5.2	Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15)	25
5.3	Escala de demência de Blessed.....	25
5.4	Escala de atividades de vida diária de Pfeffer	26
5.5	Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington.....	26
5.5.1	Score de qualidade de vida segundo características sociodemográficas.....	30
5.5.2	Score de qualidade de vida segundo características do consumo de tabaco e álcool.....	33
5.5.3	Score de qualidade de vida segundo o tratamento empregado	33
5.5.4	Score de qualidade de vida segundo características do tumor	34
5.5.5	Score qualidade de vida relacionado à depressão	35
5.5.6	Score qualidade de vida relacionado à demência	36
5.5.7	Score qualidade de vida relacionado ao status funcional (escala de Pfeffer)	37

6	DISCUSSÃO	38
6.1	Qualidade de vida x sintomas.....	38
6.2	Qualidade de vida x características do tumor x tratamento	41
6.3	Qualidade de vida, sexo, idade, comorbidades	43
6.4	Fatores psicológicos, depressão e qualidade de vida	46
6.5	Status funcional x qualidade de vida	49
6.6	Considerações finais	50
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	52

ANEXOS

- Anexo 1** Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- Anexo 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo 3** Questionário de Qualidade de vida em pacientes do
Departamento de Cabeça e Pescoço
- Anexo 4** Avaliação de comorbidades do adulto – ACE-27
- Anexo 5** Questionário de Qualidade de vida da Universidade de
Washington
- Anexo 6** Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de
Yesavage (GDS-15)
- Anexo 7** Escala de Blessed
- Anexo 8** Avaliação Funcional de Pfeffer
- Anexo 9** Dados Atuais

1 INTRODUÇÃO

Anualmente em todo mundo são registrados aproximadamente 560.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço (Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição, C00 a C14) e 300.000 óbitos, representando 7% e 4,5% da incidência e mortalidade por todos os cânceres, respectivamente (BOYLE e LEVIN 2008). O câncer de cabeça e pescoço acomete mais os homens do que as mulheres, sendo mais prevalente entre os homens na faixa etária de 40 a 75 anos e entre as mulheres, entre 50 a 74 anos (REGEZI et al. 2007).

O câncer é uma doença que afeta principalmente os idosos (HAVLIK et al. 1994). Estima-se que 55% dos cânceres ocorram nesta população, tendo um risco na faixa etária de 65 a 85 anos aumentado em 23% nos homens e 17% nas mulheres (MCKENNA 1994). Devido ao fato do câncer ter uma maior propensão a ocorrer em uma faixa etária mais idosa é importante considerar como o processo biológico de envelhecimento pode impactar no desenvolvimento da neoplasia o qual irá depender da etiologia, curso da doença e tratamento (COHEN 1994).

Com o aumento da expectativa de vida no mundo, o número de pacientes com câncer de cabeça e pescoço com mais de 70 anos vem aumentando (SANABRIA et al. 2007a). Estima-se que pacientes com câncer de cabeça e pescoço com mais de 80 anos de idade tenham 1,68 vezes mais risco de morte do que os mais jovens, quando relacionados à

gravidade das comorbidades, estadiamento clínico e status funcional (SANABRIA et al. 2007a). Com isso, estabelece-se a importância de se entender o comportamento e fatores psicossociais na triagem, detecção e tratamento de câncer nesta população (HAVLIK et al. 1994).

Recentes estudos relataram que o estadiamento clínico (SANABRIA et al. 2007a), a histologia do tumor (SANABRIA et al. 2007a), e as comorbidades (PICCIRILLO 2000; RIBEIRO et al. 2000; SANABRIA et al. 2007a) são importantes para o planejamento terapêutico, para prever o risco de complicações, prognóstico e a sobrevida de muitos tipos de câncer.

Diversos estudos mostraram que pacientes idosos são mais propensos a não receber o tratamento padrão para a neoplasia comparados aos jovens, apesar das evidências demonstrando que tratamentos cirúrgicos podem ser seguramente usados se não existirem muitas comorbidades (KOWALSKI et al. 1994; MCKENNA 1994; DERKS et al. 2005b). As comorbidades podem aumentar o número de complicações relacionadas ao tratamento, alterando o prognóstico e influenciando na qualidade de vida (DERKS et al. 2005a e b). Há vários estudos que indicam que cirurgia e/ou radioterapia podem ser usados para tratamento de câncer em idosos quando as comorbidades são tratadas apropriadamente (KOWALSKI et al. 1994; MCKENNA 1994; VARTANIAN et al. 2004; DERKS et al. 2005a; SANABRIA et al. 2007a).

O planejamento do tratamento oncológico não deve considerar a idade como fator decisivo, exceto quando existam comorbidades significativas e não tratáveis. Somente nessa situação é aceitável alterar a

decisão médica, do paciente e de seus cuidadores (KURTZ et al. 1994). A melhor abordagem terapêutica será aquela que prover a maior taxa de sobrevida e melhor qualidade de vida durante a sobrevida do paciente. Os pacientes idosos devem ser informados das opções de tratamento e as vantagens e desvantagens das escolhas que se aplicam a eles. Julgamentos clínicos devem ser usados em pacientes com um estado geral de saúde pobre e uma expectativa de vida limitada (MCKENNA 1994).

O efeito das comorbidades tem sido avaliado em amostras pequenas de populações de pacientes idosos e em resposta à controvérsia de alguns estudos realizados que mostram o efeito isolado da idade como um marcador prognóstico (SANABRIA et al. 2007a; RAMAKRISHNAN et al. 2007; HOMMA et al. 2010). A avaliação das comorbidades em uma população de pacientes idosos portadores de câncer pode elucidar o impacto das mesmas na qualidade de vida nesta população (SINGH et al. 2000).

A qualidade de vida em câncer de cabeça pescoço tem se tornado uma importante medida devido ao impacto da doença e do tratamento sobre diversos aspectos funcionais, emocionais, sociais e profissionais dos indivíduos (WEYMULLER et al. 2000). De maneira geral, a qualidade de vida é influenciada por vários aspectos considerados fundamentais, como o estado funcional, aspectos físicos, aspectos psicológicos e relações sociais (AARONSON 1989; WEYMULLER et al. 2000; VARTANIAN 2006). Outros fatores que também têm sido considerados na avaliação da qualidade de vida global são: situação econômica, sexualidade, espiritualidade, suporte

familiar e atividades de lazer (VARTANIAN et al. 2006). Outros fatores que também merecem ser ressaltados e que impactam na qualidade de vida são a perda do cônjuge, irmão, filhos, e/ou amigos, diminuição da força física e mobilidade, dos sentidos e a diminuição dos recursos financeiros e sociais (KURTZ et al. 2004).

Em suma, os pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço podem ter prejuízos na qualidade de vida devido a fatores ligados ao envelhecimento, incluindo um maior risco de desenvolvimento de outros tipos de câncer e a presença de comorbidades que podem piorar o prognóstico e o próprio impacto do tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 IDADE, COMORBIDADES, SOBREVIDA E QUALIDADE DE VIDA

Alguns estudos têm sido realizados a fim de se verificar se a idade pode ter impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço (DE GRAEFF et al. 2000; SANABRIA et al. 2007a).

Em um estudo prospectivo que incluiu 153 pacientes com câncer de cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe foi observado que a idade teve pouca influência na qualidade de vida após o tratamento, exceto nas variáveis funcionamento físico e sexualidade. Esse estudo sugeriu que a idade até 75 anos não deve ser valorizada na tomada de decisões sobre o tratamento para estes pacientes ao se pensar em uma piora do *performance status* (DE GRAEFF et al. 2000).

Estima-se ainda que pacientes com câncer de cabeça e pescoço com mais de 80 anos de idade têm 1,68 vezes risco maior de morte quando relacionados à gravidade das comorbidades, estadiamento clínico e status funcional (SANABRIA et al. 2007a).

Recentes estudos relataram que o estadiamento clínico (SANABRIA et al. 2007a), a histologia do tumor (SANABRIA et al. 2007a), e as comorbidades (PICCIRILLO 2000; RIBEIRO et al. 2000; SANABRIA et al.

2007a) são importantes para o planejamento terapêutico, para prever o risco de complicações, prognóstico e a sobrevida de muitos tipos de câncer.

2.2 INFLUÊNCIA E IMPACTO DAS COMORBIDADES

É esperado que, com o avanço da idade, a incidência e prevalência de outras condições médicas crônicas aumentem. Desta forma, além do diagnóstico de câncer pode existir uma série de outras condições clínicas relevantes para os pacientes idosos (SANABRIA et al. 2005; WEDDING et al. 2007).

A associação do câncer com doenças crônicas sistêmicas como as pulmonares, cardiovasculares, hepáticas, doenças metabólicas, consumo de álcool e tabaco é frequente entre pessoas idosas e pode modificar a tolerância ao tratamento com consequentes efeitos marcantes no prognóstico (KOWALSKI et al. 1994; DERKS et al. 2005a).

No estudo desenvolvido por WEDDING et al. (2007) pacientes com câncer de cabeça e pescoço que possuíam comorbidades consideradas moderadas tinham risco duas vezes maior risco de óbito quando comparados aqueles sem comorbidades. Para os pacientes acima de 70 anos pôde ser observada uma prevalência de comorbidades de grau moderado a grave igual a 21%. Foi constatado ainda que 76% dos 231 pacientes idosos possuíam comorbidades graves, sendo as mais comuns as de origem vascular.

Para 59 pacientes com câncer de nasofaringe, avaliados em um estudo realizado no nordeste da Inglaterra, entre os anos de 1989-1993, as comorbidades (avaliadas com o índice ACE-27) foram encontradas em 44% dos pacientes, sendo que 19% eram de grau moderado a grave. O sistema cardiovascular foi o mais afetado (27%). Idade e estágio do tumor também tiveram impacto na sobrevida (RAMAKRISHNAN et al. 2007).

HOMMA et al. (2010) avaliaram 156 pacientes com câncer de hipofaringe tratados no Hokkaido University Hospital, no Japão, no período entre 1995 e 2005. As comorbidades foram também avaliadas com o índice ACE-27 e os autores relataram que haviam comorbidades leves em 39 (25%), moderadas em 28 (17,9%) e graves em 34 pacientes (21,8%). Não houve associação estatisticamente significativa entre a gravidade das comorbidades e a idade ($p=0,769$). Todavia, foram observadas menores taxas de sobrevida global após 5 anos para: pacientes com 75 anos de idade ou mais (14,3% vs. 40,7 para os pacientes mais jovens, $p<0,001$), com comorbidades moderadas ou graves (27,7% vs. 45,1% para aqueles sem comorbidades ou com comorbidades leves, $p=0,007$), com tumores localizados na parede posterior ou na área pós-cricóide (26,5% vs 41,5% para os pacientes com tumores de seio piriforme, $p=0,014$) ou com doença estágio IV (27,7% vs. 57,3% para aqueles com doença nos estádios I-III, $p<0,001$). Na análise multivariada, as variáveis idade, comorbidades e estágio clínico permaneceram como fatores prognósticos independentes, mas a idade foi aquela com maior impacto no risco de óbito (HR=3,91; IC95% 2,17-7,03).

CHEN et al. (2001) relataram os resultados de um estudo retrospectivo realizado no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do M.D. Anderson Cancer Center, Estados Unidos, cujo objetivo foi demonstrar a importância das comorbidades no tratamento e no prognóstico de 182 pacientes com câncer avançado de laringe (T3 e T4) no período entre 1990 e 1995. As comorbidades foram avaliadas pelo Modified Medical Comorbidity Index, que é uma modificação do índice de Kaplan-Feinstein. Observou-se que 66 (36%) pacientes não apresentavam comorbidades, 52 (29%) tinham comorbidades de grau leve, 42 (23%) de grau moderado e 22 (12%) de grau elevado. A presença de comorbidades estava significativamente associada com a idade ($p=0,01$), raça ($p=0,004$), intervalo antes do tratamento ($p=0,002$), estado civil ($p=0,05$), estágio T ($p=0,04$) e estágio N ($p=0,02$). Os indivíduos com idade superior a 70 anos tiveram uma prevalência maior de comorbidades ($p=0,01$). Os pacientes que não tinham comorbidades ou que apresentavam as de grau leve alcançaram uma taxa de sobrevida global após 5 anos significativamente maior do que aqueles com comorbidades moderadas ou graves (21,8% vs. 46,3%, $p=0,003$).

SANABRIA et al. (2007a) encontraram alta prevalência de comorbidades (75%) ao estudarem 330 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com idade superior a 70 anos no A.C. Camargo Cancer Center entre os anos de 1990-2003. As comorbidades mais frequentes foram as de origem cardiovascular (hipertensão, doença cardíaca congestiva, arritmia, infarto), abuso de álcool, doenças respiratórias e diabetes. Tais

comorbidades foram relacionadas à exposição crônica ao tabaco e álcool e podem ser doenças comuns em populações geriátricas.

Em um outro estudo, realizado na mesma instituição entre os anos de 1980-2000, incluíram-se 242 pacientes acima de 70 anos e descreveu-se que as comorbidades estavam presentes em 87,6% dos pacientes e 56,6% tiveram algum tipo de complicação cirúrgica (44,6% locais e 28,5% sistêmicas). Essas complicações perioperatórias estavam associadas ao sexo masculino, esvaziamento cervical bilateral, presença de duas ou mais comorbidades, cirurgia reconstrutora e estágio clínico IV (SANABRIA et al. 2005).

O efeito da comorbidade tem sido avaliado em amostras pequenas de populações de pacientes idosos e em resposta à controvérsia de alguns estudos realizados para demonstrar o efeito isolado da idade como um marcador prognóstico (RAMAKRISHNAN et al. 2007; HOMMA et al. 2010); avaliar comorbidades em uma população de pacientes idosos portadores de câncer pode elucidar seu impacto na qualidade de vida nesta população (SANABRIA et al. 2007b).

2.3 TRATAMENTO

As comorbidades podem ter impacto direto no cuidado dos pacientes, na seleção do tipo de tratamento inicial e na avaliação de sua efetividade (PICCIRILLO 2000). O planejamento do tratamento do câncer não deveria considerar a idade como fator decisivo, exceto quando existem

comorbidades significativas e não tratáveis. Somente nessa situação é aceitável alterar a decisão médica, do paciente e de seus cuidadores (KURTZ et al. 1994).

Alguns estudos mostraram que pacientes idosos são mais propensos a não receber o tratamento padrão quando comparados aos pacientes mais jovens, apesar de já ter sido demonstrado que tratamentos cirúrgicos podem ser seguramente usados se não existirem muitas comorbidades (KOWALSKI et al. 1994; MCKENNA 1994; DERKS et al. 2005b). Há estudos que indicam que cirurgias e/ou radioterapia podem ser usadas seguramente para o tratamento de câncer, quando as comorbidades são tratadas adequadamente (KOWALSKI et al. 1994; MCKENNA 1994; DERKS et al. 2005a; VARTANIAN et al. 2004; SANABRIA et al. 2007a). Todavia, sabe-se que as comorbidades podem aumentar o número de complicações relacionadas ao tratamento, alterando, o prognóstico e influenciando na qualidade de vida (CHEN et al. 2001; DE MELO et al. 2001; DERKS et al. 2003).

Historicamente o resultado do tratamento é medido em termos de resposta do tumor, sobrevida livre de doença e sobrevida global. Todavia, atualmente aumentou o interesse no estudo da influência do tratamento na qualidade de vida do paciente (SEMPLE et al. 2008). As principais modalidades de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço são cirurgia, radioterapia e quimioterapia e seu emprego pode resultar em sequelas que abrangem fatores físicos, sociais e psicológicos (SEMPLE et al. 2008). Sendo assim, devido ao impacto do câncer e seu tratamento sobre diversos

aspectos da vida dos indivíduos, a qualidade de vida em câncer de cabeça e pescoço tem se tornado uma importante medida (SEMPLE et al. 2008).

No estudo de VARTANIAN et al. (2004), que avaliaram 344 pacientes com o questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington constatou-se que o tratamento foi a variável que mais interferiu na qualidade de vida dos pacientes com tumores de cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe. A combinação de cirurgia e radioterapia) foi associada a piores scores de qualidade de vida, afetando os domínios aparência, recreação, salivação, deglutição e fala.

SANABRIA et al. (2007b) avaliaram 321 pacientes com diagnóstico de câncer ressecável de cabeça e pescoço e concluíram que o tratamento sub-ótimo foi realizado em 19,9% dos pacientes. Os fatores relacionados à realização de tratamento sub-ótimo foram: idade, tumor de oro/hipofaringe, comorbidade severa, estágio clínico avançado e baixo índice de Karnofsky. Segundo os autores, os pacientes submetidos a esse tipo de tratamento apresentam menores taxas de sobrevida global e também de sobrevida específica relacionada ao câncer.

Em um estudo prospectivo com 153 pacientes com câncer de cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe, cuja qualidade de vida e depressão foram avaliadas com os questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) Core Questionnaire, EORTC *Head and Neck Cancer Quality of Life Questionnaire* (H&N35) e o *Center for Epidemiologic Studies Depression scale* (CES-D) foi observado que pacientes submetidos a tratamento combinado (cirurgia e radioterapia), com

sintomas depressivos e baixo *performance status* possuíam um maior risco para morbidade física e psicológica após o tratamento (DE GRAEFF et al. 2000).

No estudo de WAN LEUNG et al. (2011), que incluiu 640 pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia, confirmou-se que técnicas de radioterapia como as de intensidade modulada reduziam os sintomas de xerostomia e melhoravam a qualidade de vida global. Além disso, notou-se que o nível socioeconômico, as comorbidades e o sítio tumoral influenciavam a qualidade de vida.

Os pacientes submetidos a tratamento para câncer de cabeça e pescoço são mais propensos a sofrerem de doenças metabólicas associadas (diabetes, problemas vasculares, dislipidemia), osteoporose, depressão e perda de função. Deste modo, necessitam não somente de suporte farmacológico mas também de mudanças no estilo de vida (PORTILLA et al. 2008).

Até há pouco tempo, o planejamento do tratamento oncológico dava pouca atenção aos aspectos funcionais, psicológicos e sociais dos indivíduos, sendo que muitos destes conceitos estão também relacionados à qualidade de vida (SEMPLE et al. 2008).

2.4 IMPACTO DOS DEMAIS FATORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA

De maneira geral, a qualidade de vida é influenciada por vários aspectos considerados fundamentais, como o estado funcional, aspectos físicos, psicológicos e relações sociais (SEMPLE et al. 2008). Outros fatores que devem ser considerados na avaliação da qualidade de vida global são a situação econômica, a sexualidade, a espiritualidade, o suporte familiar e as atividades de lazer (SEMPLE et al. 2008).

A qualidade de vida relacionada à saúde e sua avaliação tem se tornado importante principalmente nos casos de doenças crônicas. Nos pacientes com câncer os critérios de evolução são baseados nas taxas de sobrevida, taxa de controle local e taxas de complicações.

Em um estudo realizado com 344 pacientes tratados com câncer de vias aerodigestivas superiores concluiu-se que a avaliação da qualidade de vida em longo prazo foi considerada boa ou excelente pela maioria dos pacientes (n= 344; 78,5%). Os tumores em estádios avançados e o emprego de tratamento combinado foram os fatores com maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos. A ocorrência de incapacidade para o trabalho neste estudo foi detectada em um terço dos pacientes (32,9%), sendo demonstrado que o estágio avançado dos tumores, o consumo de álcool e o baixo nível sociocultural foram os principais fatores de risco para incapacidade (VARTANIAN et al. 2004).

Outros fatores também importantes que impactam na qualidade de vida estão relacionados à perda do cônjuge, irmão, filhos, e/ou amigos, diminuição da força física e mobilidade, diminuição dos sentidos e dos recursos financeiros e sociais (KURTZ et al. 1994). Além disso, os problemas psicossociais e o estado geral saúde após o diagnóstico e tratamento do câncer de cabeça e pescoço podem ser agravados pela ansiedade, depressão, preocupações financeiras pela perda da produtividade e pela falta de interação social que pode ser decorrente de sequelas físicas e psicológicas da doença (SEMPLE et al. 2008). Dependendo das condições de saúde, do estágio da doença, das limitações físicas que podem ser decorrentes do processo de senescência e até mesmo do próprio câncer, torna-se necessário a presença de cuidadores que muitas vezes são membros da própria família (SOUSA e CARVALHO 2007).

A falta de autonomia nos idosos com câncer de cabeça e pescoço é um fator importante ao se avaliar o impacto da doença na qualidade de vida dessa população, pois pode criar um sofrimento que às vezes é mal interpretado pelos cuidadores que, por sua vez, podem se tornar ansiosos em prolongar a vida dos paciente a qualquer custo (KURTZ et al. 1994). Por outro lado, o cuidado, quando realizado por um familiar, não inclui apenas a higiene, alimentação específica, medicação, curativos, mas também manifestações de afeto, amizade, solidariedade, levando em conta a qualidade de vida do idoso, que consiste em envolver aspectos do bem estar físico, mental, emocional e social (SOUSA e CARVALHO 2007).

O suporte familiar é extremamente importante nessa fase pois pode reduzir as consequências negativas psicossociais da doença, tais como depressão, ansiedade e o impacto gerado pela perda do bem estar físico do paciente (BAGHI et al. 2007).

Em relação à depressão durante o curso do tratamento, sabe-se que 25 a 40% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço sofrem de sintomas depressivos. As alterações psicológicas podem ser decorrentes do uso excessivo de álcool, tabaco, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional e falta de suporte social, bem como efeitos físicos causados pela doença e efeitos colaterais do tratamento (BJORDAL e KAASA 1994; DUFFY et al. 2002; KARNELL et al. 2006; VARTANIAN et al. 2006).

3 OBJETIVOS

Avaliar o efeito da idade, tratamento e comorbidades na qualidade de vida de pacientes idosos portadores de câncer de vias aerodigestivas superiores.

4 PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal no qual foi utilizada uma amostra de 70 pacientes, que foram selecionados aleatoriamente a partir de banco de dados do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do A.C.Camargo Cancer Center.

Foram elegíveis os pacientes com idade igual ou superior a 65 anos admitidos para tratamento entre os anos de 1990 e 2010, com diagnóstico de câncer de vias aerodigestivas superiores, tratados e sem evidência de doença em atividade por mais de um ano. Definiu-se como idosos aqueles pacientes com 65 anos de idade ou mais, segundo a definição da maioria dos países desenvolvidos, visto que a expectativa de vida no Brasil tem aumentado nos últimos anos.

Foram incluídos neste estudo os pacientes com tumores de vias aerodigestivas superiores, compreendendo as seguintes localizações: lábio, boca, orofaringe, laringe, hipofaringe, seios paranasais, fossa nasal e nasofaringe.

Foram excluídos os pacientes que apresentaram alguma das seguintes condições: segunda neoplasia primária, história de neoplasia prévia em qualquer localização, diagnóstico médico-clínico de demência ou que não obtiveram pontuação mínima que excluísse demência ao se aplicar a escala de Blessed e também aqueles que não concordaram em participar do estudo e assinar o TCLE. Foram excluídos ainda os pacientes operados

em outras instituições, em virtude da impossibilidade de obtenção de informações completas e precisas do diagnóstico da doença, tais como dados sobre a localização do tumor, estadiamento (TNM – 6^a edição), *performance status* de Karnofsky (KPS), risco cirúrgico segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA), estado nutricional, tratamento empregado e outros.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do A.C.Camargo Cancer Center sob o protocolo de número 16111 (Anexo 1). Todos os pacientes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Entre os pacientes selecionados, foram localizados os prontuários médicos onde foram coletadas informações demográficas e hábitos (número do prontuário, idade, KPS, tempo pós-tratamento, escolaridade, profissão, situação de emprego antes e após o tratamento, características socioeconômicas e da moradia antes e após o tratamento, consumo de tabaco (quantidade pré e pós tratamento), consumo de álcool (quantidade pré e pós tratamento) (Anexo 3); características do tumor (local, histologia, estadiamento); comorbidades (ACE 27, Anexo 4); risco cirúrgico (ASA); estado nutricional, traqueostomia e informações sobre o tratamento empregado.

Após a coleta destas informações, os pacientes foram localizados nas agenda de marcação de consultas médicas dos diversos departamentos do hospital, incluindo os serviços de reabilitação, e então convidados a participar do estudo.

Os pacientes responderam ao questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (Anexo 5). O questionário proposto pela Universidade de Washington (*UW-QOL Questionnaire*) (WEYMULLER et al. 2000) foi validado em língua portuguesa por VARTANIAN et al. (2006) e é composto por doze questões (ou domínios) relacionadas a funções específicas da cabeça e pescoço e também relacionadas à atividade, recreação, dor, humor e ansiedade. Cada questão apresenta de três a cinco categorias de resposta com score variando de 0 (pior) a 100 (melhor). Apresenta também uma questão que permite ao paciente classificar quais destes domínios são os mais importantes para ele, e também é composto por três questões gerais sobre sua qualidade de vida global e relacionada à saúde. Além disso, há uma questão aberta para os pacientes fazerem seus comentários.

Os pacientes foram ainda avaliados com a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15) (Anexo 6), a escala de Blessed (Anexo 7) e a Avaliação Funcional de Pfeffer (Anexo 8).

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de YESAVAGE et al. (1983) (GDS-15) é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

A escala de BLESSED et al. (1968) permite estadiar a demência, avalia o grau de dependência do paciente em relação a atividades diárias, mudança de hábitos e distúrbios comportamentais.

A escala de PFEFFER et al. (2004), composta por 10 itens, evidencia a funcionalidade por meio do grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária. O escore varia de 0 a 30. Quanto maior o número de pontos, maior é a dependência do paciente. Considera-se que os pacientes que apresentam escore igual ou maior que e apresentam déficit funcional.

Os pacientes responderam ao questionário e aos testes em absoluta privacidade, nas dependências do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do AC Camargo Cancer Center, e estes foram aplicados por uma enfermeira previamente treinada. Nenhum dos procedimentos acarretou qualquer risco ou custo adicional.

Foram coletadas ainda informações atuais relacionadas ao etilismo (ausente, presente, se presente quantidade consumida), tabagismo (ausente, presente, se presente quantidade), estado civil (solteiro, casado, outras condições, presença ou não de filhos); profissão (se trabalha ou não atualmente; em caso afirmativo qual atividade de trabalho), internação e/ou cirurgia, queda, presença de traumatismo e doenças atuais.

Os dados coletados foram digitados em planilha Excel. Foram empregados na análise estatística medidas de tendência central e dispersão bem como frequências absolutas e relativas para descrição das variáveis quantitativas e qualitativas, respectivamente. Os testes de Mann-Whitney e

teste de Kruskal-Wallis (seguido pelo teste de comparações múltiplas de Bonferroni) foram usados para avaliar a diferença entre as médias dos escores de qualidade de vida segundo as variáveis categóricas. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado para avaliar a correlação entre o score de qualidade de vida e idade.

Para todos os testes estatísticos foi fixado um erro $\alpha=5\%$, isto é, os resultados somente foram considerados estatisticamente significativos quando $p<0,05$. Para a análise estatística utilizou-se o software Stata for Mac versão 11.0.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA À ÉPOCA DO TRATAMENTO

A amostra incluiu 70 pacientes (48 homens e 22 mulheres), com idade à época do tratamento variando entre 65 e 94 anos (mediana=66 anos). Mais de um terço dos pacientes possuía nível de escolaridade equivalente ao ensino superior completo (35,7%), seguida pelo grupo de indivíduos com ensino fundamental completo (32,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características sociodemográficas, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Masculino	48 (68,6)
	Feminino	22 (31,4)
Escolaridade	Analfabeto/Ensino fundamental incompleto	10 (14,3)
	Ensino fundamental completo	23 (32,9)
	Ensino médio completo	12 (17,1)
	Ensino superior completo	25 (35,7)

Cinquenta pacientes (71,4%) relataram que fumavam antes do tratamento e 48 faziam consumo de álcool (68,6%) (Tabela 2). Entre aqueles que relataram ser fumantes, o consumo variou entre 2 e 100 cigarros/dia (mediana=20 cigarros/dia). Em relação ao álcool, o consumo variou de 1 a 13.600 g/dia (mediana=64 g/dia).

Tabela 2 - Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo hábitos de consumo de tabaco e álcool, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	n (%)
Tabagismo	Nunca fumou	20 (28,6)
	Fumava antes do tratamento	46 (65,7)
	Fumava antes do tratamento e continua fumando	4 (5,7)
Etilismo	Nunca bebeu	22 (31,4)
	Bebia antes do tratamento	37 (52,9)
	Bebia antes do tratamento e continua bebendo	11 (15,7)

A maioria dos pacientes apresentava tumores localizados na laringe (n=32, 45,1%), sendo que 53 pacientes apresentavam doença em estágio clínico II-IV (75,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características clínicas e do tumor, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	n (%)
Localização do tumor	Laringe	32 (45,1)
	Boca	28 (40,0)
	Orofaringe	10 (14,3)
Estadiamento – T	T1	17 (24,3)
	T2	24 (34,3)
	T3	16 (22,8)
	T4	13 (18,6)
Estadiamento-N	N0	46 (65,7)
	N1	10 (14,3)
	N2a-N2c	13 (18,6)
	N3	1 (1,4)
KPS	50-70	3 (4,2)
	80-100	67 (95,8)
ASA	I	1 (1,4)
	II	58 (82,8)
	III	7 (10,0)
	Ignorado	4 (5,7)
ACE-27	0	27 (38,6)
	1	34 (48,6)
	2	9 (12,8)

Vinte e nove pacientes (41,4%) foram submetidos à cirurgia seguida por Radioterapia, enquanto somente 4 pacientes (2,9%) receberam a combinação de Radioterapia e Quimioterapia (Tabela 4). O intervalo de tempo entre o início do tratamento oncológico e a realização da entrevista variou de 12 a 551 meses (mediana=48,5 meses).

Tabela 4 - Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo tratamento realizado, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	n (%)
Cirurgia	Não	4 (5,7)
	Sim	66 (94,3)
Radioterapia	Não	21 (30,0)
	Sim	49 (70,0)
Quimioterapia	Não	52 (74,3)
	Sim	18 (25,7)
Tratamento	Cirurgia	21 (30,0)
	Cirurgia+Radioterapia	29 (41,4)
	Cirurgia+Quimioterapia	16 (22,8)
	Cirurgia + RXT + QT	2 (2,9)
	Radioterapia	2 (2,9)

5.2 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA EM VERSÃO REDUZIDA DE YESAVAGE (GDS-15)

O score da escala de depressão geriátrica de Yesavage variou de 1 a 21 pontos (mediana=5). Vinte e seis pacientes apresentaram score maior que 5. Desta forma, a prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi igual a 37,1%.

5.3 ESCALA DE DEMÊNCIA DE BLESSED

O score da escala de demência de Blessed variou de 0 a 8,5 pontos (mediana=0). Nenhum paciente apresentou score igual ou maior que 9

(indicativo de demência) e apenas 3 pacientes (4,3%) apresentavam score entre 4 e 9 (suspeita de demência).

5.4 ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE PFEFFER

O score da escala de Pfeiffer variou de 0 a 16 pontos (mediana=0). Somente 4 pacientes (5,7%) apresentavam score maior que 3, indicando déficit funcional.

5.5 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON

Para melhor caracterização, os resultados da avaliação da qualidade de vida, estes seguirão o mesmo formato apresentado por LOWE & ROGERS (2012).

O score total de qualidade de vida variou de 2,1 a 100 (média=57,2, erro padrão=4,1). O maior score médio foi observado para o domínio dor (média=81,8, erro padrão=2,5), enquanto o menor foi observado para o domínio mastigação (média=42,1, erro padrão=5,1) (Tabela 5).

Tabela 5 - Score total de qualidade de vida de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo os domínios do QV-UW, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Domínio	Score QV-UW							Média (erro padrão)	Porcentagem de pacientes com o melhor score possível
	0	25	33	50	66	75	100		
Dor	0	2	NA	11	NA	23	34	81,8 (2,5)	48,6
Aparência	21	0	NA	6	NA	20	23	58,6 (4,9)	32,9
Atividade	20	1	NA	1	NA	21	27	62,1 (5,0)	38,6
Recreação	20	1	NA	8	NA	10	31	61,1 (5,1)	44,3
Degluticao	24	NA	9	NA	15	NA	22	50,0 (5,0)	31,4
Mastigação	32	NA	NA	17	NA	NA	21	42,1 (5,2)	30,0
Fala	22	NA	5	NA	27	NA	16	51,1 (4,6)	22,9
Ombro	20	NA	2	NA	24	NA	24	58,2 (4,8)	34,3
Paladar	22	NA	7	NA	21	NA	20	51,9 (4,8)	28,6
Saliva	27	NA	13	NA	10	NA	20	44,3 (5,0)	28,6
Humor	20	1	NA	0	NA	24	25	61,8 (4,9)	35,7
Ansiedade	20	NA	2	NA	12	NA	36	63,9 (5,2)	51,4

NA= não aplicável

Em relação às questões gerais, o maior score médio foi observado para a qualidade de vida nos últimos 7 dias (média=84,3, erro padrão=1,9), enquanto o menor foi observado para o relato de um mês anterior ao câncer (média=64,3, erro padrão=3,4) (Tabela 6).

Tabela 6 - Score total de QV-UW, média e erro padrão e porcentagem de pacientes com o melhor score possível nas questões gerais em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Questões Gerais - UW-QOL	Score									Média (erro padrão)	%*
	0	20	25	40	50	60	75	80	100		
A. Qualidade de vida relacionada à saúde - um mês antes do diagnóstico	8	NA	17	NA	25	NA	13	NA	7	47,9 (3,4)	64,3
B. Qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias	0	1	NA	11	NA	51	NA	6	1	58,7 (1,4)	82,9
C. Qualidade de vida geral nos últimos 7 dias	0	4	NA	7	NA	48	NA	8	3	59,7 (1,9)	84,3

***Porcentagem de pacientes com o melhor score possível**

NA= não aplicável

Legenda:

A: (0) Muito pior (25) Um pouco pior (50) Igual (75) um pouco melhor (100) Muito melhor.

B: (0) Muito ruim (20) Ruim (40) Suficiente (60) Bom (80) Muito bom (100) Excelente

C: (0) Muito ruim (20) Ruim (40) Suficiente (60) Bom (80) Muito bom (100) Excelente

*Melhor score: A: % score 50, 75 or 100; B e C: score 60, 80 ou 10

Tabela 7 – Número, porcentagem de pacientes e ranking dos domínios escolhidos como mais importantes (nos últimos 7 dias) em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, A.C.Camargo Cancer Center, 1990-2010

Domínio	Número de pacientes que escolheram este domínio	Porcentagem de pacientes que escolheram este domínio	Ranking
Deglutição	20	28,6	1
Saliva	17	24,3	2
Dor	14	20,0	3
Mastigação	14	20,0	3
Paladar	12	17,1	5
Fala	11	15,7	6
Aparência	3	4,3	7
Ansiedade	3	4,3	7
Ombro	1	1,4	9
Recreação	1	1,4	9
Humor	0	0,0	11
Atividade	0	0,0	11

Os domínios mais considerados como problema significativo foram: paladar (50 pacientes; 71,4%), saliva (46 pacientes; 65,7%) e deglutição (33 pacientes; 47,1%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Número e porcentagem de pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo o domínio do QV-UW considerado como um problema significativo, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010

Domínio	Número de pacientes com problema significativo	Porcentagem de pacientes com problema significativo
Saliva	46	65,7
Paladar	50	71,4
Deglutição	33	47,1
Mastigação	32	45,7
Recreação	30	42,9
Aparência	28	40,0
Fala	27	38,6
Dor	23	32,9
Ombro	22	31,4
Ansiedade	22	31,4
Atividade	22	31,4
Humor	30	30,0

5.5.1 Score de qualidade de vida segundo características sociodemográficas

Os pacientes do sexo masculino apresentaram uma maior média do score total de qualidade de vida, comparados às mulheres ($p=0,001$). Não houve diferença entre as médias do score total de QV-UW segundo escolaridade. Os pacientes com mais de 75 anos de idade apresentaram uma média do score total de QV-UW bem menor do que os demais pacientes, ainda que não se tenha alcançado o nível de significância estatística ($p=0,084$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo características sócio demográficas, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Sexo	Masculino	65,2 (33,1)	0,001
	Feminino	39,8 (32,2)	
Escolaridade	Analfabeto/ Ens. Fund incompleto	52,4 (34,9)	0,303
	Ensino fundamental completo	50,4 (38,2)	
	Ensino médio completo	68,6 (32,1)	
	Ensino superior completo	60,0 (32,5)	
Idade (anos)	65-75	59,3 (34,4)	0,084
	>75	39,0 (34,3)	

*Nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (escolaridade).

Na figura 1, pode-se observar que à medida que aumenta a idade diminui a pontuação do score de qualidade de vida, sendo esta correlação estatisticamente significativa ($\rho=-0,276$, $p=0,021$).

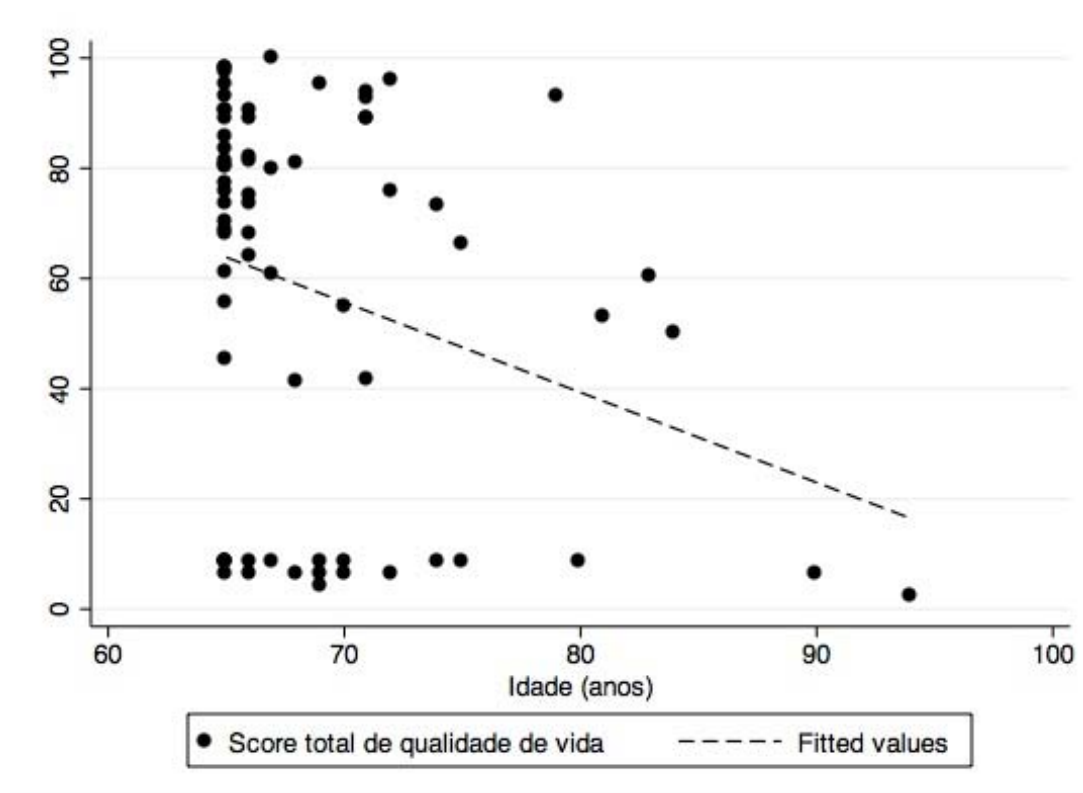


Figura 1 – Diagrama de dispersão do score total de QV-UW e idade para pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

5.5.2 Score de qualidade de vida segundo as características do consumo de tabaco e álcool

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias do score de qualidade de vida segundo hábitos de consumo de tabaco e álcool (Tabela 10).

Tabela 10 – Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo as características de consumo de tabaco e álcool, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Tabagismo	Nunca fumou	45,2 (33,4)	0,089
	Fumava antes do tratamento	61,3 (35,3)	
	Fumava antes do tratamento e continua	70,9 (19,4)	
Etilismo	Nunca bebeu	48,9 (37,7)	0,154
	Bebia antes do tratamento	58,4 (32,2)	
	Bebia antes do tratamento e continua	70,2 (35,3)	

* Nível de significância estatística segundo o teste de Kruskal-Wallis.

5.5.3 Score de qualidade de vida segundo o tratamento empregado

Os pacientes idosos submetidos à cirurgia apresentaram um menor score médio de qualidade de vida, comparados aqueles que não foram operados ($p=0,039$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação às outras modalidades de tratamento (Tabela 11).

Tabela 11 – Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, segundo as características do tratamento empregado, A.C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Cirurgia	Não	88,6 (7,3)	0,039
	Sim	55,3 (34,8)	
Radioterapia	Não	59,3 (39,5)	0,310
	Sim	56,3 (32,8)	
Quimioterapia	Não	59,4 (34,0)	0,363
	Sim	51,1 (36,8)	

* Nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney.

5.5.4 Score de qualidade de vida segundo as características do tumor

Pode ser observada uma diferença entre as médias do score total de qualidade de vida segundo as categorias de estadiamento T ($p=0,003$). Não houve diferença estatisticamente significativa segundo localização do tumor ($p=0,339$). Os pacientes que apresentaram metástases linfonodais ao diagnóstico (N+) apresentaram um menor score médio de qualidade de vida, comparados aos pacientes com N0, ainda que o resultado não tenha alcançado significância estatística ($p=0,094$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS, segundo as características do tumor, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Localização do tumor	Laringe	63,3 (33,1)	0,339
	Boca	50,2 (37,6)	
	Orofaringe	57,4 (29,8)	
Estadiamento - T	T1	72,2 (32,5)	0,003**
	T2	47,1 (35,2)	
	T3	73,2 (21,6)	
	T4	36,8 (35,1)	
Estadiamento - N	N negativo	60,5 (36,3)	0,094
	N positivo	50,9 (30,9)	

*Nível de significância estatística segundo teste de Mann-Whitney (2 grupos) ou Kruskal-

Wallis (mais do que 2 grupos)

** teste de múltiplas comparações de Bonferroni

T1=T2 (p=0,094)

T1=T3 (p=1,000)

T1≠T4 (p=0,022)

T2=T3 (p=0,082)

T3 ≠T4 (p=0,020)

5.5.5 Score de qualidade de vida relacionado à depressão

Os pacientes idosos com suspeita ou presença de depressão apresentaram uma média do score de qualidade de vida consideravelmente menor do que aqueles que não apresentavam este quadro, ainda que o resultado tenha ficado somente próximo da significância estatística (p=0,078) (Tabela 13).

Tabela 13 - Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo a presença ou suspeita de depressão, A.C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Depressão	Ausência	62,2 (34,8)	0,078
	Suspeita ou presença	48,7 (33,2)	

*nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney

5.5.6 Score de qualidade de vida relacionado à demência

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias do score total de QV-UW segundo a presença ou suspeita de demência ($p=0,804$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo a ausência ou presença/ suspeita de demência, A.C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Demência	Ausência	56,8 (35,1)	0,804
	Suspeita ou presença	67,9 (23,7)	

* Nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney.

5.5.7 Score de qualidade de vida relacionado ao status funcional (escala de Pfeffer)

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias do score total de qualidade de vida segundo alteração do status funcional ($p=0,204$) (Tabela 15).

Tabela 15 - Médias e respectivos desvios padrão do score total de QV-UW em pacientes idosos tratados para cânceres de VADS segundo adequação ou suspeita/alteração do status funcional, A. C. Camargo Cancer Center, 1990-2010.

Variável	Categoria	Média (desvio padrão)	p*
Status funcional	Adequado	58,0 (34,9)	0,204
	Suspeito/Alterado	44,3 (31,3)	

Nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney.

6 DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito da idade, tratamento e comorbidades na qualidade de vida de pacientes idosos submetidos a tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

Por questões didáticas, a discussão será dividida em tópicos:

6.1 QUALIDADE DE VIDA X SINTOMAS

A avaliação da qualidade de vida tem aumentado significativamente nos estudos em câncer de cabeça e pescoço (MEHANNA e MORTON 2006). A qualidade de vida relacionada à saúde vem sendo cada vez mais reconhecida como uma importante medida em Oncologia, compreendendo quatro principais domínios: funcionalidade física, funcionalidade psicológica, interação social e sintomas relacionados à doença/tratamento, os quais foram abordados em nosso estudo (DE GRAEFF et al. 1999).

Os fatores que determinam a qualidade de vida em pessoas doentes requerem maior elucidação pois podem auxiliar nas opções de tratamento, no planejamento da reabilitação e na identificação de pacientes com predisposição a problemas psicossociais (DE GRAEFF et al. 1999).

Alguns estudos longitudinais com seguimento de 2 a 3 anos têm descrito a qualidade de vida a médio e longo prazo e têm demonstrado que os pacientes apresentam melhora após três meses (DE GRAEFF et al.

1999), alcançando melhoria significativa em 2 a 3 anos (VARTANIAN et al. 2004).

Em nosso estudo, ao utilizarmos o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) e considerarmos a qualidade de vida como um todo, o maior score médio foi observado nos últimos sete dias (média=84,3, erro padrão=1,9), enquanto o menor score foi observado para o relato de um mês anterior ao câncer (média=64,3, erro padrão=3,4). Estes dados concordam com a literatura (VARTANIAN et al. 2004) ao se considerar uma mediana de 48,5 meses de tratamento, no qual o maior tempo pós tratamento indicou melhores scores de qualidade de vida. Esse dado faz sentido ao se levar em consideração que os pacientes já estão tratados há pelos menos um ano e livres da doença (de acordo com os critérios de exclusão do estudo), muitos provavelmente já tenham realizado reabilitação para intervenção de sequelas e do tratamento e atualmente se sentem melhores (ou funcionalmente melhor adaptados) do que um mês anterior a doença.

Quando os sintomas são considerados de acordo com a importância de cada domínio do UW-QOL nos últimos sete dias, observamos que deglutição (n=20; 28,6%), dor (n=20; 28,6%) e saliva (n=17; 24,3%) foram os scores que apresentaram maior importância para os pacientes, sendo que saliva (n=50; 71,4%) e deglutição (n=33; 47,1%) foram os mais pontuados como problemas significativos.

Há relatos na literatura que os domínios deglutição e saliva (DE GRAEFF et al. 1999; MEHANNA e MORTON 2006; VARTANIAN 2006) são

os que possuíam ainda maior impacto na qualidade de vida após o tratamento, sendo que estes sintomas podem ser derivados também de complicações perioperatórias (RIBEIRO et al. 2003).

No caso da dor, esta torna-se de difícil quantificação, pois depende exclusivamente do sujeito e até mesmo do grau de importância que ele atribui. Segundo MCKENNA (1994), a dor crônica é um processo comum em idosos (mesmo quando esta possa ser derivada de alterações cognitivas ou de ordem depressiva) e deve ser levada em consideração e avaliada mesmo quando o paciente não demonstra abatimento frente à doença.

A alteração da deglutição e da saliva são sintomas comumente descritos como sequelas do tratamento em câncer de cabeça e pescoço (SEMPLE et al. 2008). Estes domínios podem ter sido os mais pontuados pelo fato da maioria dos sujeitos possuírem tumores localizados nas regiões de laringe (45,1%) e boca (40,0%), nas quais são comuns queixas mesmo a muito tempo após o tratamento. Essas queixas estão diretamente relacionadas à agressividade do tumor e ao tratamento empregado. Em nossa amostra, a maioria dos pacientes possuía estadiamento do tumor acima de T2 e muitos deles (n=53;75,7%) foram submetidos à cirurgia com radioterapia adjuvante.

6.2 QUALIDADE DE VIDA X CARACTERÍSTICAS DO TUMOR X TRATAMENTO

As modalidades de tratamento para câncer de cabeça e pescoço frequentemente resultam em sequelas. Historicamente, o resultado do tratamento é medido em termos de resposta, sobrevida livre da doença e sobrevida global. Existe, contudo, aumento do interesse em como o tratamento pode influenciar a qualidade de vida dos pacientes (SEMPLE et al. 2008).

Nossos resultados demonstraram que os pacientes com tumores avançados (T4) apresentaram pior score médio de qualidade de vida do que os demais, resultado este semelhante ao descrito em um estudo anterior, realizado também no A. C. Camargo Cancer Center (VARTANIAN et al. 2004). Segundo BILIR & LIST (2004) o tamanho tumoral está associado a qualidade de vida; quanto maior o tamanho do tumor, mais baixos são os scores de qualidade de vida e maior é a sintomatologia associada.

Em nosso estudo, não se observou diferenças na qualidade de vida segundo a realização de radioterapia ou quimioterapia, o que corrobora os achados de DERKS et al. (2005b). Todavia, observamos que os pacientes submetidos à cirurgia apresentaram pior qualidade de vida comparados aqueles que não foram operados. Os estudos relacionados à qualidade de vida em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço que foram tratados com cirurgia associada ou não à radioterapia ou quimioterapia indicaram que uma baixa qualidade de vida pode ser esperada em pacientes com estádios

avanzados da doença ou lesões em base de língua (DE GRAEFF et al. 1999; VARTANIAN 2006).

Segundo SEMPLE et al. (2008), os pacientes que tinham câncer em cavidade oral e foram submetidos à cirurgia combinada com radioterapia apontaram os piores sintomas e mudanças associadas ao tratamento. Esses pacientes expressaram necessidade de mudança da dieta, tempo aumentado de alimentação, mudança de olfato, sabor e salivação.

Em nosso estudo, os pacientes com comprometimento linfonodal apresentaram um pior score de qualidade de vida, o que indica que tal fato pode estar associado às possíveis sequelas do esvaziamento cervical, o que corrobora os achados de VARTANIAN (2006), que demonstrou que a incapacidade para o trabalho após tratamento é mais frequente em pacientes submetidos à quimioterapia ou esvaziamento cervical ou naqueles que relataram dor no questionário de qualidade de vida.

Além disso, muitos pacientes relataram que o domínio dor era o mais importante, e isto pode estar relacionado à restrição do movimento dos ombros e enrijecimento do pescoço devido ao esvaziamento cervical. Desta forma, a probabilidade desses pacientes terem suas atividades de trabalho prejudicadas torna-se maior e, conseqüentemente, pode haver prejuízos de ordem socioeconômica para os pacientes e seus familiares e/ou dependentes. Quando a dor está relacionada às funções de mastigação e deglutição, cabe ressaltar que existe uma maior probabilidade de ocorrência de alterações nutricionais, o que aumenta o risco de doenças, apatia e falta de interesse/prazer em se alimentar. Sendo assim, as sequelas e restrições

geradas são diretamente relacionadas ao tipo e escolha de tratamento empregado, conforme a necessidade.

Segundo VARTANIAN (2006), nos países em desenvolvimento, uma alta proporção de pacientes com câncer de cabeça e pescoço tem nível socioeconômico e cultural baixos, e essa proporção claramente está associada com as dificuldades em acessar o sistema de saúde. Consequentemente, muitos casos são diagnosticados em estádios clínicos avançados, requerendo tratamento mais agressivo e multimodal, o que eleva o risco de complicações e sequelas. Este predomínio de pessoas de baixa escolaridade e com tumores avançados também foi observado em nosso estudo, em concordância com o perfil descrito por VARTANIAN et al. (2004)

A compreensão das mudanças no estilo de vida após o tratamento pode ajudar profissionais da saúde a planejar medidas de suporte e intervenções necessárias (SEMPLE et al. 2008).

6.3 QUALIDADE DE VIDA, IDADE, SEXO, COMORBIDADES

Sabe-se que o risco de câncer aumenta com o envelhecimento. O aumento da idade também está associado a outros problemas e doenças crônicas que podem causar impacto na independência para as atividades de vida diárias, nas taxas de incapacidade e na qualidade de vida.

Nossos achados não demonstraram uma diferença estatisticamente significativa nas médias do score total de qualidade de vida segundo grupo etário (65-75 anos e > 75 anos). Todavia, percebe-se que a pontuação tende

a diminuir com o aumento da idade, ou seja, quanto mais idosos piores os scores de qualidade de vida.

Em nosso estudo, os homens apresentaram um score médio de qualidade de vida significativamente superior ao das mulheres. No estudo de Vartanian et al (2004), as mulheres com câncer de cavidade oral e orofaringe apresentaram um pior score médio de qualidade de vida para o domínio dor (Mulheres=86,1; Homens=93,0; $p=0,004$). Segundo KATZ et al (2003) não existe um consenso sobre a influência do gênero na qualidade de vida em paciente com câncer de cabeça e pescoço. Permanece sem esclarecimento se as mulheres possuem diferentes níveis de adaptação quando comparadas aos homens ou se lidam de forma distinta com o impacto da desfiguração. Em um estudo que teve por objetivo avaliar o impacto psicossocial da desfiguração, do sexo e do suporte social após o tratamento cirúrgico para câncer de cabeça e pescoço, descreveu-se que as mulheres tinham uma alta frequência de sintomas depressivos e pouca felicidade quando comparadas aos homens (KATZ et al. 2003). Sendo assim, é possível que as pacientes em nosso estudo tenham sofrido algum grau de desfiguração facial e portanto, apresentem maior dificuldade para adaptação psicossocial e consequentemente redução na qualidade de vida.

Não foi encontrada no presente estudo diferenças nas médias dos scores de qualidade de vida segundo a presença de comorbidades. Estudos prévios demonstraram associações significativas entre o nível de comorbidades e o score total de qualidade de vida (QV-UW – 12 itens) (EL-DEIRY et al. 2009; OZER et al. 2008). Recentemente, foi demonstrado

que os níveis de comorbidade, particularmente as doenças respiratórias, estão associados aos scores de qualidade de vida (medidos pelos questionários EORTC QLQ-C30/H&N35) no momento do diagnóstico e 18 meses após (OSTHUS et al. 2013). Todavia, os autores afirmam que é provável que exista uma relação mais forte entre as comorbidades e medidas gerais de qualidade de vida do que entre comorbidades e medidas específicas da qualidade de vida relacionada ao câncer de cabeça e pescoço (OSTHUS et al. 2013).

A despeito do esperado aumento no número de pessoas acima de 65 anos e do maior risco de câncer e outras doenças crônicas em pessoas idosas, sabe-se muito pouco sobre pacientes idosos com câncer e se estes têm um grande número de comorbidades comparados à população idosa sem câncer (SANABRIA 2007a). Apesar de não ter sido encontrada associação entre comorbidades e qualidade de vida em nosso estudo, acreditamos que pesquisas populacionais, com maior número de sujeitos, que explorem o efeito da idade em relação à deterioração da qualidade de vida em pacientes idosos são importantes, pois há relatos de que as comorbidades são um importante fator prognóstico para pacientes com câncer (PICCIRILLO 2000, RIBEIRO et al. 2000; SANABRIA2007a).

6.4 FATORES PSICOLÓGICOS, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Os fatores psicossociais principalmente relacionados à depressão vêm também sendo associados com a qualidade de vida em pacientes com câncer. A Depressão é frequentemente associada com câncer, ocorrendo em 20% dos pacientes oncológicos. Nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, a prevalência descrita é de 35,1%, sendo este o 6º tipo de tumor com maior prevalência deste distúrbio, superado apenas pelos cânceres de pulmão, cérebro, linfoma de Hodgkin, pâncreas, linfoma não-Hodgkin e fígado (ZABORA et al. 2001).

Existem diferentes estudos em relação à depressão associada à qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço com diferentes faixas etárias com taxas de prevalência entre 7,7% a 44 % ao considerarmos os sobreviventes de curto, médio ou longo prazo, independente da faixa etária (BJORDAL e KAASA 1994; DUFFY et al. 2002; VARTANIAN et al. 2006; KARNELL et al. 2006).

Nosso estudo, voltado exclusivamente à população idosa, apontou uma prevalência de 37,1% de depressão. As diferenças de prevalência de depressão na população com câncer de cabeça e pescoço podem ser devidas a alguns fatores como: diferentes métodos ou pontos de corte para a mesma pesquisa, diferentes pontos no tempo em que as medidas foram realizadas (do período antes até uma década depois do tratamento) e diferentes tipos de pacientes em relação ao sítio da doença, estágio e tipo

de tratamento (KARNELL et al. 2006). Em situações de baixa prevalência de sintomas depressivos estas podem também estar associadas a maior adaptação desses pacientes às sequelas terapêuticas e participação em programas de reabilitação (VARTANIAN 2006).

No presente estudo, os pacientes idosos com suspeita ou presença de depressão apresentaram uma média do score de qualidade de vida consideravelmente menor do que aqueles que não apresentavam este quadro, ainda que o resultado tenha ficado somente próximo da significância estatística ($p=0,078$). Seria esperado que pacientes com câncer de cabeça e pescoço estivessem mais propensos a problemas psicossociais devido ao fato de que a interação social e emocional depende da integridade e funcionalidade de estruturas importantes na alimentação, deglutição e fala (DE GRAEFF et al. 1999). No entanto, mesmo que os sintomas depressivos tenham uma forte associação com a qualidade de vida, estes podem ser difíceis de serem avaliados, pois dependendo da fase durante o tratamento ou pós-tratamento os sintomas de câncer ou até mesmo as limitações impostas por este podem se misturar ao diagnóstico (DUFFY et al. 2002).

Sabe-se que a expectativa de vida mundial vem aumentando e com esta o risco de desenvolvimento de câncer, incluindo os de cabeça e pescoço. Como os sintomas depressivos possuem uma prevalência considerável e podem ser potencialmente tratáveis, os estudos que avaliam a situação emocional e a saúde mental dos indivíduos tornam-se essenciais e relevantes (VARTANIAN 2006). Sendo assim, ao considerarmos uma prevalência de 37,1% de depressão em uma população idosa, com diferença

no score de qualidade de vida, é importante o diagnóstico precoce de quadros depressivos nessa população antes, durante e após o tratamento oncológico por meio de triagens periódicas e inclusão em programas de reabilitação .

O conhecimento do nível de stress psicológico e os fatores de risco associados com ele poderia ajudar a identificar pacientes de risco, e prover uma oportunidade de prevenir, reduzir ou tratar tais problemas (BJORDAL e KAASA 1994; VARTANIAN 2006). É esperado que este tipo de abordagem possa ajudar aos pacientes a lidar mais eficientemente com os problemas e melhorar sua qualidade de vida (BJORDAL e KAASA 1994).

É preconizado ainda que falar abertamente sobre o câncer com a família pode ser uma forma que possibilita ao paciente e seus familiares lidarem melhor com a doença porque o suporte e a comunicação entre membros da família pode ser de crucial importância para diminuir o impacto psicossocial negativo em consequência da doença (BAGHI et al. 2007).

Dependendo das condições de saúde, do estágio da doença, das limitações físicas que podem ser decorrentes do processo de senescência e até mesmo do próprio câncer, torna-se necessária a presença de cuidadores que muitas vezes são membros da própria família (SOUSA e CARVALHO 2007).

O suporte familiar é extremamente importante nessa fase, pois conforme já citado anteriormente, pode diminuir as consequências negativas psicossociais da doença como depressão, ansiedade e impactos gerados pela perda do bem estar físico do paciente (BAGHI et al. 2007).

6.5 STATUS FUNCIONAL X QUALIDADE DE VIDA

A capacidade funcional dos indivíduos em relação às atividades de vida diária também é outro fator impactante na qualidade de vida. A prevalência, a intensidade, e a percepção da importância e impacto dos sintomas na qualidade de vida em relação às atividades de vida diária apresentam grande variabilidade entre pacientes e são fortemente influenciadas pelo estágio, doença e tratamento (FERREIRA et al. 2008).

Em nosso estudo, 5,7% dos pacientes apresentaram declínio funcional de acordo com a escala de Pfeffer. Na literatura, ao se considerar pacientes idosos, alterações nas atividades de vida diária são mais relatadas em pacientes com diagnóstico de demência. Em nosso estudo, apenas quatro pacientes tinham déficit funcional e um score de qualidade de vida discretamente menor. É possível que este achado possa ter sido influenciado pelo período em que o questionário foi aplicado (após o tratamento), visto que os pacientes podem já ter realizado terapias de reabilitação ou até mesmo estarem melhor adaptados à nova condição e algumas restrições funcionais que apareceram como sequelas do tratamento. Outro fator relevante é o performance status dos pacientes no momento do tratamento, já que a maioria dos indivíduos possuíam KPS entre 80-100 e risco cirúrgico ASA I ou II, o que indica que não havia limitação funcional da doença. Se estes pacientes aparentemente estavam em boas condições na época do diagnóstico da doença e tratamento, pode

ser que após tratamento eles não se julguem tão piores do que naquela época, pois as limitações são agora focais (dor, deglutição, saliva).

O estudo de SEMPLE et al. (2008) revelou que para alguns pacientes as limitações nos movimentos dos ombros resultaram em alterações no contato físico da família, inabilidade no trabalho além de alterações nas atividades de vida diária. A habilidade em retornar ao trabalho normal e envolvimento em atividades de vida diária foram influenciados não somente pela doença e tratamento mas também pela reestruturação da vida. Nesse mesmo estudo, aqueles pacientes que retornaram ao trabalho referiram limitação na capacidade e suporte de outros funcionários e redução do tempo de trabalho. As limitações funcionais que impactam diretamente no trabalho associadas ao próprio processo de senescência no qual é esperada a diminuição de força física e carga horária de trabalho podem causar também impactos de ordem socioeconômica.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo natural do envelhecimento são esperadas mudanças físicas e funcionais, diminuição do ritmo de trabalho com consequente diminuição da renda familiar e o próprio processo de aposentadoria, que muitas vezes é insuficiente para manter a renda familiar em países em desenvolvimento como o Brasil, é esperado que os pacientes idosos tenham naturalmente necessidades de adaptações em seus estilos e ritmos de vida.

Nos pacientes com câncer, essas mudanças podem ser acentuadas pela própria doença, gerando limitações de fala, deglutição e dor crônica e requerendo ainda maior dependência de cuidadores e familiares. Lidar com todas essas mudanças e situações limitadoras envolve mudanças psicossociais com impacto direto não somente na qualidade de vida desses pacientes como também de seus familiares. O suporte familiar torna-se de extrema importância para recuperação e superação da própria doença, melhorando a sobrevida desses pacientes.

No passado, pacientes idosos eram submetidos a tratamentos em sua maior parte mais conservadores e com diversas restrições no processo terapêutico. Hoje, com o processo de melhoria e acesso às diversas modalidades de tratamento, os pacientes com histórico de câncer podem envelhecer com mais saúde e terem, além de qualidade de vida, melhor sobrevida.

Desta forma, o conhecimento da qualidade de vida em pacientes idosos quando tratados por câncer de cabeça e pescoço permite planejar uma abordagem multiprofissional diferenciada, favorecendo não só os pacientes, mas todas as pessoas envolvidas no processo de tratamento e superação da doença.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. **Control Clin Trials** 1989; 104 (Suppl:1):95S-208S.

Baghi M, Wagenblast J, Hambek M, et al. Demands on caring relatives of head and neck cancer patients. **Laryngoscope** 2007; 117:712-6.

Bjordal K, Kaasa S, Mastekaasa A. Quality of life in patients treated for head and neck cancer: a follow-up to 7 to 11 years after radiotherapy. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 1994; 28:847-56.

Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. **Br J Psychiatry** 1968; 114:797-811.

Boyle P, Levin B. **World cancer report 2008**. Lyon: IARC; 2008.

Chen AY, Matson LK, Roberts D, Goepfert H. The significance of comorbidity in advanced laryngeal cancer. **Head Neck** 2001; 23:566-72.

Cohen HJ. Biology of aging as related to cancer. **Cancer** 1994; 74(7 Suppl):2092-100.

de Graeff A, de Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JA. A prospective study on quality of life of patients with cancer of the oral cavity or oropharynx treated with surgery with or without radiotherapy. **Oral Oncol** 1999; 35:27-32.

de Graeff A, de Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JA. Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer. **Head Neck** 2000; 22:398-407.

de Melo GM, Ribeiro KCB, Kowalski LP, Deheinzelin D. Risk factors for perioperative complications in oral cancer and their prognostic implications. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2001; 127:828-833.

Derks W, De Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Elderly patients with head and neck cancer: short-term effects of surgical treatment on quality of life. **Clin Otolaryngol Allied Sci** 2003; 28:399-405.

Derks W, de Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Reasons for non-standard treatment in elderly patients with advanced head and neck cancer. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2005a; 262:21-6.

Derks W, de Leeuw RJ, Hordijk GJ. Elderly patients with head and neck cancer: the influence of comorbidity on choice of therapy, complication rate, and survival. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg** 2005b; 13:92-6.

Duffy SA, Terrell JE, Valenstein M, Ronis DL, Copeland LA, Connors M. Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. **Gen Hosp Psychiatry** 2002; 24:140-7.

El-Deiry MW, Futran ND, McDowell JA, Weymuller Jr EA, Yueh B. Influences and predictors of long-term quality of life in head and neck cancer survivors. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2009; 135:380-384.

Ferreira KASL, Willian Junior WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, Cleeland CS. Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory-head and neck module (MDASI-H&N). **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço** 2008; 37:109-13.

Havlik RJ, Yancik R, Long S, Ries L, Edwards B. The National Institute on Aging and the National Cancer Institute SEER collaborative study on comorbidity and early diagnosis of cancer in the elderly. **Cancer** 1994; 74(7 Suppl):2101-6.

Homma A, Sakashita T, Oridate N, et al. Importance of comorbidity in hypopharyngeal cancer. **Head Neck** 2010; 32:148-53.

Karnell LH, Funk G; Christensen AJ, Rosenthal EL, Magnuson S. Persistent posttreatment depressive symptoms in patients with head and neck cancer. **Head Neck** 2006; 28:453-61.

Kowalski LP, Alcantara PS, Magrin J, Parise Júnior O. A case-control study on complications and survival in elderly patients undergoing major head and necksurgery. **Am J Surg** 1994; 168:485-90.

Kurtz ME, Given B, Kurtz JC, Given CW. The interaction of age, symptoms, and survival status on physical and mental health of patients with cancer and their families. **Cancer** 1994; 74(7 Suppl):2071-8.

List MA, Bilir SP. Functional outcomes in head and neck cancer. **Semin Radiat Oncol** 2004; 14:178-89.

Lowe D, Rogers SN. University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL 4): guidance for scoring and presentation [documento na Internet], United Kingdom; 2012 [acesso em 20 Julho 2013]. Disponível em <http://www.headandneckcancer.co.uk/File.ashx?id=10285>.

McKenna RJ Sr. Clinical aspects of cancer in the elderly. **Cancer** 1994; 74:2107-17.

Mehanna HM, Morton RP. Deterioration in quality-of-life of late (10-year) survivors of head and neck cancer. **Clin Otolaryngol** 2006; 31:204-11.

Oozer NB, Benbow J, Downs C, Kelly C, Welch A, Paleri V. The effect of comorbidity on quality of life during radiotherapy in head and neck cancer. **Head Neck** 2008; 139: 268-272.

Osthus AA, Aarstad AKH, Olofsson J, Aarstad HJ. Comorbidity is an independent predictor of health-related quality of life in a longitudinal cohort of head and neck cancer patients. **Eur Arch Otorrhinolaryngol** 2013; 270:1721-1728.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J Laryngol Otol** 2004; 118:517-21.

Piccirillo JF. Importance of comorbidity in head and neck cancer. **Laryngoscope** 2000; 110:593-602.

Portilla AG, Lecea M, Cendoya I, et al. Prevalence and treatment of oncologic disease in the elderly: an impending challenge. **Rev Esp Enferm Dig** 2008; 100:706-15.

Ramakrishnan Y, Paleri V, Shah R, Steen IN, Wight RG, Kelly CG. Comorbidity in nasopharyngeal carcinoma: a preliminary communication on the prevalence, descriptive distribution and impact on outcome oral pathology. **Clin Otolaryngol** 2007; 32:484-8.

Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. **Oral pathology: clinical pathologic correlations**. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2007.

Ribeiro KCB, Kowalski LP, Latorre MRDO. Impact of comorbidity, symptoms, and patients characteristics on the prognosis of oral carcinomas. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2000; 126:1079-85.

Ribeiro KCB, Kowalski LP, Latorre MRDO. Perioperative complications, comorbidities, and survival in oral or oropharyngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2003; 129:219-28.

Sanabria A, Carvalho AL, Melo RL, et al. Predictive factors for complications in elderly patients who underwent head and neck oncology surgery. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2005; 63:1395-9.

Sanabria A, Carvalho AL, Vartanian JG, et al. Comorbidity is a prognostic factor in elderly patients with head and neck cancer. **Ann Surg Oncol** 2007a; 14:1449-57.

Sanabria A, Carvalho AL, Vartanian JG, Magrin J, Ikeda MK, Kowalski LP. Factors that influence treatment decision in older patients with resectable head and neck cancer. **Laryngoscope** 2007b; 117:835-40.

Semple JC, Dunwoody L, Kernohan WG, McCaughan E, Sullivan K. Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. **J Adv Nurs** 2008; 63:85-93.

Singh B, Alfonso A, Sabin S, et al. Outcome differences in younger and older patients with laryngeal cancer: a retrospective case-control study. **Am J Otolaryngol** 2000; 21:92-7.

Sousa PM, Carvalho AN. Contribuição da família para a qualidade de vida de idosos portadores de câncer. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130:1209-13.

Vartanian JG, Carvalho AL, Carvalho AY, et al. Avaliação de sintomas depressivos em sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço** 2006; 35:226-9.

Vartanian JG. **Qualidade de vida em pacientes tratados por carcinoma das vias aerodigestivas superiores**. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. **Psycho-Oncology** 2001; 10:19-28.

Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. **BMC Cancer** 2011; 11:128.

Wedding U, Roehrig B, Klippstein A, Steiner P, et al. Comorbidity in patients with cancer: prevalence and severity measured by cumulative illness rating scale. **Crit Rev Oncol Hematol** 2007; 61:269-76.

Weymuller EA, Yueh B, Deleyannis FWB, Kuntz AL, Alsarraf L, Coltrera MD. Quality of life in patients with head and neck cancer: lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2000; 126:329-35.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res** 1982-1983; 17:37-49.

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

São Paulo, 22 de Fevereiro de 2012.

Ao
Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski.

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1611/11

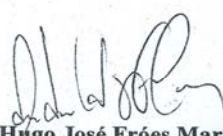
“Qualidade de vida em idosos submetidos a tratamento de câncer de cabeça e pescoço”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 14/02/2012, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 18/10/2011, aprovaram a realização do Protocolo do estudo em referência datado de 29 de Setembro de 2011, o Questionário de Qualidade de Vida em Pacientes do Departamento Cabeça e Pescoço, Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington, Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15), Mini exame do estado mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), Avaliação Funcional de Pfeffer e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração Sobre o Plano de Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Declaração sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo;
- Orçamento Financeiro Detalhado.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 06 meses.

Atenciosamente,


Dr. Antônio Hugo José Fróes Marques Campos
2º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Qualidade de vida em pacientes idosos submetidos a tratamento de câncer de cabeça e pescoço” desenvolvida por Tatiana Braga Ribeiro. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Dr. Luiz Paulo Kowalski, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 2189-5000 ou e-mail lp_kowalski@uol.com.br. ou a própria pesquisadora do estudo Tatiana Braga Ribeiro no telefone 97316-2949 ou no email tatibribeiro@hotmail.com. Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, fui informado que poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center/SP pelo telefone (11) 2189-5000, ramais 2069 ou 5020. de segunda-feira à quinta-feira das 7 horas às 18 horas e sexta-feira das 7 horas às 16 horas.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) do objetivo do estudo, que, é avaliar o efeito da idade, tratamento e comorbidades na qualidade de vida de pacientes idosos portadores de câncer de vias aerodigestivas superiores.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de preenchimento de questionário relacionado à qualidade de vida e também responderei algumas questões relacionadas ao tema, com duração de aproximadamente 45 minutos. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador que manterão completo sigilo por questões éticas.

Caso eu não pudesse comparecer para preenchimento dos questionários fui esclarecido de que haveria também a possibilidade de ser realizado via contato telefônico e este termo de consentimento ser enviado a

mim por correio, sendo que, uma cópia estaria assinada pela pesquisadora do estudo e ficaria comigo e a outra cópia deveria ser assinada por mim e devolvida aos pesquisadores. Recebi junto com estes termos selo e envelopes pagos pelos próprios pesquisadores para devolução. Estou ciente também de que se tivesse qualquer dúvida em relação ao preenchimento de algum item dos questionários eu poderia entrar em contato por email ou nos telefones acima descritos.

Fui informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Fui informado ainda que não haverá qualquer procedimento que possa colocar em situação de risco a minha saúde.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

São Paulo, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Anexo 3 - Questionário de Qualidade de Vida em pacientes do Depto. Cabeça e Pescoço

1. RG.....|_|_|_|_|_|_|_|
2. Idade (anos)(na época do tratamento).....|_|_|
3. KPS|_|_|
4. Tempo pós tratamento|_|_|_|
5. Escolaridade|_|_|
(1)analfabeta (2) 1º inc. (3) 1º com (4) 2º inc (5) 2º com (6) superior inc (7)superior comp.
6. Emprego pré tratamento|_|
(0) não (1) aposentado (2) sim (3) do lar
7. Profissão:.....|_|_|
8. Situação atual:|_|
(1) Empregado (2) desempregado devido ao tratamento (3) desempregado por outra causa (4) aposentado por invalidez devido ao ca. (5) aposentado(6) autônomo (7) do lar
9. Residência pré tratamento|_|
(1) própria (2) alugada (3) financiada (4) cedida
10. Residência pós tratamento|_|
(0) a mesma (1)própria (2) alugada (3) financiada (4) cedida.
11. Tipo pré tratamento.....|_|
(1) alvenaria (2) madeira (3) outro
12. Tipo pós tratamento:.....|_|
(0) o mesmo (1) alvenaria (2) madeira (3) outro
13. Saneamento básico pré tratamento|_|_|_|_|
(0) não (1)água (2) luz (3) esgoto (4) coleta de lixo
14. Saneamento básico pós tratamento.....|_|_|_|_|
(0) não (1)água (2) luz (3) esgoto (4) coleta de lixo
15. Renda familiar pré tratamento.....|_|
(1) baseada no paciente(2) complementada pelo paciente (3)paciente não contribuía
16. Renda familiar pós tratamento.....|_|
(1) baseada no paciente(2) complementada pelo paciente (3) paciente não contribuía
17. Renda familiar pós tratamento.....|_|
(1) manteve-se (2)diminuiu (3) aumentou
18. Renda familiar pós tratamento (questão 17, resposta 1 ou 2) quanto (%).....|_|_|_|
19. Bens pré tratamento.....|_|
(0) não (1) imóvel (2) automóvel (3) telefone
20. Bens pós tratamento.....|_|
(0) não (1) imóvel (2) automóvel (3) telefone
21. Realizou traqueostomia em algum momento|_|
(0) não (1) no pós –operatório (2) laringectomia total (3) mantém traqueostomia no momento
22. Tabaco|_|
(0) nunca fumou(1)0fumava antes do tto. (2) fumava antes e continua
23. Em relação à questão 22, qual a quantidade pré-tratamento (cig/dia/ano).....|_|_|
24. Em relação à questão 22, qual a quantidade pós-tratamento (cig/dia/ano).....|_|_|
25. Em caso afirmativo na questão 22 (opção 2), qual razão.....|_|_|
26. Álcool (0)nunca bebeu (1) bebia antes do tto (2) bebia antes e continua.....|_|_|
27. Em relação a questão 26, qual a quantidade pré tratamento (doses dia/ano)...|_|_|
28. Em relação a questão 26, qual a quantidade pós-tratamento(doses dia/ano)...|_|_|
29. Em caso afirmativo na questão 26 (opção 2), qual a razão|_|_|

Anexo 4 - Avaliação de comorbidades no adulto- ACE 27

Identificar importantes comorbidades médicas e graduar usando o índice. O escore de qualidade global é definido conforme o maior grau de doença, exceto no caso que em dois ou mais grau 2 ocorrer em diferentes sistemas orgânicos. Nesta situação, a contagem global de comorbidades deverá ser designada como grau 3.

Comorbidade	Grau 3 Descompensação severa	Grau 2 Descompensação Moderada	Grau 1 Descompensação leve
Sistema Cardiovascular			
Infarto do miocárdio	☐ Infarto ≤ 6 meses	☐ Infarto >6 meses	☐ ECG com infarto antigo apenas, idade indeterminada
Angina/ doença coronariana	☐ Angina instável	☐ Angina crônica com o exercício ☐ Enxerto derivativo em artéria coronária (CABG) ou angioplastia coronária (PTCA) < 6 meses ☐ Stent coronariano ≤ 6 meses	☐ ECG , teste de stress ou cateterismo com evidencia de coronariopatia sem sintomas ☐ CABG ou PTCA (>6 meses) ☐ Stent coronariano (>6 meses.)
Insuficiência cardíaca congestiva	☐ Hospitalização por ICC nos últimos 6 meses ☐ Fração de ejeção < 20%	☐ Hospitalização por ICC maior que 6 meses atrás ☐ ICC com dispneia limitando atividades	☐ ICC responsiva ao tratamento ☐ Dispneia com o exercício ☐ Dispneia paroxística noturna
Arritmias	☐ Arritmia ventricular ≤ 6 meses	☐ Arritmia ventricular> 6 meses atrás ☐ Fibrilação atrial crônica ou flutter ☐ Marca passos	☐ Síndrome do seio doente
Hipertensão	☐ PD>130 mm Hg ☐ Papiledema maligno grave ou outras alterações oculares ☐ Encefalopatia	☐ PD 115-129 mm Hg ☐ Sintomas cardiovasculares secundários: vertigem, epistaxe ou cefaleia	☐ PD 90-114 mm Hg ☐ DBP <90 mm Hg ☐ durante uso de medicamentos anti-hipertensivos

Doença venosa	☐ TEP($\leq$ 6 meses ☐ Uso de filtro venoso devido a TEP	☐ TVP controlado com anticoagulante oral ou intravenoso ☐ TEP > 6 meses	☐ TVP antiga não tratada mais com anticoagulante
Doença arteria periferica	☐ Derivação ou amputação por gangrena ou insuficiência arterial < 6 meses ☐ Aneurisma torácico ou abdominal não tratado $\geq$ 6 cm	☐ Derivação ou amputação por gangrene ou insuficiência arterial > 6 meses ☐ Insuficiencia cronica	☐ Claudicação intermitente ☐ Aneurisma abdominal ou torácico não tratado (< 6 cm) ☐ aneurisma abdominal ou torácico tratado
Sistema respiratório			
	☐ Insuficiência pulmonar importante ☐ DPOC ou doença pulmonar restritiva com dispneia em repouso apesar de tratamento ☐ Suplementação crônica com oxigênio ☐ Retenção CO ₂ (pCO ₂ > 50 torr) ☐ Linha base pO ₂ < 50 torr ☐ FEV1 (< 50%)	☐ Doença pulmonar restritiva ou DPOC (bronquite crônica, enfisema ou asma) com dispneia que limita atividades ☐ FEV1 (51%-65%)	☐ Doença pulmonar restritiva ou DPOC (bronquite crônica, enfisema ou asma) com dispneia que responde ao tratamento ☐ FEV1 (66%-80%)
Sistema Gastrointestinal			
Hepático	☐ Hipertensão portal e/ou sangramento esofágico $\leq$ 6 meses. (encefalopatia, ascite, icterícia com bilirrubina > 2 mg/l) ☐ Transplante $\leq$ 6 meses ou rejeição aguda	☐ Hepatite crônica, cirrose, hipertensão portal com sintomas moderados (insuficiência hepática compensada)"	☐ Hepatite crônica, cirrose, sem hipertensão portal. ☐ Doença hepática crônica manifestada em biopsia ou bilirrubinas persistentemente elevadas.

Estomago/intestino	☐ Úlcera $\leq$ 6 meses requerendo $\geq$ 6 unidades de transfusão sanguínea	☐ Úlcera requerendo cirurgia ou transfusão de > 6 unidades de sangue	☐ Úlcera tratada com medicamentos ☐ Síndrome da má absorção crônica ☐ Doença inflamatória intestinal em tratamento ou com história de complicações ou cirurgia.
Pâncreas	☐ Pancreatite aguda ou crônica com complicações maiores (flegmao, abscessos ou pseudocisto)	☐ Pancreatite aguda não complicada ☐ Pancreatite crônica com complicações menores) má absorção, tolerância a glicose prejudicada ou sangramento gastrointestinal)	Pancreatite crônica sem complicações.
Sistema renal			
Doença renal em estágio final	☐ Creatinina > 3 mg% com órgão múltiplo falência, choque, ou sepse ☐ Dialise aguda	☐ Insuficiência renal crônica com creatinina >3 mg% ☐ Dialise crônica	☐ Insuficiência renal crônica com creatinina 2-3 mg%.
Sistema endocrinológico			
Diabetes Mellitus	☐ Hospitalização $\leq$ 6 meses para cetoacidose diabética ☐ Diabetes causando falência de órgão terminal ☐ Retinopatia ☐ Neuropatia ☐ Nefropatia * ☐ Doença coronariana* ☐ Doença artéria periférica*	☐ Diabetes mellitus insulino dependente sem complicações ☐ Diabetes Mellitus não insulino dependente pobremente controlados com agentes orais	☐ Diabetes Mellitus não insulino dependente controlado apenas por agentes orais.

Sistema Neurológico			
AVC	☐ AVC agudo com significativo déficit neurológico.	☐ AVC antigo com sequela neurológica.	☐ AVC sem sequela ☐ Passado ou recente ataque isquêmico transitório.
Demência	☐ Demência severa requerendo grande suporte nas atividades de vida diária.	☐ Demência moderada (não completamente auto suficiente, precisa de supervisão).	☐ Demência leve (pode cuidar de si mesmo)
Paralisia	Paraplegia ou hemiplegia requerendo completo suporte para atividades de vida diária.	☐ Paraplegia ou hemiplegia requerendo uso de cadeira de rodas capaz de fazer alguns auto cuidados	☐ Paraplegia ou hemiplegia, deambula e prove a maior parte dos seus cuidados
Neuromuscular	☐ Esclerose múltipla, Parkinson, Miastenia Grave ou outras doenças crônicas neuromusculares e requerendo suporte completo para atividades de vida diária.	☐ Esclerose múltipla, Parkinson, Miastenia Grave, ou outras doenças neuromusculares crônicas mas capaz de alguns auto cuidados.	☐ Esclerose múltipla, Parkinson, Miastenia Grave, ou outras doenças neuromusculares crônicas, mas deambula e prove a maior parte de seu auto cuidado.
Psiquiátrico			
	☐ Tentativa recente de suicídio ☐ Esquizofrenia ativa	☐ Depressão ou distúrbio bipolar não controlado. ☐ Esquizofrenia controlada com medicação	☐ Depressão ou distúrbio bipolar controlado com medicação.
Reumatológico (Incluindo artrite reumatóide, lúpus sistêmico, distúrbio combinado de tecido conectivo, polimiosite, polimiosite reumática)			
	☐ Distúrbio de tecido conectivo com falência secundária renal, cardíaca, SNC)	☐ Distúrbio de tecido conjuntivo sobre esteróides ou medicação imunossupressora.	☐ Distúrbio de tecido conjuntivo sobre drogas antitumorais não esteróides ou no tratamento.

Sistema Imunológico (AIDS não deve ser considerada uma comorbidade para sarcoma de Kaposi ou Linfoma Não Hodgkin			
AIDS	☐ AIDS fulminante com infecção microbacteriana, Sarcoma de Kaposi, pneumonia pneumocística, (AIDS) definindo doença	☐ HIV+ com histórico definindo doença. CD4+ < 200/μL	☐ Paciente com HIV + assintomático ☐ HIV+ com histórico definindo doença CD4+ > 200/μL
Neoplasias malignas (excluindo câncer cutâneo de célula basal, Carcinoma cutâneo de célula escamosa, carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial)			
Incluindo tumor solido	☐ Câncer não controlado ☐ Precocemente diagnosticado mas não tratado ainda ☐ Tumor solido metastático	☐ Qualquer tumor solido controlado tumor sem metástase documentada mas inicialmente diagnosticado e tratado nos últimos cinco anos.	☐ Qualquer tumor solido controlado sem metástase documentada, mas inicialmente documentado e tratamento > 5 anos
Leucemia e Mieloma	☐ Recidiva ☐ Doença descontrolada	☐ Primeira remissão ou novo diagnostico <1 ano ☐ Terapia supressiva crônica	☐ Histórico de leucemia ou mieloma com ultimo tratamento > 1 ano
Linfoma	☐ Recidiva	☐ Primeira remissão ou novo diagnostico <1 ano ☐ Terapia supressiva crônica	☐ Histórico de leucemia ou mieloma com ultimo tratamento > 1 ano
Abuso de substância (Deve ser acompanhado por complicação social, comportamental ou medicamentosa)			
Álcool	☐ Delirium tremens	☐ Abuso ativo de álcool com complicação social, comportamental ou medica.	☐ Histórico de abuso de álcool mas atualmente não etilista
Drogas ilícitas	☐ Síndrome da abstinência aguda	☐ Abuso ativo de substancia com complicação social, comportamental ou medica	☐ Histórico de abuso de substancia mas não usuário atualmente.
Peso corporal			
Obesidade		☐ Morbidade (IMC ≥ 38)	

.Anexo 5 - Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida **durante os últimos sete dias**. Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor (marque uma alternativa [])

100[] Eu não tenho dor

75[] Há dor leve não necessitando de medicação

50[] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente

25[] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados

0[] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [])

100[] Não há mudança na minha aparência

75[] A mudança na minha aparência é mínima

50[] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo

25[] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido à minha aparência

0[] Eu não posso estar com outras pessoas devido à minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [])

100[] Eu estou tão ativo quanto sempre estive

75[] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente

50[] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa

25[] Eu não saio de casa porque eu não tenho força

0[] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

4. Recreação (marque uma alternativa [])

100[] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa

75[] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir

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

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

0[] Eu não posso fazer nada agradável

5. Deglutição (marque uma alternativa [])

100[] Eu posso engolir tão bem como sempre

67[] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas

33[] Eu posso engolir somente comidas líquidas

0[] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação (marque uma alternativa [])

100[] Eu posso mastigar tão bem como sempre

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

0[] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

7. Fala (marque uma alternativa [])

100[] Minha fala é a mesma de sempre

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

33[] Somente minha família e amigos podem me entender

0[] Eu não sou entendido pelos outros

8. Ombro (marque uma alternativa [])

- 100[] Eu não tenho problemas com meu ombro
- 67[] Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força
- 33[] Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho
- 0[] Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

9. Paladar (marque uma alternativa [])

- 100[] Eu sinto sabor da comida normalmente
- 67[] Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
- 33[] Eu posso sentir o sabor de algumas comidas
- 0[] Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

10. Saliva (marque uma alternativa [])

- 100[] Minha saliva é de consistência normal
- 67[] Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente
- 33[] Eu tenho muito pouca saliva
- 0[] Eu não tenho saliva

11. Humor (marque uma alternativa [])

- 100[] Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
- 75[] Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
- 50[] Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer
- 25[] Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer
- 0[] Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade (marque uma alternativa [])

- 100[] Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
- 67[] Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
- 33[] Eu estou ansioso por causa do meu câncer
- 0[] Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

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

Marque ☐ em até 3 alternativas

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

Questões gerais

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

- ☐ Muito melhor
☐ Um pouco melhor
☐ Mais ou menos o mesmo
☐ Um pouco pior
☐ Muito pior

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

- ☐ Excelente
☐ Muito boa
☐ Boa
☐ Média
☐ Ruim
☐ Muito ruim

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

☐ Excelente

☐ Muito boa

☐ Boa

☐ Média

☐ Ruim

☐ Muito ruim

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

Anexo 6 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15).

1. Você está satisfeito com sua vida? () Sim () Não
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? () Sim () Não
3. Sente que sua vida está vazia? () Sim () Não
4. Sente-se frequentemente aborrecido? () Sim () Não
5. Você tem muita fé no futuro? () Sim () Não
6. Tem pensamentos negativos? () Sim () Não
7. Na maioria do tempo está de bom humor? () Sim () Não
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? () Sim () Não
9. Sente-se feliz na maioria do tempo? () Sim () Não
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? () Sim () Não
11. Sente-se frequentemente intranquilo? () Sim () Não
12. Prefere ficar em casa em vez de sair? () Sim () Não
13. Preocupa-se muito com o futuro? () Sim () Não
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?
() Sim () Não
15. Acha bom estar vivo? () Sim () Não
16. Fica frequentemente triste? () Sim () Não
17. Sente-se inútil? () Sim () Não
18. Preocupa-se muito com o passado? () Sim () Não
19. Acha a vida muito interessante? () Sim () Não
20. Para você é difícil começar novos projetos? () Sim () Não
21. Sente-se cheio de energia? () Sim () Não
22. Sente-se sem esperança? () Sim () Não
23. Acha que os outros têm mais sorte que você? () Sim () Não
24. Preocupa-se com coisas sem importância? () Sim () Não
25. Sente frequentemente vontade de chorar? () Sim () Não
26. É difícil para você concentrar-se? () Sim () Não
27. Sente-se bem ao despertar? () Sim () Não
28. Prefere evitar as reuniões sociais? () Sim () Não
29. É fácil para você tomar decisões? () Sim () Não
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? () Sim () Não

Anexo 7 - Escala de Demência de Blessed, Timlison y Roth (1968)

	TOTAL	PARCIAL	NENHUMA
1. Dificuldade de realizar tarefas domésticas			
2. Dificuldade de usar pequenas quantias em dinheiro			
3. Dificuldade de lembrar pequenas listas. (exemplo: lista de compras)			
4. Dificuldade de orientar-se dentro de casa.			
5. Dificuldade para orienta-se em ruas conhecidas			
6. Dificuldade em reconhecer o ambiente onde vive (exemplo: reconhecer se está em casa ou numa clínica, reconhecer parentes, médicos etc.)			
7. Dificuldade em se lembrar de fatos recentes (exemplo: visita de parentes e amigos)			
8. Tendência em relembra o passado			

Mudança de hábitos:

Alimenta-se:

- () Adequadamente com os talheres certos
- () Inadequadamente, somente com a colher
- () Apenas sólidos (biscoitos, sanduíches)
- () Apenas com ajuda de outras pessoas

Vestir:

- () Sem ajuda
- () Comete falhas ocasionais (no abotoamento, etc)
- () Erros freqüentes na sequência de vestir-se
- () Incapacidade de vestir-se

Controle de esfínteres (urinar, evacuar)

- () Normal
- () Perda urinária ocasional
- () Perda urinária freqüente
- () Dupla perda (fezes e urina)

Mudanças na personalidade e conduta

- () Sem mudanças
- () Diminuição do contato com as demais pessoas
- () Interesse aumentado por si mesmo
- () Perda de interesse pelos sentimentos dos outros
- () Diminuição da afetividade
- () Instabilidade emocional (alternar com frequência períodos de alegria e tristeza)
- () Riso inadequado
- () Dificuldade ou diminuição em expressar emoções
- () Indiscrições sexuais (recente)
- () Diminuição da iniciativa ou falta de interesse/ motivação
- () Muita agitação não justificada

Anexo 8 - Avaliação Funcional de Pfeffer

	Incapaz de realizar	Requer ajuda	Poderia realizar sozinho mesmo com dificuldade	Realiza sozinho sem qualquer dificuldade
1. Manuseia o próprio dinheiro?				
2. Capaz de comprar roupas, utensílios domésticos ou alimentos, sozinho?				
3. Esquenta a água para fazer café ou desliga o fogo?				
4. Prepara uma refeição?				
5. Mantém-se atualizado em relação aos acontecimentos relacionados à comunidade e vizinhos?				
6. Presta atenção, entende ou discute programas de televisão, artigos de revistas, jornais ou livros?				
7. Lembra-se de compromissos, reuniões familiares ou feriados?				
8. Gerencia seus próprios medicamentos?				
9. Passeia pela vizinhança e encontra o caminho de volta?				
10. Pode ser deixado em casa sozinho com segurança?				

Anexo 9 - Dados Atuais

1-) Nome:

2-) Estado civil: Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐
Separado ☐ Outros ☐

3-) Possui filhos? Não ☐ Sim ☐

Quantidade de filhos: _____

4-) Situação atual :

☐ Empregado ☐ Desempregado devido o tratamento

☐ Desempregado por outra causa ☐ Aposentado

☐ Aposentado por invalidez devido o câncer

☐ Autônomo ☐ Do lar

Caso esteja empregado , qual atividade exerce? _____

5-) Internação:

Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, qual foi o motivo? _____

6-) Cirurgia:

Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, qual foi o motivo? _____

7-) Sofreu queda e/ou traumatismo? Não ☐ Sim ☐

8-) Fuma atualmente? Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, especificar quantidade _____

9-) Bebe atualmente? Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, especificar quantidade _____

10-) Possui alguma doença atualmente? Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, qual? _____

11-) Faz algum outro tratamento atualmente? Não ☐ Sim ☐

Em caso afirmativo, qual? _____