

QUALIDADE DE VIDA EM VOZ, FALA E DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES TRATADOS DE TUMOR EM OROFARINGE

RITA DE CÁSSIA DE ARAÚJO ALMEIDA

**Dissertação de Mestrado apresentada à Fundação
Antonio Prudente para obtenção do Grau de Mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Elisabete Carrara-de Angelis

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Almeida, Rita de Cássia de Araújo

Qualidade de vida em voz, fala e deglutição em pacientes tratados de tumor em orofaringe / Rita de Cássia de Araújo Almeida – São Paulo, 2017.
61p.

Dissertação (Mestrado) - Fundação Antonio Prudente.

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

Orientadora: Elisabete Carrara-de Angelis.

Descritores: 1. Neoplasias Orofaríngeas/Oropharyngeal Neoplasms. 2. Voz/Voice. 3. Fala/Speech. 4. Deglutição/Deglutition. 5. Qualidade de Vida/Quality of Life.

“Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Se você está lendo essa página é porque eu consegui. E não foi fácil chegar até aqui. Do processo seletivo, passando pela aprovação até a conclusão do Mestrado, foi um longo caminho percorrido. Nada foi fácil, nem tão pouco tranquilo. E depois de tantos percursos Fortaleza - São Paulo, depois de tanta dedicação, de tantos dias longe de casa, da família, dos amigos e das atividades profissionais, quando estava chegando ao fim, a vida me surpreendeu com a maior e pior perda da minha vida, meu filho de 19 anos, Yago. Quando esteve entre nós foi o maior incentivador e fã que tive. Hoje lá no céu ele está ensinando as estrelas a brilharem, e me ajudando a manter o meu brilho. Por tudo que ele me ensinou, por tudo que ele representa na minha vida, eu não podia perder a oportunidade de fazer mais uma homenagem a ele, portanto, dedico esse trabalho ao meu anjo Yago Araújo D`Albuquerque. Te amo além da vida!

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um dos maiores valores que podemos ter para com todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a concretização de alguns sonhos, sejam eles pessoais ou profissionais. Desta forma, não posso deixar de registrar a minha eterna gratidão a:

Deus, por ter abençoado todos os dias da minha vida, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir em frente.

Meu esposo Trajano Almeida, e ao meu filho Alonso. Trajano: você é muito especial para mim. Agradeço a Deus todos os dias por tê-lo colocado em meu caminho. Você é minha balança de equilíbrio em todos os momentos e consegue me fazer ver que mesmo os momentos mais difíceis podem ser superados se estivermos juntos, te amo. Alonso: meu pequeno grande guerreiro. Suportou a minha ausência e me ajudou a sorrir nos momentos mais difíceis. Você é meu presente mais valioso. Você é a razão do meu viver.

Minha Orientadora Elisabete Carrara, com quem aprendi muito, desde a especialização. Agradeço por toda paciência, confiança, carinho e amizade. Minha admiração pelo seu caráter, ética e postura. A você minha eterna gratidão.

Meu Co-Orientador Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski por sua disponibilidade e críticas construtivas para o meu crescimento científico.

Os pacientes participantes deste estudo, por sua atenção e disposição em nos ajudar, contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto no meio clínico-científico, a fim de melhor atuarmos com os próximos pacientes que vierem a ser acometidos com a mesma enfermidade.

Aos Professores e alunos do programa de Pós-Graduação em Oncologia, meus agradecimentos pelos conhecimentos passados e amizades iniciadas.

À Diretoria da Fundação Antônio Prudente, A.C.Camargo Cancer Center, por acreditarem nos profissionais desta Instituição e permitirem a realização desta Pós-Graduação.

A todos os Fonoaudiólogos integrantes do Departamento de Fonoaudiologia do A.C.Camargo Cancer Center pelo apoio e incentivo.

A toda equipe do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do A.C.Camargo Cancer Center, em especial Ana Lucia Francisco, pela disponibilidade e apoio no levantamento de dados deste estudo.

A todos que compõem a Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente, em especial à Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, pelo profissionalismo e pela dedicação a este curso de pós-graduação e principalmente pela compreensão e solidariedade no momento mais delicado da minha vida.

À Suely Francisco, a quem tenho uma enorme gratidão e a toda sua equipe da Biblioteca do A.C.Camargo Cancer Center, por toda a ajuda dispensada nos momentos mais impensados e de ajuda imediata, vocês foram fundamentais para que esta pesquisa fosse realizada.

A minha irmã Deise, nossa união é a base de tudo e nos ajuda a lutar pelo que queremos, pois sempre sabemos que nós duas torcemos e acreditamos em nossos sonhos, por mais estranhos que pareçam inicialmente. Amo muito você!

A minha mãe Francisca Cavalcante de Araújo (In Memoriam), como toda criança, sempre tive você como referência. Ensinou-me valores de vida muito importantes para ser quem sou hoje. Obrigada!

À minha banca de qualificação: Dra. Irene de Pedro Netto, pelas correções, sugestões e críticas que fizeram engrandecer este estudo.

A minha amiga Margareth, muito obrigada pela companhia, pelas conversas e pela ajuda em todos os momentos. Aprecio sua amizade sincera e espero contar com ela sempre.

A minha querida amiga Ana Paula Brandão, agradeço o privilégio de ser sua amiga. Obrigada por preencher meus dias em São Paulo com carinho, alegria e jantares. Sempre tive seu incentivo e apoio incondicional. Agradeço pela sua companhia, pelo ombro amigo, pela confiança e pelos momentos inesquecíveis e inclusive os difíceis que passamos juntas. Fico honrada pela oportunidade de conviver com sua maravilhosa família. Não importa a distância ou tempo, a nossa amizade será eterna.

Ao José Isaias (Zezinho), grande amigo, que tantas vezes me fez companhia e me conduzia para os mais diversos lugares de SP, com sua simpatia, educação, prestabilidade e carinho. Facilitou de todas as formas as minhas estadias na cidade.

As demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração desse trabalho ou participação da minha vida, e que, por ventura, eu tenha me esquecido de agradecer.

RESUMO

Almeida RCA. **Qualidade de vida em voz, fala e deglutição em pacientes tratados de tumor em orofaringe**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antonio Prudente].

Objetivo: Avaliar e correlacionar a qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição após tratamento de tumores de orofaringe. **Casuística e Metodologia:** Trata-se de um estudo de coorte transversal, no qual foi realizado um levantamento na ficha de planejamento do Departamento de Radioterapia e no Registro Hospitalar de Câncer de todos os pacientes diagnosticados e tratados por câncer de palato mole, loja amigdaliana, base de língua e valéculas no A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000 a 2012. Foram identificados 396 pacientes, após exclusão por diferentes causas teve-se como base para o estudo a análise de 101 pacientes. Os pacientes elegíveis foram convocados por telefone para responderem a questionários de qualidade de vida em voz (IDV-10), fala (IDF) e deglutição (MD Anderson Dysphagia Inventory), todos validados para o português. **Resultados:** Os pacientes tratados por tumores de orofaringe apresentaram bons escores de qualidade de vida relacionada à voz. Nenhum dos domínios apresentou impacto negativo sobre a qualidade de vida em fala, embora quase 30% do IDF Global ter manifestado desempenho regular ou ruim. Os domínios que apresentaram piores escores de qualidade de vida em deglutição foram os domínios físico (63,55) e funcional (67,90). Os outros domínios avaliados no M.D. Anderson apresentaram média de escores entre 75,08 (domínio emocional), 69,14 (domínio global) e 68,80 (domínio total), caracterizando bom desempenho na deglutição. Os pacientes com estadiamento (T) avançado apresentaram correlação com pior qualidade de vida referente à voz, porém, sem significância estatística. Os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico apresentaram melhores resultados com significância estatística para a qualidade de vida em fala. Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico apresentaram melhora na qualidade de vida em fala no domínio físico ($p=0,015$), escore final ($p=0,016$) com relevância estatística e para o discurso global. A

correlação entre o estadiamento (T) e o MDADI apresentou associação estatisticamente significativa para o domínio global ($p=0,041$), revelando qualidade de vida em deglutição com boa funcionalidade, ressaltando que o estágio inicial (T1 e T2) apresentou sempre os melhores resultados. **Conclusão:** Da análise de qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição, pode-se concluir que pacientes tratados por câncer de orofaringe apresentam boa qualidade de vida em voz; boa qualidade de vida em fala em cerca de metade dos pacientes, e desempenho regular ou ruim em quase 30%; qualidade de vida em deglutição satisfatória, mas impacto moderado nos domínios físico e funcional. Pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico apresentam melhores resultados de qualidade de vida em voz no domínio físico e de qualidade de vida em fala para domínio físico, escore final e discurso global. A qualidade de vida em deglutição é pior em pacientes com estadiamento clínico avançado.

SUMMARY

Almeida RCA. [**Quality of life in voice, speech and swallowing in patients treated for oropharyngeal tumor**]. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antonio Prudente].

Objectives: To evaluate and correlate the specific quality of life in voice, speech and swallowing after treatment of oropharyngeal tumors. **Patients and Methods:** This is a study of cross-sectional cohort, in which a survey was conducted in the database of the Department of Pathology at the Medical Archive Service (the operation chart record), the planning form the Department of Radiotherapy and in Hospital cancer registry of all patients diagnosed and treated for cancer of the soft palate, tonsillar, tongue base and valleculae the A.C.Camargo Cancer Center between 2000 and 2012. 396 patients were identified after exclusion for different reasons, we had as basis for the study analysis of 101 patients. Eligible patients were summoned by phone to answer questionnaires quality of life in voice (IDV-10), speech (IDF) and swallowing (M.D. Anderson Dysphagia Inventory), all validated for the Portuguese. **Results:** Patients treated for oropharyngeal tumors showed good scores of quality of life related to voice. None of the areas had a negative impact on the quality of life in speech. Though almost 30% of the IDF Global has expressed regular or bad performance. The areas that had worse scores of quality of life in swallowing were the physical domain (63.55) and functional (67.90). The other areas evaluated in the M.D. Anderson had mean scores between 75.08 (emotional control), 69.14 (global domain) and 68.80 (total area), featuring good performance in swallowing. Patients with stage (T) advanced correlated with poorer quality of life related to voice, but without statistical significance. Patients undergoing surgical treatment showed better results with statistical significance for quality of life in speech. Patients undergoing surgery showed improvement in quality of life speak in the physical domain ($p = 0.015$) and final score ($p = 0.016$) with statistical significance and for the global discourse. The correlation between the staging (T) and MDADI statistically significant association for the global domain ($p = 0.041$), revealing quality of life in

swallowing with good functionality, pointing out that the initial stage (T1 and T2) always showed the best results. **Conclusion:** The specific quality of life in speech analysis, speech and swallowing, it may be concluded that patients treated for oropharyngeal cancers exhibit good voice quality of life; good speech quality of life in about half of patients and fair or poor performance by almost 30%; quality of life in satisfactory swallowing, but moderate impact on the physical and functional domains. Patients undergoing surgical treatment have better outcomes of quality of life in the physical domain voice and for the physical domain, final score and global discourse. Swallowing in quality of life is worse in patients with advanced clinical stage.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos pacientes diagnosticados e tratados por câncer de orofaringe, dos casos excluídos e elegíveis participantes do estudo.....	19
Tabela 2	Distribuição da casuística dos pacientes elegíveis de acordo com as variáveis demográficas.....	20
Tabela 3	Distribuição da casuística dos pacientes elegíveis de acordo com as características do tumor.....	20
Tabela 4	Distribuição da casuística dos pacientes elegíveis de acordo com as características do tratamento realizado.....	21
Tabela 5	Variável escalar, relacionada ao questionário IDV 10 (n=101)....	25
Tabela 6	Variáveis escalares e categóricas, relacionadas aos diferentes domínios, escore final e global do questionário IDF (n=101).....	26
Tabela 7	Variáveis escalares, relacionadas aos diferentes domínios e escore total, do questionário MDADI (n=101).....	27
Tabela 8	Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionário IDV 10, referente aos pacientes elegíveis.....	28
Tabela 9	Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionário MDADI referente aos pacientes elegíveis.....	29
Tabela 10	Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionário o IDF referente aos pacientes elegíveis.....	29

Tabela 11	Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com IDF Global referentes aos pacientes elegíveis.....	30
Tabela 12	Correlação entre a característica de diagnóstico (estadiamento T) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.....	31
Tabela 13	Distribuição da casuística do estadiamento T quando comparados com IDF Global referentes aos pacientes elegíveis...	32
Tabela 14	Correlação entre os dois grupos de estadiamento clínico e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.....	33
Tabela 15	Distribuição da casuística estadiamento clínico quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis...	34
Tabela 16	Correlação entre os dois grupos de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.....	35
Tabela 17	Distribuição da casuística de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global referentes aos pacientes elegíveis.....	36
Tabela 18	Correlação do estadiamento clínico (I e II) com o tipo de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF (SOUZA 2014), referentes aos pacientes elegíveis.....	37
Tabela 19	Distribuição da casuística do estadiamento clínico (I e II) em tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.....	38

Tabela 20	Correlação do estadiamento clínico (III e IV) com o tipo de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.....	39
Tabela 21	Distribuição da casuística do estadiamento clínico (III e IV) em tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.....	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HPV Papiloma vírus humano

INCA Instituto Nacional de Câncer

QV Qualidade de vida

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Qualidade de Vida: Característica Geral.....	1
1.2	Câncer de Orofaringe.....	2
1.2.1	Câncer de Orofaringe e Alterações Funcionais.....	4
1.2.2	Voz.....	5
1.2.3	Fala.....	7
1.2.4	Deglutição.....	9
1.2.5	Qualidade de Vida em Voz, Fala e Deglutição.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivo Específico.....	16
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	17
3.1	Casuística.....	17
3.1.1	Crerérios de Exclusão.....	18
3.1.2	Dados Demográficos.....	19
3.1.3	Dados Relativos ao Tumor e ao Tratamento.....	20
3.2	Métodos.....	21
3.2.1	Instrumentos.....	22
3.3	Análise Estatística.....	24
4	RESULTADOS.....	25
4.1	Qualidade De Vida X Sítio De Lesão... ..	27
4.2	Qualidade de Vida X Estadiamento T-Grupo (T1 e T2) x Grupo (T3 e T4)... ..	30
4.3	Qualidade de Vida X Estadiamento Clínico (EC)-Grupo (I e II) x Grupo (III e IV) ..	32
4.4	Qualidade de Vida X Tratamentos (Grupo cirurgia) x (Grupo não cirurgia)... ..	34

4.5	Qualidade de Vida X Estadiamento Clínico - (EC) (I e II) X Tratamentos (Grupo cirurgia) x (Grupo não cirurgia)..	36
4.6	Qualidade de Vida X Estadiamento Clínico - (EC) (III e IV) X Tratamentos (Grupo Cirurgia) x (Grupo não Cirurgia)	38
5	DISCUSSÃO.....	41
6	CONCLUSÕES	49
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 Questionário – Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10).

Anexo 3 Questionário - Questionário de Índice de Desvantagem da Fala IDF

Anexo 4 Questionário-*The M.D. Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI)

APÊNDICES

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apêndice 2 Ficha de Registro de Dados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 QUALIDADE DE VIDA: CARACTERÍSTICA GERAL

Qualidade de vida (QV) é um conceito cada vez mais utilizado para avaliar o estado de saúde e o impacto da terapêutica em pacientes com diferentes doenças. Assim como a definição e visão sobre saúde e doença evoluíram com o pensamento da humanidade e com o desenrolar da história, a qualidade de vida também é um conceito histórico, complementar ao conceito de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group 1994, 1996) a qualidade de vida seria a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações. A auto aceitação, relacionamento positivo com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e desenvolvimento pessoal também possuem íntima relação com o aumento do bem estar (SIQUEIRA e PADOVAM 2008). O conceito de QV pode ser considerado uma construção subjetiva e multidimensional, que está relacionada com a percepção do paciente em encontrar a expressão no trabalho, no lar, na religião, família e educação, ou seja, o conceito de QV está diretamente ligado à auto avaliação do sujeito (TERREL 1998). MINAYO et al. (2000) qualificaram como boa ou excelente a QV que oferece ao indivíduo condições para desenvolver ao máximo suas potencialidades de “viver, sentir ou amar, trabalhar, produzir bens e serviços, fazendo ciências ou artes”.

Assim, enquanto a qualidade de vida seria um conceito relacionado a fatores subjetivos do indivíduo, a pesquisa científica se atém a formas de mensuração desta qualidade de vida, a fim de identificar a questão multifatorial que afeta a saúde do indivíduo, para que as dificuldades que afligem a população sejam sanadas (The WHOQOL Group 1994, 1996).

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço relatam diversos sintomas decorrentes da doença ou do tratamento oncológico. Todavia, esses sintomas quando não identificados e tratados, resultam em redução de sobrevida, da qualidade de vida e da capacidade funcional dos pacientes (PALMER e FISCH 2005; TEUNISSEN et al. 2006; GRAFF et al. 2007).

1.2 CÂNCER DE OROFARINGE

A exata incidência dos cânceres primários da orofaringe é difícil de determinar porque essa geralmente é apresentada associada com os da cavidade oral.

No Brasil, o câncer de cavidade oral ocupa o quinto lugar geral entre a população masculina. A estimativa para o ano de 2016 do Instituto Nacional do Câncer-INCA, aponta para a ocorrência de aproximadamente 15.490 casos novos de câncer de cavidade oral, sendo 11.140 em homens e 4.350 em mulheres. Estudos epidemiológicos demonstram que os maiores fatores de risco são: tabagismo, etilismo e infecções por HPV (papiloma vírus humano) (Ministério da Saúde 2016). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo, que quando atuam em conjunto multiplicam o risco para a doença. São acometidos, principalmente, indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos.

Mais de 90% dos casos constituem-se do carcinoma espinocelular. É o tipo histológico mais comumente encontrado nos tumores de cabeça e pescoço (TOMASICH et al. 2003). Cerca de dois terços dos pacientes com essa doença apresentam estágio avançado, geralmente envolvendo linfonodos regionais. A incidência de metástase à distância é relativamente pequena em tumores malignos de cabeça e pescoço quando comparada com doenças malignas de outras localidades (ALVARENGA et al. 2008). O tratamento varia de acordo com o estadio da doença, e dados da literatura mostram que 60-65% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em estágio inicial podem ser curados com cirurgia e / ou radioterapia.

O tratamento eletivo para os tumores iniciais de loja amigdaliana, palato mole e base de língua pode ser cirúrgico ou radioterápico, sendo a radioterapia menos indicada devido às sequelas no pós-tratamento. Para os tumores de estádios III e IV é indicada a realização da cirurgia com ou sem radioterapia pós-operatória, associada ou não ao esvaziamento cervical (BERNIER et al. 2004). Nas ressecções amplas, faz-se necessária a reconstrução imediata, visando uma melhor qualidade e expectativa de vida (KOWALSKI et al. 2000; BOYLE et al. 2003; DENIS et al. 2004). Segundo TSUE et al. (1997) o objetivo da reconstrução é restaurar as funções orais e minimizar os defeitos estéticos. Em alguns casos avançados, a realização da radioterapia e quimioterapia concomitantes, com o objetivo de preservação de órgãos, é indicada (KOWALSKI et al. 2000; BOYLE et al. 2003; DENIS et al. 2004; SANABRIA et al. 2010).

1.2.1 Câncer de Orofaringe e Alterações Funcionais

O tratamento do câncer de orofaringe acarreta sequelas inevitáveis, sendo que o tipo e grau das sequelas dependem diretamente da modalidade terapêutica realizada.

Os pacientes submetidos à cirurgia ou radioterapia exclusiva em tumores de orofaringe enfrentam sequelas graves, na voz, fala, mastigação e deglutição, além de alterações nas atividades diárias, nutricionais, profissionais, sociais e estéticas (MAGRIN e KOWALSKI 2002; PAULOSKI e LOGEMANN 2000; CHEN et al. 2001; PREUSS et al. 2007). Apesar dos avanços na cirurgia reconstrutora e do emprego de implantes e de próteses, estes efeitos poderão persistir por longos períodos ou serem permanentes (CORDEIRO e SANTAMARIA 2000; KILDAL et al. 2001; SAKURABA et al. 2003; BROWN et al. 2006; MARIANI et al. 2006).

Pacientes tratados cirurgicamente do câncer de orofaringe apresentam alterações de sensibilidade, mobilidade e de simetria das estruturas das regiões remanescentes e adjacentes, e consequentemente das funções de fala e deglutição (ENGELN et al. 2004). Dentre as possíveis modificações, podemos observar que a aparência facial pode sofrer alterações em diferentes proporções com impacto sobre a qualidade de vida devido a problemas com a autoimagem (MILLSOPP et al. 2006). A quantidade de palato mole ressecado tem efeito sobre a nasalidade, assim como a mobilidade de língua está associada a articulação de grande número de sons da fala, podendo estar prejudicada nos casos de cirurgias que apresentam ressecção parcial da mesma (PAULOSKI et al. 1998a; SEIKALY et al. 2003; BRESSMANN et al. 2004). GAY et al. (1994) e BANDEIRA et al. (2007) referem que as alterações de

sensibilidade e mobilidade do sistema estomatognático propiciam alterações de fase oral e faríngea da deglutição em diferentes graus.

Para os pacientes com tumores em orofaringe tratados com radioterapia associada ou não à quimioterapia, observam-se alterações funcionais decorrentes do tratamento. As mudanças na sensibilidade e mobilidade das estruturas afetadas pela radiação, decorrente do edema, fibrose, além da redução da elevação laríngea acarretam alterações de voz e deglutição (PAULOSKI et al. 1998b; LOGEMANN et al. 2001; GAZIANO 2002; LOGEMANN et al. 2003). No entanto, PAULOSKI et al. (1998b) não observaram, em seu estudo, alterações da articulação da fala de pacientes com câncer de boca e orofaringe tratados com radioterapia.

As alterações de voz, fala e deglutição pode interferir na qualidade de vida dos pacientes tratados por câncer de orofaringe (TSCHUDI et al. 2003; MEYER et al. 2004; GILLESPIE et al. 2005; MOWRY et al. 2006a; MURPHY et al. 2007). Estudos recentes demonstram que os aspectos relacionados à comunicação e deglutição apresentam impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes e seus cônjuges (BUCKWALTER et al. 2007; MURPHY et al. 2007; VERDONCK-DE-LEEuw et al. 2007).

1.2.2 Voz

A função do esfíncter velofaríngeo, do qual o palato mole faz parte, é de separar a cavidade oral e nasal durante a fala e a deglutição (ROWE e D'ANTONIO 2005). O adequado funcionamento deste esfíncter, na fisiologia vocal, permite o equilíbrio da ressonância em seu foco vertical, projeta a voz no ambiente e garante a produção de uma fala inteligível. O tratamento do câncer de orofaringe, com

ressecção de palato em sua totalidade ou parcialmente, ou como margem de segurança das ressecções da loja amigdalina, pode por vezes limitar o funcionamento do esfíncter velofaríngeo durante as emissões vocais, levando à presença de nasalidade, escape de ar nasal durante a fala assim como a uma voz de intensidade fraca. Consequentemente estas alterações vocais resultam na alteração da inteligibilidade de fala, pela redução da pressão intra-oral durante a emissão de consoantes (como os fonemas /k/ /g/), que pode variar de grau discreto a grave, este último manifestado por uma fala ininteligível (GAZIANO 2002; MOERMAN et al. 2003; BOSELEY e HARTNICK 2004; MICHU 2003; MARKKANEN-LEPPANEN et al. 2006). Vários estudos têm mostrado que o pior resultado para o “gap” velofaríngeo está relacionado com o tipo de defeito cirúrgico, a deiscência dos retalhos e a radioterapia pós-operatória (KIMATA et al. 2002; SEIKALY et al. 2003; BORGGREVEN et al. 2005a e b).

SEIKALY et al. (2003) avaliaram 18 pacientes com ressecção em palato mole, parede lateral da faringe e base de língua em diferentes momentos (pré-cirurgia, pós-cirurgia antes e após a radioterapia). Os resultados demonstraram que a nasalidade e o “gap” velofaríngeo pré-operatórios demonstraram diferenças significantes com a análise pós-radioterapia ($p=0,05$ e $p=0,01$, respectivamente) e que o valor da nasalidade pós-operatória (pré e pós-radioterapia) foi significativamente afetado pelo tamanho do defeito do palato mole e do retalho usado para a reconstrução do defeito ($p= 0,05$). MARKKANEN-LEPPANEN et al. (2006) concordam que existe aumento da nasalidade e da área do orifício velofaríngeo após o tratamento do câncer de orofaringe.

Os achados deste estudo são contrários ao estudo de MOERMAN et al. (2003), que avaliaram 4 pacientes com tumor em palato mole reconstruído com retalho radial livre aprimorado. Os autores encontraram ausência de alterações relacionadas à intensidade vocal, ausência de nasalidade e análise acústica da voz dentro dos parâmetros de normalidade. MARKKANEN-LEPPANEN et al. (2006) concordam que os pacientes tratados por câncer de orofaringe reconstruídos com retalho radial apresentam qualidade vocal e ressonância normal.

BORGGREVEN et al. (2005b) avaliaram 79 pacientes com tumores em cavidade oral e orofaringe e observaram que a presença de nasalidade é pior para os pacientes com tumor em palato mole e loja amigdalina comparado aos pacientes com tumores em soalho de boca.

BANDEIRA (2008) avaliaram 20 pacientes tratados de tumores em palato mole e loja amigdalina, e observaram por meio da análise funcional da voz, discreta alteração da qualidade vocal. Com relação à qualidade de vida concluíram que os pacientes tratados por câncer de orofaringe apresentam boa qualidade de vida relacionada à voz avaliados por ambos os questionários VHI e QVV (versão português do V-RQOL). Pacientes com tumores em loja amigdalina, estadiamento “N” positivo e tratamento combinado de cirurgia e radioterapia pós-operatória demonstraram piores escores quando comparados aos pacientes com tumores em palato mole, ausência de linfonodos regionais e radioterapia exclusiva.

1.2.3 Fala

A inteligibilidade da fala é o principal aspecto analisado nos estudos com pacientes tratados por câncer de orofaringe. COLANGELO et al. (1996) avaliaram

34 pacientes com tumor de língua oral e 34 com tumor em orofaringe (7 trígono retromolar 18 loja amigdaliana e 8 base da língua). Os resultados demonstraram que houve uma redução da inteligibilidade de fala no pós-operatório, sendo maior o decréscimo para os pacientes com tumores em estágio T4, em ambos os grupos.

Para COLANGELO et al. (1996) a porcentagem de palato mole ressecado não apresentou correlação com a produção correta das consoantes quando avaliaram 227 pacientes com tumor em cavidade oral e orofaringe.

Alguns estudos têm demonstrado que a piora da inteligibilidade da fala está relacionada com o tamanho da lesão, a presença de deiscência do retalho, ressecções extensas e a realização da radioterapia (COLANGELO et al. 1996; KIMATA et al. 2002; SEIKALY et al. 2003; BOSELEY e HARTNICK 2004; BORGGREVEN et al. 2005b). MICH (2003) descreve que além desses fatores, existem outros como estadiamento do tumor e método de reconstrução.

KIMATA et al. (2002) avaliaram 30 pacientes tratados por tumores em orofaringe envolvendo palato mole, com 3 diferentes tipos de reconstrução (Tipo I - Patch, II e III - Jump, Denude e Gehanno), todos relacionados à localização e extensão da lesão. Os resultados demonstraram função velofaríngea satisfatória com relação à inteligibilidade de fala. Os fatores que mais contribuíram para os piores resultados foram o tipo do defeito (quanto maior o tipo, pior o resultado) e a presença de deiscência dos retalhos. A população estudada apresentou média de 99% com presença de emissão correta das palavras na fala analisada. Apesar disto, foi observada a presença de alteração da inteligibilidade como resultado da somatória das alterações do sistema estomatognático, voz e fala.

ROGERS et al. (2010) referem que para os pacientes com tumores de cavidade oral e orofaringe, a pior função para mobilidade de língua, abertura de boca e fala está relacionada com o tamanho do tumor (quanto maior, pior), com a presença de reconstrução de tecido livre ou realização de radioterapia adjuvante. A população estudada tem como característica a realização de cirurgia combinada com radioterapia em 15 (75%) pacientes.

SEIKALY et al. (2003) referem que a inteligibilidade das palavras no pré-operatório diferiu significativamente do pós ($p=0,01$) e pós radioterapia ($p=0,05$) para os pacientes tratados por câncer de orofaringe.

MOERMAN et al. (2003) encontraram resultados similares ao de voz, no qual a fala e os aspectos da articulação foram normais quando avaliados subjetivamente por um fonoaudiólogo.

BARATA (2010) refere que a maior parte dos pacientes apresentou alterações fonoarticulatórias mínimas como resultado global, em estudo realizado com 20 pacientes tratados por câncer de orofaringe.

1.2.4 Deglutição

A deglutição normal é um processo complexo que requer coordenação perfeita de diferentes nervos e músculos. Inicia-se com a mastigação do alimento, seguida pela transferência do bolo para a faringe, fechamento da laringe e velofaríngeo para evitar aspiração e refluxo nasal. Qualquer alteração no processo de deglutição, impedindo uma ingestão oral segura, eficiente e confortável é definida como disfagia (CARRARA-DE ANGELIS et al. 2000; NGUYEN et al. 2005).

COLANGELO et al. (1996) observaram pior eficiência da deglutição de pastosos para os pacientes com câncer de orofaringe comparado aos pacientes com câncer de cavidade oral.

LAZARUS et al. (2000) avaliaram a deglutição e sua correlação com a função da língua de 13 pacientes com câncer oral e orofaríngeo e 13 indivíduos normais. A presença de resíduo oral e faríngeo para todas as viscosidades e volumes avaliados foi pior para os pacientes com tumor em orofaringe comparado aos indivíduos normais. A redução da força da língua foi relacionada às alterações da fase oral, incluindo maior percentual de resíduo oral e aumento de tempo de trânsito oral para os pacientes com câncer.

SEIKALY et al. (2003) avaliaram 18 pacientes com ressecção de palato mole, parede lateral da faringe e base de língua em diferentes momentos (pré-cirurgia, pós-cirurgia antes e após a radioterapia). E observaram que em relação à deglutição 17 pacientes tiveram dieta normal ou pastosa e uma nutrição através de sonda. No entanto, dos 18 pacientes, 7 apresentaram penetração nasal do alimento e 3 apresentaram aspiração. Não observando diferença significativa entre tamanho de ressecção de palato e língua com relação à presença de penetração para a nasofaringe e aspiração. Por outro lado, o estudo de GILLESPIE et al. (2005) com 21 pacientes tratados de tumor em orofaringe há mais de 12 meses, com estadiamento III e IV, com ou sem esvaziamento cervical, constatou que os pacientes tratados com quimioterapia e radioterapia comparado aos pacientes tratados com cirurgia seguido de radioterapia apresentaram melhor proteção de via aérea durante deglutição e melhor qualidade de vida.

No entanto, MOERMAN et al. (2003) avaliaram a deglutição de 4 pacientes com tumor de orofaringe reconstruído com retalho radial aprimorado, por meio da videofluoroscopia e encontraram ausência de penetração nasal e tempos normais de clareamento oral e faríngeo.

A disfagia é consequência frequente do câncer de orofaringe e de seu tratamento, o que pode resultar em decréscimo na qualidade de vida e em deficiência nutricional. Mais da metade dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço apresenta disfagia em algum momento do tratamento, especialmente aqueles com doença em estágio avançado (GILLESPIE et al. 2005; THOMAS et al. 2008). A ocorrência de disfagia após o tratamento do carcinoma epidermóide de orofaringe é evento frequente e pode acarretar limitações funcionais relacionadas à alimentação, assim como limitações sociais e emocionais com grande impacto na qualidade de vida (VARTANIAN et al. 2004).

O tratamento do câncer de orofaringe por vezes pode modificar a deglutição acarretando: atraso no início da fase faríngea da deglutição, escape do alimento para nasofaringe, estases nos recessos faríngeos e risco de penetração e/ou aspiração laríngea antes ou após a deglutição (BROWN et al. 1997; GAZIANO 2002; MOERMAN et al. 2003; BANDEIRA et al. 2007). A depender da gravidade, estas alterações podem interferir no prazer de se alimentar, tudo isto trazendo impactos diversos na qualidade de vida destes indivíduos (TSCHUDI et al. 2003; MEYER et al. 2004; ZUYDAM et al. 2005).

BANDEIRA et al. (2007) avaliaram a deglutição dos pacientes com tumor em orofaringe e observaram que independente do tipo de reconstrução, miocutânea ou

microcirúrgica, a fase faríngea da deglutição apresenta-se alterada de maneira similar entre os grupos.

Entretanto, poucos estudos avaliam o impacto dos resultados funcionais de pacientes tratados por câncer de orofaringe (BORGGREVEN et al. 2007; BANDEIRA 2008).

1.2.5 Qualidade de Vida em Voz, Fala e Deglutição

A qualidade de vida tem sido estudada por meio da aplicação de diferentes questionários genéricos ou doença-específicos em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, estudos estes publicados com diferentes metodologias e resultados, todos sob a ótica do clínico (CHEN et al. 2001; ALLAL et al. 2003; TSCHUDI et al. 2003; GILLESPIE et al. 2005; MOWRY et al. 2006a e b). Dentre esses estudos, a qualidade de vida relacionada à deglutição em pacientes portadores de câncer de orofaringe e sua correlação com as formas de tratamento tem sido descritas (GILLESPIE et al. 2005). No entanto, não havia estudos na literatura sobre qualidade de vida relacionados à fala especificamente de pacientes tratados por tumores de orofaringe.

Na perspectiva de conhecer o impacto das alterações de voz e de deglutição sobre os aspectos relacionados à qualidade de vida de forma mais detalhada foram criados os questionários sintoma-específicos, como: VHI (Voice Handicap Index – JACOBSON et al. 1997), V-RQOL (Voice-related quality of life – HOGIKYAN e SETHURAMAN 1999); o MDADI (MD Anderson Dysphagia Inventory - CHEN et al. 2001) e o SWAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders-MCHORNEY et al. 2000a e b, 2002). Estes questionários avaliam de maneira mais profunda tais

questões do que os questionários doença-específicos para câncer de cabeça e pescoço, que em média, apresentam de 3 a 5 questões referentes aos domínios comunicação e deglutição. Porém, ainda são escassas publicações com estes questionários, principalmente, relacionadas a pacientes com câncer de orofaringe.

BANDEIRA (2008), em estudo com 20 pacientes tratados de tumor em palato mole e loja amigdaliana realizaram análise de correlação entre as avaliações do sistema estomatognático, voz, fala e deglutição com os questionários de qualidade de vida relacionado à voz (VHI e QVV) e à deglutição (UW-QOL). Concluíram que, pacientes tratados por câncer de orofaringe apresentam: a) correlação entre as alterações do sistema estomatognático com qualidade de vida relacionada à voz e a deglutição; b) hipernasalidade e modificação da inteligibilidade de fala com impacto sobre a qualidade de vida relacionada à voz. E que a análise de qualidade vocal com alterações discretas não apresentou correlação com os questionários de qualidade de vida em voz; c) ausência de correlação entre as alterações de deglutição com a qualidade de vida.

O trabalho de ALLAL et al. (2003), com 60 pacientes com tumores em orofaringe, mostrou melhor qualidade de vida para os pacientes submetidos à radioterapia exclusiva do que para os pacientes submetidos à cirurgia seguida de radioterapia pós-operatória, avaliada por meio do questionário específico para câncer de cabeça e pescoço *Performance Status Scale for Head and Neck Cancer* (PSSNH). Os pacientes com estadiamento avançado e tratados com radioterapia exclusiva também apresentaram melhor qualidade de vida e melhores escores nos diferentes domínios referentes a comer em público e inteligibilidade de fala, ao ser comparado com o grupo cirúrgico. Por outro lado, quando foi utilizado o questionário genérico

European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) não houve diferença entre os grupos em nenhum dos domínios avaliados.

TSCHUDI et al. (2003) estudando 99 pacientes com tumores em orofaringe, observaram que os pacientes submetidos à ressecção cirúrgica não apresentaram prejuízo em nenhum dos diferentes domínios avaliados pelos questionários genérico e doença-específico, quando comparados com os pacientes com radioterapia exclusiva ou cirurgia associada a radioterapia pós-operatória. O escore relacionado a problemas em comer socialmente foi estatisticamente significante entre cirurgia e radioterapia exclusivas, avaliadas pelo questionário doença-específico (EORTC QLQ-H&N35).

VARTANIAN et al. (2004) estudaram a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço por meio da aplicação da versão em português do questionário UW-QOL e observaram que os fatores que apresentaram impacto na qualidade de vida desses pacientes foram: tumor avançado, presença de metástase regional e tratamento combinado (cirurgia e radioterapia). No entanto, foram significativamente piores os pacientes com câncer em cavidade oral e orofaringe, comparados ao grupo com câncer de laringe e hipofaringe.

GILLESPIE et al. (2005) em estudo com 21 pacientes, encontraram que os pacientes com tumor em orofaringe tratado com quimioterapia e radioterapia (n=10) apresentaram melhor escores de qualidade de vida relacionada à deglutição pelo MDADI (MD Anderson Dysphagia Inventory) nos domínios emocional e funcional quando comparado com o grupo cirúrgico (n=11), havendo também uma tendência destes mesmos resultados para os escores global e físico. Os autores concluem que a

disfagia é uma sequela frequente do câncer de cabeça e pescoço e de seu tratamento, e que o MDADI é efetivo para avaliar a percepção da qualidade de vida dos pacientes relacionada à disfagia quando usado em conjunto com avaliações detalhadas da fisiologia da deglutição, tal como a videofluoroscopia.

MOWRY et al. (2006a), estudaram a qualidade de vida (UW-QOL) de 35 pacientes com câncer de orofaringe avançados tratados com radioterapia e quimioterapia e pacientes tratados com cirurgia e radioterapia adjuvante e não observaram diferenças na qualidade de vida desses pacientes.

DENITTIS et al. (2001) e TSCHUDI et al. (2003), referem ser escassas as publicações sobre o conhecimento do resultado funcional e de qualidade de vida de pacientes submetidos ao tratamento de tumores em orofaringe. Ressaltam a importância da fala e da deglutição, que quando alteradas, necessitam de modificação no estilo de vida.

A utilização de questionários específicos para avaliar a qualidade de vida de pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço é considerada eficaz na avaliação do impacto da doença nos indivíduos afetados. Estudos prévios têm mostrado que a avaliação do ponto de vista do próprio paciente pode complementar, ou até diferir, dos achados de exames objetivos, e contribuir para melhor entendimento do impacto da doença e de seu tratamento na vida dos indivíduos (VARTANIAN et al. 2004).

Os raros estudos que avaliam a qualidade de vida sintoma específico (voz e deglutição) após tratamento do câncer de orofaringe, apresentam casuística mínima que não permite generalização dos resultados. Não havia estudos que avaliassem qualidade de vida em fala nessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição após tratamento de tumores de orofaringe.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar a qualidade de vida em voz, fala e deglutição com dados demográficos, clínicos e de tratamento.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

Trata-se de um estudo de coorte transversal, no qual foi realizado um levantamento no banco de dados do Serviço de Arquivo Médico (registro da ficha operatória), na ficha de planejamento do Departamento de Radioterapia e no Registro Hospitalar de Câncer de todos os pacientes diagnosticados e tratados por câncer de palato mole, loja amigdaliana, base de língua e valéculas no A.C.Camargo Cancer Center, no período de 2000 a 2012. Os pacientes elegíveis foram convocados por telefone para responderem a questionários de qualidade de vida em voz (IDV-10), fala (IDF) e deglutição (MD Anderson Dysphagia Inventory), todos validados para o português. As entrevistas foram realizadas por meio de carta resposta enviadas pelos correios. Os pacientes identificados com disfagia ou alteração articulatória foram orientados e encaminhados para avaliação fonoaudiológica e consequente terapia no Departamento de Fonoaudiologia da instituição.

A população estudada foi definida levando-se em conta os seguintes critérios:

Foram incluídos todos os pacientes tratados por carcinoma epidermóide em orofaringe independente do sexo, idade e forma de tratamento curativo (radioterapia, quimioterapia e cirurgia exclusivas ou associadas entre si, com ou sem reconstrução), no período de 2000 a 2012, nos Departamentos de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, Departamento de Radioterapia e Departamento de Oncologia Clínica do A.C.Camargo Cancer Center, com o tempo mínimo de 1 ano livre da

doença. Todos os pacientes eram alfabetizados. Essas informações foram coletadas por meio da ficha de registro de dados (Apêndice 2) que apresentava 7 pacientes com primeiro grau incompleto, 6 com primeiro grau completo, 4 com segundo grau incompleto, 42 com segundo grau completo 2 com superior incompleto e 40 com superior completo.

3.1.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes que apresentavam histórico de recidiva tumoral ou metástase, segundo tumor primário em cabeça e pescoço, doença em atividade, alterações neurológicas que poderiam comprometer a compreensão ou expressão da linguagem, e pacientes que se recusaram a participar do estudo.

Foram identificados no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012, 396 pacientes com diagnósticos de tumores de orofaringe. Destes 101 participaram do estudo após exclusão por diferentes fatores, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes diagnosticados e tratados por câncer de orofaringe, dos casos excluídos e elegíveis.

Categoria	Frequência Absoluta	%
Pacientes com diagnóstico e tratamento de tumor primário de orofaringe(01/2000 a 12/2012)	396	100
Óbitos	99	25
Vivos com doença	09	2,28
Sítio da lesão ampliado	16	4,05
Segundo tumor primário	18	4,55
Excluídos:		
Recidiva	42	10,60
Não responderam	49	12,38
Questionário incompleto	03	0,75
Insucesso de contato	58	14,64
Alteração neurológica	01	0,25
Elegíveis:		
Participantes do estudo	101	25,50

Os pacientes incluídos no estudo foram contatados por telefone e informados sobre a carta resposta, o conteúdo e o preenchimento dos questionários, de forma imparcial para não interferir nas respostas dos pacientes. A pesquisadora não teve contato prévio com o paciente, durante o curso de seu diagnóstico e tratamento.

3.1.2 Dados Demográficos

Dos cento e um pacientes participantes do estudo, 83 (82,2%) eram do sexo masculino e a média de idade da população geral foi de 62 anos. As características demográficas são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da casuística de acordo com as variáveis demográficas.

Variável	Categoria	n(%)
Gênero	Masculino	83(82,20)
	Feminino	18(17,80)
Idade	Média (dp)	63,12
	Mediana	62
	Min:máx	32:86

Legenda: Mín.: mínimo; máx.:máximo; dp: desvio padrão

3.1.3 Dados Relativos ao Tumor e ao Tratamento

Quanto à neoplasia, 53 (52,4%) pacientes possuíam tumor localizado na loja amigdaliana e o estadiamento T3 foi diagnosticado em 36 (35,6%) pacientes, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da casuística de acordo com as características do tumor.

Variável	Categoria	n(%)
Local da lesão	Palato mole	21(20,79)
	Loja amigdaliana	53(52,47)
	Base de língua	24(23,76)
	Valéculas	3(2,97)
Estádio T	1	15(14,85)
	2	34(33,66)
	3	36(35,64)
	4	16(15,23)
	x	0(0)
Estádio N	0	30(29,70)
	1	16(15,84)
	2	55(54,45)
	3	0(0)
Estádio M	0	101(100)

Quanto ao tratamento realizado, a cirurgia associada à radioterapia e quimioterapia foi realizada em 40 (39,6%) dos pacientes (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da casuística de acordo com características do tratamento realizado.

Variável	Categoria	n(%)
Tratamento	Cirurgia	1(1,00%)
	Cirurgia + Radioterapia	23(22,77)
	Cirurgia+Radioterapia+Quimioterapia	40 (39,60)
	Radioterapia + Quimioterapia	24(23,76)
	Radioterapia	13(12,87)

Legenda: n – número

3.2 MÉTODOS

A coleta foi realizada por meio de carta resposta enviada aos pacientes, previamente informados e orientados sobre a leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) e somente depois de responder aos questionários. A pesquisadora disponibilizou os contatos telefônicos, e-mail e endereço para possíveis esclarecimentos. Foi assegurado aos pacientes o caráter de sigilo das respostas dadas, e que o conteúdo dos questionários não seria acessível ao médico assistente do caso, eliminando assim qualquer preocupação vinculada à tentativa de demonstrar melhores resultados relacionada ao seu tratamento por parte dos pacientes ou medo de expressar sua insatisfação com o mesmo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do A.C.Camargo Cancer Center sob o nº 1895/14 (Anexo 1).

3.2.1 Instrumentos

Os pacientes receberam pelos correios um envelope contendo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), os três questionários e um envelope preenchido e com selo para a resposta.

A *Ficha de registro de dados* (Apêndice 2).

Preenchida pelo pesquisador com dados referentes às variáveis demográficas, clínico-patológicas e terapêuticas de cada paciente. Para isso, foi utilizado o prontuário hospitalar junto às informações concedidas.

B *Voz*

Questionário: Índice de Desvantagem Vocal – IDV 10 (JACOBSON et al. 1997) validado por (COSTA et al. 2013). (Anexo 2).

O IDV-10 é um protocolo validado para o português brasileiro, com propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade comprovadas para o emprego em indivíduos com problemas de voz. A ferramenta produz um escore total único, calculado por somatória simples das respostas de seus itens, podendo variar de 0 a 40 pontos, sendo 0 o indicativo de nenhuma desvantagem e 40, de desvantagem máxima. Cada item deve ser respondido em uma escala de 5 pontos, sendo 0 nunca e 4 sempre.

C *Fala*

Questionário: Índice de Desvantagem da Fala – IDF (RINKEL et al. 2008), validado por (SOUZA 2014). (Anexo 3).

Este questionário contém 30 questões que tem por objetivo avaliar de forma psicométrica o impacto das alterações de fala na qualidade de vida dos pacientes (RINKEL et al. 2008). As perguntas são marcadas com base em uma escala de 5 pontos, com as seguintes categorias de respostas e pontuações: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). O escore total do SHI é calculado por meio da soma de todas as respostas individuais e pode variar em gravidade progressiva de 0 a 120. Além disso, também inclui uma pergunta global para avaliar o discurso global do paciente. As categorias de respostas para esta questão e a pontuação são: excelente (0), bom (30), média (70) e ruim (100).

D Deglutição

Questionário de Disfagia M.D. Anderson - MDADI (CHEN et al. 2001) validado por (GUEDES 2010). (Anexo 4).

Este questionário contém 20 questões, sendo uma global e as outras subdivididas em três domínios: emocional (6 questões), funcional (5 questões) e físico (8 questões). Cada questão possui 5 possíveis respostas (concordo totalmente, concordo, sem opinião, discordo e discordo totalmente) que são pontuadas numa escala de 1-5. No domínio funcional, o item F2 possui contagem inversa, sendo 5 pontos para “concordo totalmente” e 1 ponto para “discordo totalmente”. A pontuação final de cada domínio varia de 0 a 100, e quanto menor a pontuação pior o efeito da disfagia na qualidade de vida do paciente. O valor de cada domínio é calculado separadamente, onde a soma dos valores de cada questão é dividida pelo número de questões e multiplicada por 20. A questão global possui um escore que varia entre 20 (funcionalidade extremamente baixa) e 100 (funcionalidade normal) e

o escore total final do questionário (MDADI T) corresponde à média dos domínios multiplicada por 20. Segundo CHEN et al. (2001), a inabilidade para deglutir demonstrada pelo MDADI T varia da seguinte forma: 0-20: inabilidade profunda; 21-40: inabilidade grave; 41-60: inabilidade moderada; 61-80: inabilidade média; 81-100: inabilidade mínima.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, os dados coletados dos prontuários dos pacientes foram transcritos para ficha padronizada e, em seguida, armazenados em banco de dados específico (Excel 2003; Microsoft Office, Redmond, WA, USA). Os dados referentes à avaliação da qualidade de vida também foram passados para o mesmo banco de dados onde estavam registradas as características clínicas dos pacientes, e posteriormente analisados usando o software estatístico IBM SPSS FOR (Statistical Package for Social Sciences), em sua versão 23.0, para a obtenção de resultados.

A apresentação das características dos pacientes estudados, do tratamento efetuado e dos resultados foi primeiramente descrita por meio de estatística descritiva (média e desvio padrão, mediana, porcentagens).

A associação entre as variáveis clínico-demográficas e os escores dos questionários IDV-10, IDF e MDADI foi realizada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis ou teste de Mann-Whitney, quando apropriado. O teste da Razão da Verossimilhança foi utilizado para comparação das médias com o valor padrão das variáveis de distribuição normal. A significância estatística foi determinada para um valor de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Pouca ou nenhuma desvantagem na qualidade de vida em voz foram os parâmetros que apresentaram maior prevalência nos pacientes do estudo (Tabela 5). Com exceção de um paciente de 59 anos de idade, com o sítio tumoral em valéculas, estadiamento T2N2M0, tratado com radioterapia associado a quimioterapia. Apresentando também, resultados insatisfatórios nos protocolos de qualidade de vida em fala e deglutição.

Tabela 5 – Variável escalar, relacionada ao questionário IDV 10 (n=101).

Variável	n(%)
IDV - 10	
Média (dp)	3,22(6,06)
Mediana	0,00
Min:máx	0: 29,0

Legenda: n – número; min – mínimo; máx – máximo; dp – desvio padrão
IDV 10: 0 a 40 pontos

Observamos que nenhum dos domínios apresentou impacto da alteração na fala, ficando o escore final equivalente a desempenho satisfatório, porém o discurso global apesar de apresentar resultado excelente para a maioria (53,5%), quase 30% manifestou desempenho regular ou ruim (Tabela 6).

Tabela 6 – Variáveis escalares e categóricas, relacionadas aos diferentes domínios, escore final e global do questionário IDF (n=101)

Domínios		n(%)
Emocional	Média (dp)	1,90(4,15)
	mediana	0,0
	Min: max	0: 18
Funcional	Média (dp)	5,94(8,08)
	mediana	0
	Min: max	0 : 28,0
Físico	Média (dp)	6,41(8,69)
	mediana	0,0
	Min: max	0 : 35,0
Escore Final	Média (dp)	14,26(19,82)
	mediana	0,0
	Min: max	0 : 73,0
Variável	Categoria	n(%)
IDF GLOBAL	Boa	18(17,80)
	Excelente	54(53,50)
	Regular	15(14,90)
	Ruim	14(13,90)
TOTAL		101(100)

IDF : soma dos domínios podendo variar de 0 a120.

O estudo apresentou qualidade de vida em deglutição pelo MDADI T como inabilidade média (61-80), apresentando o melhor resultado no domínio emocional (Tabela 7).

Tabela 7 – Variáveis escalares, relacionadas aos diferentes domínios e escore total, do questionário MDADI (n=101)

Domínios	Variável	
Global	Média (dp)	69,14(29,09)
	mediana	80
	Min: max	20:100
Emocional	Média (dp)	75,08(25,74)
	mediana	90,0
	Min: max	20:100
Funcional	Média (dp)	67,90(14,58)
	mediana	72
	Min: max	36:94
Físico	Média (dp)	63,55(16,97)
	mediana	72,5
	Min: max	18,45:80
MDADI Total*	Média (dp)	68,80(18,36)
	mediana	77,05
	Min: max	28,66:89,66

Legenda: n – número; min – mínimo; máx – máximo; dp – desvio padrão.

MDADI: pontuação de 0 a 100

Baseado nos resultados absolutos acima, serão apresentados os resultados das associações entre as características do diagnóstico quanto ao local do tumor, estadiamento T, estadiamento clínico e tipo de tratamento, e as variáveis de qualidade de vida.

4.1 QUALIDADE DE VIDA X SÍTIO DE LESÃO

Os valores das variáveis dos protocolos são diferentes estatisticamente, entre os quatro sítios de lesão (Tabela 8, 9 e 10).

Tabela 8 - Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionários IDV 10, referente aos pacientes elegíveis.

Variável	Sítio lesão	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	palato mole	21	3,38	6,35	0,00	22,00	0,00	0,00	4,00	0,696
	valéculas	3	2,67	4,62	0,00	8,00	0,00	0,00	4,00	
	loja amigdaliana	53	2,89	6,03	0,00	26,00	0,00	0,00	2,00	
	base de língua	24	3,88	6,71	0,00	29,00	0,00	0,00	5,50	
	Total	101	3,22	6,16	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	

Tabela 9 - Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionário MDADI, referente aos pacientes elegíveis.

Variável	Sítio lesão	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
[MDADI] EMOCIONAL	palato mole	21	75,08	25,64	40,00	100,00	50,00	90,00	100,00	0,256
	valéculas	3	84,43	18,97	63,30	100,00	76,65	90,00	95,00	
	loja amigdaliana	53	78,68	25,25	20,00	100,00	66,66	90,00	100,00	
	base de língua	24	67,08	26,58	26,66	100,00	43,33	70,00	90,00	
	Total	101	75,34	25,64	20,00	100,00	50,00	90,00	100,00	
[MDADI] FUNCIONAL	palato mole	21	69,33	13,35	44,00	84,00	56,00	76,00	80,00	0,781
	valéculas	3	70,67	11,55	64,00	84,00	64,00	64,00	74,00	
	loja amigdaliana	53	68,45	14,81	36,00	84,00	64,00	72,00	80,00	
	base de língua	24	65,00	15,44	36,00	84,00	54,00	64,00	80,00	
	Total	101	67,88	14,49	36,00	84,00	58,00	72,00	80,00	
[MDADI] FÍSICO	palato mole	21	65,12	15,88	35,00	80,00	50,00	75,00	80,00	0,385
	valéculas	3	60,00	18,03	45,00	80,00	50,00	55,00	67,50	
	loja amigdaliana	53	65,70	16,51	30,00	80,00	47,50	75,00	80,00	
	base de língua	24	58,89	18,78	18,45	80,00	45,00	63,75	76,25	
	Total	101	63,79	16,98	18,45	80,00	47,50	72,50	80,00	
[MDADI] TOTAL	palato mole	21	69,63	17,86	39,66	88,00	51,44	80,00	86,66	0,408
	valéculas	3	71,70	15,39	57,43	88,00	63,55	69,66	78,83	
	loja amigdaliana	53	70,94	18,09	28,66	88,00	62,33	79,00	83,11	
	base de língua	24	63,65	19,47	35,22	88,00	45,81	67,83	82,78	
	Total	101	68,96	18,30	28,66	88,00	51,39	77,55	84,02	
[MDADI] GLOBAL	palato mole	21	75,24	27,50	20,00	100,00	60,00	80,00	100,00	0,166
	valéculas	3	73,33	30,55	40,00	100,00	60,00	80,00	90,00	
	loja amigdaliana	53	71,32	28,69	20,00	100,00	60,00	80,00	100,00	
	base de língua	24	58,33	30,02	20,00	100,00	20,00	70,00	80,00	
	Total	101	69,11	29,06	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	

Tabela 10 - Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados com o questionário IDF, referente aos pacientes elegíveis.

Variável	Sítio lesão	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
[IDF] EMOCIONAL	palato mole	21	1,43	3,47	0,00	14,00	0,00	0,00	0,00	0,757
	valéculas	3	1,00	1,73	0,00	3,00	0,00	0,00	1,50	
	loja amigdaliana	53	1,51	3,79	0,00	18,00	0,00	0,00	0,00	
	base de língua	24	3,25	5,44	0,00	16,00	0,00	0,00	8,00	
	Total	101	1,89	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00	0,50	
[IDF] FUNCIONAL	palato mole	21	7,19	8,72	0,00	28,00	0,00	4,00	12,00	0,370
	valéculas	3	2,67	4,62	0,00	8,00	0,00	0,00	4,00	
	loja amigdaliana	53	4,47	7,01	0,00	24,00	0,00	0,00	8,00	
	base de língua	24	7,75	9,44	0,00	26,00	0,00	2,00	16,00	
	Total	101	5,76	8,01	0,00	28,00	0,00	0,00	10,50	
[IDF] FÍSICO	palato mole	21	7,19	8,34	0,00	24,00	0,00	5,00	12,00	0,274
	valéculas	3	4,67	8,08	0,00	14,00	0,00	0,00	7,00	
	loja amigdaliana	53	4,64	7,48	0,00	28,00	0,00	0,00	8,00	
	base de língua	24	8,92	10,66	0,00	35,00	0,00	5,50	16,50	
	Total	101	6,19	8,59	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] ESCORE FINAL	palato mole	21	15,81	19,26	0,00	59,00	0,00	6,00	26,00	0,254
	valéculas	3	8,33	14,43	0,00	25,00	0,00	0,00	12,50	
	loja amigdaliana	53	10,62	17,22	0,00	66,00	0,00	0,00	21,00	
	base de língua	24	19,92	24,48	0,00	73,00	0,00	12,50	36,50	
	Total	101	13,84	19,66	0,00	73,00	0,00	0,00	24,50	

A distribuição dos sítios de lesão foi semelhante para a variável IDF Global (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da casuística dos sítios de lesão quando comparados concomitantemente com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.

Sítio lesão	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
palato mole	7	8	3	3	21
	33,30%	38,10%	14,30%	14,30%	100,00%
Valéculas	0	2	1	0	3
	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%	100,00%
loja amigdaliana	8	33	7	5	53
	15,10%	62,30%	13,20%	9,40%	100,00%
base de língua	3	11	4	6	24
	12,50%	45,80%	16,70%	25,00%	100,00%
Total	18	54	15	14	101
	17,80%	53,50%	14,90%	13,90%	100,00%

P= 0,336

4.2 QUALIDADE DE VIDA X ESTADIAMENTO T – GRUPO (T1 e T2) x GRUPO (T3 e T4)

No geral, os valores das variáveis dos protocolos IDV-10, IDF e MDADI, são estatisticamente semelhantes entre os dois grupos de estadiamento do tumor. Para a variável ‘MDADI Global’, considerando que quanto menor a pontuação, pior o efeito da disfagia na qualidade de vida do paciente, os valores dos estadiamentos (T3 e T4) são efetivamente menores do que os valores dos estadiamentos (T1 e T2) com relevância estatística, constatando que pacientes com tumores em estágio inicial tem melhor desempenho na deglutição. Os outros domínios da MDADI também apresentam menores valores em (T3 e T4), apesar de ser uma relação fraca (Tabela 12).

Tabela 12 – Correlação entre a característica de diagnóstico (estadiamento T) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.

Variável	Estadiamento T	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	T1 e T2	48	3,42	6,86	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	0,631
	T3 e T4	53	3,04	5,51	0,00	22,00	0,00	0,00	4,00	
	Total	101	3,22	6,16	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	
[MDADI] Emocional	T1 e T2	48	77,78	25,16	20,00	100,00	51,67	90,00	100,00	0,239
	T3 e T4	53	73,14	26,12	20,00	100,00	46,67	86,66	96,66	
	Total	101	75,34	25,64	20,00	100,00	50,00	90,00	100,00	
[MDADI] Funcional	T1 e T2	48	70,17	14,17	36,00	84,00	61,00	76,00	80,00	0,107
	T3 e T4	53	65,81	14,60	36,00	84,00	56,00	68,00	76,00	
	Total	101	67,88	14,49	36,00	84,00	58,00	72,00	80,00	
[MDADI] Físico	T1 e T2	48	65,52	16,51	30,00	80,00	50,00	75,00	80,00	0,253
	T3 e T4	53	62,23	17,40	18,45	80,00	45,00	67,50	77,50	
	Total	101	63,79	16,98	18,45	80,00	47,50	72,50	80,00	
[MDADI] Total	T1 e T2	48	71,15	18,17	28,66	88,00	54,66	80,33	86,38	0,132
	T3 e T4	53	66,97	18,37	28,66	88,00	50,80	72,44	83,00	
	Total	101	68,96	18,30	28,66	88,00	51,39	77,55	84,02	
[MDADI] Global	T1 e T2	48	75,42	26,81	20,00	100,00	60,00	80,00	100,00	0,041
	T3 e T4	53	63,40	30,06	20,00	100,00	40,00	80,00	90,00	
	Total	101	69,11	29,06	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
[IDF] Emocional	T1 e T2	48	1,92	4,44	0,00	17,00	0,00	0,00	0,00	0,492
	T3 e T4	53	1,87	3,94	0,00	18,00	0,00	0,00	1,50	
	Total	101	1,89	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00	0,50	
[IDF] Funcional	T1 e T2	48	5,58	8,36	0,00	28,00	0,00	0,00	9,50	0,604
	T3 e T4	53	5,92	7,77	0,00	26,00	0,00	0,00	11,50	
	Total	101	5,76	8,01	0,00	28,00	0,00	0,00	10,50	
[IDF] Físico	T1 e T2	48	5,94	9,16	0,00	35,00	0,00	0,00	10,75	0,542
	T3 e T4	53	6,42	8,12	0,00	28,00	0,00	0,00	14,00	
	Total	101	6,19	8,59	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Escore Final	T1 e T2	48	13,44	20,98	0,00	73,00	0,00	0,00	23,50	0,605
	T3 e T4	53	14,21	18,58	0,00	66,00	0,00	0,00	25,50	
	Total	101	13,84	19,66	0,00	73,00	0,00	0,00	24,50	

A distribuição do estadiamento T é semelhante, para a variável IDF Global. O grupo (T1 e T2) embora sem significância estatística, apresentou melhores resultados do que o grupo (T3 e T4) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da casuística do estadiamento T quando comparados concomitantemente com IDF Global referentes aos pacientes elegíveis.

[Estad] T	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
T1 e T2	9	27	6	6	48
	18,80%	56,30%	12,50%	12,50%	100,00%
T3 e T4	9	27	9	8	53
	17,00%	50,90%	17,00%	15,10%	100,00%
Total	18	54	15	14	101
	17,80%	53,50%	14,90%	13,90%	100,00%

p= 0,886

4.3 QUALIDADE DE VIDA X ESTADIAMENTO CLÍNICO (EC) – GRUPO (I e II) x GRUPO (III e IV)

Os valores das variáveis dos questionários são semelhantes, entre os dois estágios clínicos (Tabela 14).

Tabela 14 – Correlação entre os dois grupos de estadiamento clínico e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF , referentes aos pacientes elegíveis.

Variável	Estado Clínico	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	I e II	22	2,86	5,25	0,00	22,00	0,00	0,00	4,00	0,744
	III e IV	79	3,32	6,41	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	
	Total	101	3,22	6,16	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	
[MDADI] Emocional	I e II	22	77,57	24,30	40,00	100,00	50,00	91,67	100,00	0,387
	III e IV	79	74,72	26,12	20,00	100,00	50,00	90,00	96,66	
	Total	101	75,34	25,64	20,00	100,00	50,00	90,00	100,00	
[MDADI] Funcional	I e II	22	71,27	13,84	44,00	84,00	56,00	78,00	84,00	0,156
	III e IV	79	66,94	14,62	36,00	84,00	60,00	68,00	80,00	
	Total	101	67,88	14,49	36,00	84,00	58,00	72,00	80,00	
[MDADI] Físico	I e II	22	65,23	16,02	35,00	80,00	49,38	73,75	80,00	0,421
	III e IV	79	63,39	17,31	18,45	80,00	45,00	72,50	80,00	
	Total	101	63,79	16,98	18,45	80,00	47,50	72,50	80,00	
[MDADI] Total	I e II	22	71,36	17,62	39,66	88,00	50,62	81,55	88,00	0,245
	III e IV	79	68,29	18,54	28,66	88,00	51,44	77,05	83,33	
	Total	101	68,96	18,30	28,66	88,00	51,39	77,55	84,02	
[MDADI] Global	I e II	22	80,00	23,09	20,00	100,00	60,00	80,00	100,00	0,057
	III e IV	79	66,08	29,93	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
	Total	101	69,11	29,06	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
[IDF] Emocional	I e II	22	1,59	3,47	0,00	14,00	0,00	0,00	1,00	0,773
	III e IV	79	1,97	4,35	0,00	18,00	0,00	0,00	1,00	
	Total	101	1,89	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00	0,50	
[IDF] Funcional	I e II	22	5,86	8,61	0,00	28,00	0,00	0,00	12,00	0,906
	III e IV	79	5,73	7,90	0,00	26,00	0,00	0,00	10,00	
	Total	101	5,76	8,01	0,00	28,00	0,00	0,00	10,50	
[IDF] Físico	I e II	22	6,09	8,50	0,00	24,00	0,00	0,00	12,00	0,840
	III e IV	79	6,22	8,67	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
	Total	101	6,19	8,59	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Escore Final	I e II	22	13,55	19,56	0,00	59,00	0,00	0,00	25,75	0,947
	III e IV	79	13,92	19,81	0,00	73,00	0,00	0,00	24,00	
	Total	101	13,84	19,66	0,00	73,00	0,00	0,00	24,50	

A distribuição dos estados clínicos é semelhante, para a variável ‘IDF GLOBAL’ (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição da casuística estadiamento clínico quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.

ESTADO CLÍNICO	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
I e II	4	12	3	3	22
	18,20%	54,50%	13,60%	13,60%	100,00%
III e IV	14	42	12	11	79
	17,70%	53,20%	15,20%	13,90%	100,00%
Total	18	54	15	14	101
	17,80%	53,50%	14,90%	13,90%	100,00%

p = 0,998

4.4 QUALIDADE DE VIDA X TRATAMENTOS (GRUPO CIRURGIA) x (GRUPO NÃO CIRURGIA)

Os valores das variáveis dos questionários são semelhantes para ambos os tratamentos, à exceção das variáveis ‘IDF Físico’ e ‘IDF Escore Final’, ocorreu diferença significativa nos pacientes não cirúrgicos (Tabela 16).

Tabela 16 – Correlação entre os dois grupos de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI, e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.

Variável	Tratamento	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	cirúrgico	64	3,14	6,13	0,00	26,00	0,00	0,00	3,00	0,523
	não-cirúrgico	37	3,35	6,28	0,00	29,00	0,00	0,00	4,50	
	Total	101	3,22	6,16	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	
[MDADI] Emocional	cirúrgico	64	77,81	25,15	20,00	100,00	57,50	90,00	100,00	0,215
	não-cirúrgico	37	71,08	26,27	26,66	100,00	43,33	73,33	96,66	
	Total	101	75,34	25,64	20,00	100,00	50,00	90,00	100,00	
[MDADI] Funcional	cirúrgico	64	68,50	14,39	36,00	84,00	61,00	72,00	80,00	0,622
	não-cirúrgico	37	66,81	14,81	36,00	84,00	56,00	68,00	82,00	
	Total	101	67,88	14,49	36,00	84,00	58,00	72,00	80,00	
[MDADI] Físico	cirúrgico	64	64,89	17,04	18,45	80,00	47,50	73,75	80,00	0,513
	não-cirúrgico	37	61,89	16,93	30,00	80,00	46,25	62,50	80,00	
	Total	101	63,79	16,98	18,45	80,00	47,50	72,50	80,00	
[MDADI] total	cirúrgico	64	70,33	18,01	28,66	88,00	55,08	78,83	83,69	0,483
	não-cirúrgico	37	66,59	18,81	35,22	88,00	49,80	69,66	85,11	
	Total	101	68,96	18,30	28,66	88,00	51,39	77,55	84,02	
[MDADI] Global	cirúrgico	64	70,31	28,28	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	0,671
	não-cirúrgico	37	67,03	30,63	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
	Total	101	69,11	29,06	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
[IDF] Emocional	cirúrgico	64	1,42	3,69	0,00	18,00	0,00	0,00	0,00	0,262
	não-cirúrgico	37	2,70	4,82	0,00	16,00	0,00	0,00	5,00	
	Total	101	1,89	4,16	0,00	18,00	0,00	0,00	0,50	
[IDF] Funcional	cirúrgico	64	4,52	6,96	0,00	24,00	0,00	0,00	8,00	0,057
	não-cirúrgico	37	7,92	9,28	0,00	28,00	0,00	4,00	15,00	
	Total	101	5,76	8,01	0,00	28,00	0,00	0,00	10,50	
[IDF] Físico	cirúrgico	64	4,52	7,27	0,00	28,00	0,00	0,00	8,00	0,015
	não-cirúrgico	37	9,08	9,95	0,00	35,00	0,00	8,00	16,50	
	Total	101	6,19	8,59	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Escore Final	cirúrgico	64	10,45	16,89	0,00	66,00	0,00	0,00	19,75	0,016
	não-cirúrgico	37	19,70	22,78	0,00	73,00	0,00	10,00	30,50	
	Total	101	13,84	19,66	0,00	73,00	0,00	0,00	24,50	

A distribuição dos tratamentos é estatisticamente diferente, para a variável ‘IDF GLOBAL’, sendo que, no geral, os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico apresentaram melhores resultados principalmente para as respostas boa, excelente e ruim; as regulares equivalem-se, em termos estatísticos (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição da casuística de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.

Tratamento	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
cirúrgico	8	40	10	6	64
	12,50%	62,50%	15,60%	9,40%	100,00%
não-cirúrgico	10	14	5	8	37
	27,00%	37,80%	13,50%	21,60%	100,00%
Total	18	54	15	14	101
	17,80%	53,50%	14,90%	13,90%	100,00%

p = 0,047

4.5 QUALIDADE DE VIDA X ESTADIAMENTO CLÍNICO - (EC) (I e II) X TRATAMENTOS (GRUPO CIRURGIA) x (GRUPO NÃO CIRURGIA)

Os pacientes em estadiamento clínico inicial são estatisticamente semelhantes, para ambos os tratamentos, porém, observa-se que os questionários de qualidade de vida em fala e em deglutição apresentam os melhores resultados no grupo cirúrgico (Tabela 18).

Tabela 18 – Correlação do estadiamento clínico (I e II) com o tipo de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.

Variável	Tratamento	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	cirúrgico	7	0,71	1,25	0,00	3,00	0,00	0,00	2,00	0,205
	não-cirúrgico	15	3,87	6,11	0,00	22,00	0,00	0,00	6,00	
	Total	22	2,86	5,25	0,00	22,00	0,00	0,00	4,00	
[MDADI] EMOCIONAL	cirúrgico	7	86,19	18,99	50,00	100,00	70,00	93,33	100,00	0,469
	não-cirúrgico	15	73,55	26,02	40,00	100,00	46,66	73,33	100,00	
	Total	22	77,57	24,30	40,00	100,00	50,00	91,67	100,00	
[MDADI] FUNCIONAL	cirúrgico	7	74,86	10,76	52,00	84,00	72,00	80,00	80,00	0,914
	não-cirúrgico	15	69,60	15,10	44,00	84,00	56,00	76,00	84,00	
	Total	22	71,27	13,84	44,00	84,00	56,00	78,00	84,00	
[MDADI] FÍSICO	cirúrgico	7	68,57	15,54	45,00	80,00	47,50	75,00	80,00	0,714
	não-cirúrgico	15	63,67	16,53	35,00	80,00	50,00	65,00	80,00	
	Total	22	65,23	16,02	35,00	80,00	49,38	73,75	80,00	
[MDADI] TOTAL	cirúrgico	7	76,54	14,57	49,83	88,00	62,33	83,05	86,66	0,593
	não-cirúrgico	15	68,94	18,84	39,66	88,00	49,33	74,11	88,00	
	Total	22	71,36	17,62	39,66	88,00	50,62	81,55	88,00	
[MDADI] GLOBAL	cirúrgico	7	82,86	13,80	60,00	100,00	80,00	80,00	100,00	0,970
	não-cirúrgico	15	78,67	26,69	20,00	100,00	60,00	100,00	100,00	
	Total	22	80,00	23,09	20,00	100,00	60,00	80,00	100,00	
[IDF] Emocional	cirúrgico	7	0,71	1,89	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,471
	não-cirúrgico	15	2,00	4,00	0,00	14,00	0,00	0,00	4,00	
	Total	22	1,59	3,47	0,00	14,00	0,00	0,00	1,00	
[IDF] Funcional	cirúrgico	7	1,14	3,02	0,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,069
	não-cirúrgico	15	8,07	9,54	0,00	28,00	0,00	4,00	16,00	
	Total	22	5,86	8,61	0,00	28,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Físico	cirúrgico	7	1,71	4,54	0,00	12,00	0,00	0,00	0,00	0,088
	não-cirúrgico	15	8,13	9,24	0,00	24,00	0,00	6,00	18,00	
	Total	22	6,09	8,50	0,00	24,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Escore Final	cirúrgico	7	3,57	9,45	0,00	25,00	0,00	0,00	0,00	0,059
	não-cirúrgico	15	18,20	21,51	0,00	59,00	0,00	8,00	30,00	
	Total	22	13,55	19,56	0,00	59,00	0,00	0,00	25,75	

A distribuição do estadiamento clínico (I e II), teve 30% do IDF Global regular ou ruim no grupo não cirurgia (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição da casuística do estadiamento clínico (I e II) em tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.

Tratamento	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
cirúrgico	0	6	1	0	7
	0,00%	85,70%	14,30%	0,00%	100,00%
não-cirúrgico	4	6	2	3	15
	26,70%	40,00%	13,30%	20,00%	100,00%
Total	4	12	3	3	22
	18,20%	54,50%	13,60%	13,60%	100,00%

p = 0,070

4.6 QUALIDADE DE VIDA X ESTADIAMENTO CLÍNICO - (EC (III e IV) X TRATAMENTOS (GRUPO CIRURGIA) x (GRUPO NÃO CIRURGIA)

Os pacientes com estadiamento avançado apresentaram impacto significativo no “IDF Físico”, sendo que os piores valores encontram-se na categoria não cirúrgicos (Tabela 20).

Tabela 20 – Correlação do estadiamento clínico (III e IV) com o tipo de tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) e os questionários IDV 10, MDADI e o IDF, referentes aos pacientes elegíveis.

Variável	Tratamento	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Sig. (p)
IDV-10	cirúrgico	57	3,44	6,43	0,00	26,00	0,00	0,00	4,00	0,979
	não-cirúrgico	22	3,00	6,52	0,00	29,00	0,00	0,00	4,25	
	Total	79	3,32	6,41	0,00	29,00	0,00	0,00	4,00	
[MDADI] Emocional	cirúrgico	57	76,78	25,75	20,00	100,00	55,00	90,00	100,00	0,173
	não-cirúrgico	22	69,39	26,92	26,66	100,00	43,33	78,33	91,67	
	Total	79	74,72	26,12	20,00	100,00	50,00	90,00	96,66	
[MDADI] Funcional	cirúrgico	57	67,72	14,66	36,00	84,00	58,00	72,00	80,00	0,358
	não-cirúrgico	22	64,91	14,65	36,00	84,00	57,00	66,00	77,00	
	Total	79	66,94	14,62	36,00	84,00	60,00	68,00	80,00	
[MDADI] Físico	cirúrgico	57	64,44	17,29	18,45	80,00	46,25	72,50	80,00	0,395
	não-cirúrgico	22	60,68	17,48	30,00	80,00	45,00	61,25	77,50	
	Total	79	63,39	17,31	18,45	80,00	45,00	72,50	80,00	
[MDADI] Total	cirúrgico	57	69,56	18,35	28,66	88,00	52,50	77,66	83,49	0,322
	não-cirúrgico	22	64,98	19,06	35,22	88,00	48,23	69,50	83,34	
	Total	79	68,29	18,54	28,66	88,00	51,44	77,05	83,33	
[MDADI] Global	cirúrgico	57	68,77	29,28	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	0,196
	não-cirúrgico	22	59,09	31,15	20,00	100,00	20,00	70,00	80,00	
	Total	79	66,08	29,93	20,00	100,00	40,00	80,00	100,00	
[IDF] Emocional	cirúrgico	57	1,51	3,86	0,00	18,00	0,00	0,00	0,00	0,276
	não-cirúrgico	22	3,18	5,34	0,00	16,00	0,00	0,00	8,00	
	Total	79	1,97	4,35	0,00	18,00	0,00	0,00	1,00	
[IDF] Funcional	cirúrgico	57	4,93	7,21	0,00	24,00	0,00	0,00	9,00	0,186
	não-cirúrgico	22	7,82	9,32	0,00	26,00	0,00	4,00	15,00	
	Total	79	5,73	7,90	0,00	26,00	0,00	0,00	10,00	
[IDF] Físico	cirúrgico	57	4,86	7,49	0,00	28,00	0,00	0,00	8,00	0,038
	não-cirúrgico	22	9,73	10,56	0,00	35,00	0,00	8,00	16,25	
	Total	79	6,22	8,67	0,00	35,00	0,00	0,00	12,00	
[IDF] Escore Final	cirúrgico	57	11,30	17,45	0,00	66,00	0,00	0,00	21,50	0,058
	não-cirúrgico	22	20,73	24,05	0,00	73,00	0,00	14,00	33,75	
	Total	79	13,92	19,81	0,00	73,00	0,00	0,00	24,00	

A distribuição do estadiamento clínico (III e IV) não apresentou alteração para a variável IDF Global (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição da casuística do estadiamento clínico (III e IV) em tratamento (cirúrgico x não cirúrgico) quando comparado com IDF Global, referentes aos pacientes elegíveis.

Tratamento	[IDF] GLOBAL				Total
	Boa	Excelente	Regular	Ruim	
cirúrgico	8	34	9	6	57
	14,00%	59,60%	15,80%	10,50%	100,00%
não-cirúrgico	6	8	3	5	22
	27,30%	36,40%	13,60%	22,70%	100,00%
Total	14	42	12	11	79
	17,70%	53,20%	15,20%	13,90%	100,00%

p = 0,188

5 DISCUSSÃO

Segundo KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY (2009) e KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI (2010), os questionários de qualidade de vida podem fornecer informações sobre aspectos pessoais e sociais, medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, conectando a compreensão do paciente e focando a avaliação e tratamento mais do que a doença. Alguns estudos mostram que os escore de qualidade de vida a partir de 1 ano de pós tratamento chegam no platô de valores próximos ao prévio ao tratamento (HAMMERLID e TAFT 2001). Nesta fase, geralmente 12 meses após o tratamento (estudos realizados com o Questionário de Qualidade de vida da Universidade de Washington), as sequelas do tratamento oncológico foram minimizados pela própria adaptação e programas de reabilitação e o paciente já se encontraria numa fase estável e de retorno às atividades de vida diária de acordo com FURIA (2006) e ROGERS et al. (2010).

Esses estudos permitem a avaliação da qualidade de vida em diversos momentos em que se observa a variação dos escores, sendo importante também ser avaliado a qualidade de vida do indivíduo antes do início do tratamento, visto as variações individuais que podem ser consideradas fatores prognósticos para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço conforme afirmam ROGERS et al. (2015). Para VARTANIAN (2006) e VARTANIAN et al. (2007), estudos que proporcionam um melhor entendimento do que seria o mais importante para os pacientes, assim como uma melhor avaliação dos resultados do ponto de vista funcional e psicossocial, como os estudos de qualidade de vida, tornam-se essenciais.

Segundo VARTANIAN et al. (2007), o tratamento para o câncer de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, pode ocasionar alterações expressivas em funções essenciais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes afetados quanto para seus familiares, geralmente induzindo algum grau de disfunção na sua vida diária, o que torna a aplicação dos questionários de qualidade de vida importante.

A avaliação sobre QV é um tema complicado que envolve questões gerais e específicas sobre diferentes competências (falar, mastigar, engolir, etc.). Nesse sentido, podem ser delineadas pesquisas voltadas à avaliação específica de um ou mais desses domínios envolvendo, até mesmo, o esboço de amostras multivariadas para explicar as dimensões de QV envolvidas na análise (MODESTO e COSTA 2009). No presente estudo, contudo, optou-se por um projeto analítico menos complexo, e somente se aferiu a associação direta entre variáveis consideradas, sem conformação para os demais fatores que participam da alteração do perfil de QV dos pacientes corroborando as considerações de BANDEIRA (2008) que afirma que todo e qualquer investimento na qualidade de vida destes pacientes é de extrema importância para o aumento da sobrevida com qualidade

O perfil dos 101 pacientes do estudo estão de acordo com o encontrado na literatura para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A maioria deles foi do gênero masculino com idade média em torno de 62 anos. A localização do tumor teve maior incidência em loja amigdaliana. Quanto as condições de diagnóstico observa-se na (tabela 3) que a maioria dos participantes recebeu o diagnóstico nas fases T2 (33,66%) e T3 (35,64%). Em relação ao tratamento observa-se na (Tabela

4) que grande parte dos pacientes (39,60%) realizaram tratamento cirúrgico combinado a outros tipos de tratamento (radioterapia e quimioterapia).

A voz é o instrumento de comunicação mais elementar e mais imediato de que se dispõe para interagir na sociedade, pois ela não demanda qualquer acessório nem estrutura especial para ser utilizada. A auto percepção de desvantagem vocal para os pacientes indicou desvantagem leve, pois a maior parte deles referiu pouca ou nenhuma desvantagem na qualidade vocal.

Os valores das variáveis dos protocolos são estatisticamente semelhantes, entre os quatro sítios de lesão. Os artigos descrevem que os pacientes em estadiamento inicial, apresentam melhores escores nos questionários de qualidade de vida do que os em estadiamento avançado (KOWALSKI et al. 2000; MORTON e IZZARD 2003; FURIA 2006; FUNK et al. 2012), e isso vem ao encontro dos achados deste estudo. Os pacientes com estadiamento (T) avançado apresentaram correlação com pior qualidade de vida referente à voz, porém, sem significância estatística. A correlação entre os dois grupos de estadiamento clínico (I e II) e (III e IV), no qual o estadiamento avançado (III e IV) apresentou correlação com pior qualidade de vida relacionado à fala, apesar de não ter sido estatisticamente significativa. O resultado da correlação entre os dois grupos de estadiamento clínico respectivamente (I e II) e (III e IV), com o tipo de tratamento (cirúrgico e não cirúrgico) demonstrou que os pacientes com estadiamento avançado (III e IV) apresentaram correlação com melhor qualidade de vida em relação à fala no grupo não cirúrgico, já os pacientes de estadiamento inicial (I e II) tiveram melhor qualidade de vida relacionado à fala no grupo cirúrgico. Os resultados encontrados por FURNESS et al. (2011), MYERS et al. (2012) e DZIEGIELEWSKI et al. (2013),

embora semelhantes aos achados nesta pesquisa quanto aos sítios de lesão e estadiamento, não referem à qualidade de vida do paciente. Dados concordantes com esta pesquisa quanto à qualidade de vida são encontrados em BARROS et al. (2006) e DAHER (2013).

A fala é a verbalização da língua, de forma individual. Compete ao indivíduo opinar sobre os elementos linguísticos que deseja utilizar para expressar sua fala. Sua necessidade, a situação, sua cultura e a sociedade devem ser seu referencial. Pois conhece-se o que fala e o que é falado por outros, mesmo que essa linguagem não seja exatamente como as que se usa. A inteligibilidade da fala é o principal aspecto analisado nos estudos com pacientes tratados por câncer de orofaringe.

Neste estudo o IDF Global – 54 pacientes (53,5%) avaliaram como excelente a qualidade de vida em fala de uma forma geral, desses 33 (62,3%) tinham a loja amigdaliana como sítio de lesão, corroborando com o estudo de BARATA (2010) que refere que a maior parte dos pacientes apresentou alterações fonoarticulatórias mínimas como resultado global, em estudo realizado com 20 pacientes tratados por câncer de orofaringe.

O IDF global não parece ser sensível, visto que a fala teve maioria da classificação excelente e boa com 53,5% e 17,8% respectivamente, inclusive em palato mole e base de língua que geralmente são os mais afetados. Não houve correlação com significância estatística entre as variáveis e os sítios da lesão. Achados semelhantes estão no estudo de DAHER (2013).

Levando em consideração que a somatória de cada domínio pode variar de 0 a 40 pontos e que o escore final é a média dos 3 domínios (emocional, físico e funcional), que pode variar de 0 a 120, e quanto maior o resultado maior a

desvantagem na fala, não foram observados correlação com significância estatística entre os domínios e o sítio da lesão, porém os pacientes com tumor em loja amigdaliana e palato mole apresentaram pior qualidade de vida em fala. Embora sem significância estatística os tumores em estágio avançado (T3 e T4) estão um pouco piores que os tumores em estágio inicial (T1 e T2) quando comparados com o IDF global. Foi analisada a correlação entre estadiamento (T) da doença e a qualidade de vida em fala. Não foram observadas correlações com significância estatística para o grupo (T1 e T2) e nem para o (T3 e T4) quando comparados com IDF nos três domínios, apresentando escore final com média 13,84 e piores resultados no estágio avançado, porém, sem significância estatística. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de SOMMERFELD et al. (2012).

A distribuição do estadiamento clínico não apresenta diferença significativa estatisticamente com relação ao IDF Global. No grupo (I e II) 12 (54%) e no (II e IV) 42 (53,2%) classificaram como excelente a qualidade de vida em fala de uma forma geral, quando somado com 18 (17,8%) dos dois grupos que classificam como boa a qualidade de vida em fala, constata-se que a grande maioria 72 (71,3%) está satisfeita com a qualidade de vida em fala de uma forma global.

Quando comparado estadiamento clínico (I e II) e (III e IV) com IDF (emocional, físico e funcional) observa-se os piores resultados no grupo (III e IV) exceto no domínio funcional, apesar de não ter sido estatisticamente significante. Não apresenta desvantagem na qualidade de vida em fala em nenhum dos domínios quando comparados aos dois grupos de estadiamento clínico. Apresentou escore final com média 13.84, equivalente a desvantagem discreta na qualidade de vida em fala.

Os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico apresentaram melhores resultados com significância estatística para o discurso global. Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico apresentaram melhora na qualidade de vida em fala no domínio físico ($p=0,015$) e escore final ($p=0,016$) com relevância estatística.

Mesmo em estágio clínico inicial os pacientes submetidos ao tratamento não cirúrgico apresentam piores resultados de qualidade de vida em fala no discurso global, sem significância estatística. Os pacientes em estadiamento clínico (I e II) são estatisticamente semelhantes para ambos os tratamentos (cirúrgico e não cirúrgico), porém a qualidade de vida em fala apresenta melhores resultados no grupo cirúrgico, apresentando escore final com média 13,55. A forma de tratamento não demonstra diferença, sendo o tratamento cirúrgico mais favorável também para os pacientes em estágio avançado. Os pacientes com estadiamento clínico avançado, submetidos ao tratamento cirúrgico apresentaram qualidade de vida em fala com desvantagem leve, sendo estatisticamente relevante para o domínio físico ($p=0,038$).

Até o presente estudo não foi encontrado, na literatura, número expressivo de trabalhos que avaliem a qualidade de vida relacionada à fala de pacientes com câncer de orofaringe com questionários específicos que avaliem a qualidade de vida relacionada às alterações de fala. O que se encontra são questionários de qualidade de vida em cabeça e pescoço que apresentam o domínio comunicação avaliando o impacto das alterações da fala sobre a qualidade de vida, afirmação feita, também por BANDEIRA (2008).

A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e

aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte.

O MDADI por meio de um questionário de 20 questões avalia a percepção dos pacientes relacionada à disfagia nos domínios (emocional, funcional e físico) sendo uma pergunta global.

Considerando que o valor do escore máximo é 100 e que esse representa o melhor escore na qualidade de vida relacionada à deglutição, o MDADI apresentou boa média, revelando não ter relação do sítio da lesão com a alteração da deglutição.

A correlação entre o estadiamento (T) e o MDADI apresentou associação estatisticamente significativa para o domínio global ($p=0,041$), revelando qualidade de vida em deglutição com boa funcionalidade, ressaltando que o estágio inicial (T1 e T2) apresentou sempre os melhores resultados. A distribuição do estadiamento clínico (I e II) e (III e IV) não apresenta diferença significativa estatisticamente com relação à qualidade de vida na deglutição, ressaltando que o grupo (I e II) teve os melhores resultados.

Não houve diferença estatística significante quando avaliada a deglutição nos dois grupos de tratamento (cirúrgico e não cirúrgico), ressaltando que os melhores valores foram para o grupo cirúrgico.

Os pacientes em estadiamento clínico inicial (I e II) são estatisticamente semelhantes para ambos os tratamentos (cirúrgico e não cirúrgico), porém a qualidade de vida em deglutição apresenta melhores resultados no grupo cirúrgico, apresentando média do escore total 71,36. Os pacientes em estadiamento clínico avançado (III e IV) são estatisticamente semelhantes para ambos os tratamentos (cirúrgico e não cirúrgico), porém a qualidade de vida em deglutição apresenta

melhores resultados no grupo cirúrgico, apresentando média do escore total 68,29. Mais uma vez, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de BARROS et al. (2006) e DAHER (2013).

Não foram descobertos, na literatura recente, trabalhos que avaliem a qualidade de vida relacionada à voz, fala e deglutição em pacientes com câncer de orofaringe. Os estudos encontrados sobre o tema são anteriores a 2010 e em número reduzido. A utilização de questionário de qualidade de vida relacionada à voz, fala e deglutição para pacientes com câncer de cabeça e pescoço foi encontrada em poucos estudos. A maioria de estudos são para analisar tipo de intervenção e índice de sobrevivência.

O presente estudo possibilitou avaliar a qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição após tratamento de tumores de orofaringe por meio da aplicação de questionários que podem fornecer informações sobre aspectos físicos, pessoais, sociais e psicológicos. Foram utilizados os questionários: Índice de Desvantagem Vocal – IDV 10; Índice de Desvantagem da Fala – IDF e Questionário de Disfagia M.D. Anderson – MDADI.

Da análise dos dados e dos resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que os questionários foram bem aceitos e facilmente respondidos pelos pacientes, sem dificuldade de compreensão dos itens e para preenchimento das alternativas permitindo respostas rápidas.

Foi possível verificar que até o presente estudo são escassos, na literatura, trabalhos que avaliem a qualidade de vida relacionada à fala de pacientes com câncer de orofaringe com questionários específicos para identificar as alterações de fala.

6 CONCLUSÕES

Da análise de qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição, pode-se concluir que pacientes tratados por câncer de orofaringe apresentam:

1. boa qualidade de vida em voz;
2. boa qualidade de vida em fala com IDF Global excelente em mais de 50% dos pacientes.
3. Boa qualidade de vida em deglutição, sendo os domínios funcional e físico os mais pontuados com domínio emocional melhor.
4. Pacientes tratados na modalidade cirúrgico apresentam melhores resultados de qualidade de vida em voz no domínio físico.
5. Pacientes tratados na modalidade não cirúrgico apresentam pior escore na qualidade de vida em fala para o domínio físico e escore global.
6. Pacientes cujo estadiamento clínico foi mais avançado e na modalidade de tratamento não cirúrgico, apresentaram pior qualidade de vida em fala para o domínio físico e escore global.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allal AS, Nicoucar K, Mach N, Dulguerov P. Quality of life in patients with oropharynx carcinomas: assessment after accelerated radiotherapy with or without chemotherapy versus radical surgery and postoperative radiotherapy. **Head Neck** 2003; 25:833-9; discussion 839-40.

Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJ, Maniglia JV, Goloni-Bertollo M. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. **Braz J Otorhinolaryngol** 2008; 74:68-73.

Bandeira AKC, Tomazelli MFGG, Vale-Prodomo LP, et al. Analysis of swallowing after retromolar or oropharynx resection and reconstruction with myocutaneous or microvascular free flaps. **Appl Cancer Res** 2007; 27:23-9.

Bandeira AKC. **Análise funcional e qualidade devida relacionada à voz e à deglutição de pacientes tratados por câncer de orofaringe**. São Paulo; 2008. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Barata LF. **Qualidade de vida e análise funcional de fala e deglutição em pacientes submetidos à ressecção de tumor de palato mole com ou sem reconstrução microcirúrgica**. São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Barros, APB ; Portas, JG ; Queija, DS ; Lehn, CN. Qualidade de vida relacionada à deglutição e índice de desvantagem vocal após tratamento para o câncer oral e de orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço** , v. 35, p. 147-151, 2006.

Bernier J, Domenge C, Ozsahin M, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial 22931. **Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer.** *N Engl J Med* 2004; 350:1945-52.

Borggreven PA, Kuik DJ, Langendijk JA, Doornaert P, de Bree R, Leemans CR. Severe comorbidity negatively influences prognosis in patients with oral and oropharyngeal cancer after surgical treatment with microvascular reconstruction. **Oral Oncol** 2005a; 41:358-64.

Borggreven PA, Verdonck-de Leeuw I, Langendijk JA, et al. Speech outcome after surgical treatment for oral and oropharyngeal cancer: a longitudinal assessment of patients reconstructed by a microvascular flap. **Head Neck** 2005b; 27:785-93.

Borggreven PA, Verdonck-de Leeuw I, Rinkel RN, et al. Swallowing after major surgery of the oral cavity or oropharynx: a prospective and longitudinal assessment of patients treated by microvascular soft tissue reconstruction. **Head Neck** 2007; 29:638-47.

Boseley ME, Hartnick CJ. Assessing the outcome of surgery to correct velopharyngeal insufficiency with the pediatric voice outcomes survey. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol** 2004; 68:1429-33.

Boyle J, Patel S, Shah JP. Management of oral and oropharyngeal cancers. **Oral Dis** 2003; 9:109-11.

Bressmann T, Sader R, Whitehill TL, Samman N. Consonant intelligibility and tongue motility in patients with partial glossectomy. **J Oral Maxillofac Surg** 2004; 62:298-303.

Brown JS, Zuydam AC, Jones DC, Rogers SN, Vaughan ED. Functional outcome in soft palate reconstruction using a radial forearm free flap in conjunction with a superiorly based pharyngeal flap. **Head Neck** 1997; 19:524-34.

Brown JS, Rogers SN, Lowe D. A comparison of tongue and soft palate squamous cell carcinoma treated by primary surgery in terms of survival and quality of life outcomes. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2006; 35:208-14.

Buckwalter AE, Karnell LH, Smith RB, Christensen AJ, Funk GF. Patient-reported factors associated with discontinuing employment following head and neck cancer treatment. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2007; 133:464-70.

Carrara-de Angelis E, Mourão LF, Furia CLB. Avaliação e tratamento das disfagias após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Editora Lovise; 2000. p.155-62.

Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and madfacial defects. **Plast Reconstr Surg** 2000; 105:2331-48.

Costa T, Oliveira G, Behlau M. Validation of the Voice Handicap Index: 10 (VHI-10) to the Brazilian Portuguese. **CoDAS** 2013; 25:482-85.

Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M.D. Anderson dysphagia inventory. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2001; 127:870-6.

Colangelo LA, Logemann JA, Pauloski BR, Pelzer JR, Rademaker AW. T stage and functional outcome in oral and oropharyngeal cancer patients. **Head Neck** 1996; 18:259-68.

Daher JL. **Análise da qualidade de vida, voz e deglutição no paciente com câncer de cabeça e pescoço pré e pós tratamento oncológico**. Barretos; 2013. [Dissertação de Mestrado-Fundação Pio XII]. Disponível em: <URL:<https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/dissertacao.juliana.levy.pdf>> [2016 jan 16].

Denis F, Garaud P, Bardet E, et al. Final results of the 94-01 French Head and Neck Oncology and Radiotherapy Group randomized trial comparing radiotherapy alone with concomitant radiochemotherapy in advanced-stage oropharynx carcinoma. **J Clin Oncol** 2004; 22:69-76.

Denittis AS, Machtay M, Rosenthal DI, et al. Advanced oropharyngeal carcinoma treated with surgery and radiotherapy: oncologic outcome and functional assessment. **Am J Otolaryngol** 2001; 22:329-35.

Dziegielewski PT, Teknos TN, Durmus K, et al. Transoral robotic surgery for oropharyngeal cancer long-term quality of life and functional outcomes. **JAMA Otolaryngol Head Neck Surg** 2013; 139:1099-108.

Engelen L, van der Bilt A, Bosman F. Relationship between oral sensitivity and masticatory performance. **J Dent Res** 2004; 83:388-92.

Funk GF, Karnell LH, Christensen AJ. Long-term health-related quality of life in survivors of head and neck cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2012; 138:123-33..

Furia CLB. **Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo: estudo multicêntrico**. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado-Universidade de São Paulo].

Furness S, Glenny AM, Worthington HV, et al. Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. **Cochrane Database Syst Rev** 2011; (4):CD006386.

Gay T, Rendell JK, Spiro J. Oral and laryngeal muscle coordination during swallowing. **Laryngoscope** 1994; 104:341-9.

Gaziano JE. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. **Cancer Control** 2002; 9:400-9.

Gillespie MB, Brodsky MB, Day TA, Sharma AK, Lee FS, Martin-Harris B. Laryngeal penetration and aspiration during swallowing after the treatment of advanced oropharyngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2005; 131:615-9.

Graff P, Lapeyere M, Desandes E, et al. Impact of intensity-modulated radiotherapy on health-related quality of life for head and neck cancer patients: matched-pair comparison with conventional radiotherapy. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2007; 67:1309-17.

Guedes RLV. **Validação e aplicação do questionário de disfagia M.D. Anderson (MDADI) em pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço.** São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Hammerlid E, Taft C. Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. **Br J Cancer** 2001; 84:149-56.

Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voicerelated quality of life (V-RQOL). **J Voice** 1999; 13:557-69.

Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, et al. The voice handicap index (VHI): development and validation. **Am J Speech Lang Pathol** 1997; 6:66-70.

Kildal M, Wei FC, Chang YM. Free vascularized bone grafts for reconstruction of traumatic bony defects of mandible and maxilla. **World J Surg** 2001; 25:1067-74.

Kimata Y, Uchiyama K, Sakuraba M, et al. Velopharyngeal function after microsurgical reconstruction of lateral and superior oropharyngeal defects. **Laryngoscope** 2002; 12:1037-42.

Kluthcovsky A, Kluthcovsky F. O Whoqol-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática [periódico on-line]. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul** 2009; 31(3). Disponível em: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>> 92016 abr 12]

Kluthcovsky A, Takayanagui AM. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Rev Salus** 2010; 1:13-5.

Kowalski LP, Bagietto R, Lara JR, Santos RL, Silva JF Jr, Magrin J. Prognostic significance of the distribution of neck node metastasis from oral carcinoma. **Head Neck** 2000; 22:207-14.

Lazarus CL, Logemann JA, Pauloski BR, et al. Swallowing and tongue function following treatment for oral and oropharyngeal cancer. **J Speech Lang Hear Res** 2000; 43:1011-23.

Logemann JA, Smith CH, Pauloski BR, et al. Effects of xerostomia on perception and performance of swallow function. **Head Neck** 2001; 23:317-21.

Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, et al. Xerostomia: 12-month changes in saliva production and its relationship to perception and performance of swallow function, oral intake, and diet after chemoradiation. **Head Neck** 2003; 25:432-7.

Magrin J, Kowalski LP. Carcinoma da orofaringe. In Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia**. 2ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002.411-16.

Mariani PB, Kowalski LP, Magrin J. Reconstruction of large defects postmandibulectomy for oral cancer using plates and myocutaneous flaps: a long term follow up. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2006; 35:427-32.

Markkanen-Leppänen M, Isotalo E, Mäkitie AA, et al. Changes in articulatory proficiency following microvascular reconstruction in oral or oropharyngeal cancer. **Oral Oncol** 2006; 42:646-52.

McHorney CA, Bricker DE, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. **Dysphagia** 2000a; 15:115-21.

McHorney CA, Bricker DE, Robbins J, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell KA. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. **Dysphagia** 2000b; 15:122-33.

McHorney CA, Robbins J, Lomax K, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults:III. Documentation of reliability and validity. **Dysphagia** 2002; 17:97-114.

Meyer TK, Kuhn JC, Campbell BH, Marbella AM, Myers KB, Layde PM. Speech intelligibility and quality of life in head and neck cancer survivors. **Laryngoscope** 2004; 114:1977-81.

Myers C, Kerr P, Cooke A, Bammeke F, Butler J, Lambert P. Functional outcomes after treatment of advanced oropharyngeal carcinoma with radiation or chemoradiation. **J Otolaryngol-Head Neck Surg** 2012; 41:108-18.

Michi K. Functional evaluation of cancer surgery in oral and maxillofacial region: speech function. **Int J Clin Oncol** 2003; 8:1-17.

Millsopp L, Brandom L, Humphris G, Lowe D, Stat C, Rogers S. Facial appearance after operations for oral and oropharyngeal cancer: a comparison of casenotes and patient-completed questionnaire. **Br J Oral Maxillofac Surg** 2006; 44:358-63.

Minayo MCS; Hartz ZMA; Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5:7-18.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Modesto SEF, Costa CL. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença oncológica. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zeni LL, editores. **Psico-oncologia em discussão**. São Paulo: Lemar; 2009, p.201-22.

Moerman M, Vermeersch H, Van Lierde K, Fahimi H, Van Cauwenberge P. Refinement of the free radial forearm flap reconstructive technique after resection of large oropharyngeal malignancies with excellent functional results. **Head Neck** 2003; 25:772-7.

Morton RP, Izzard ME. Quality-of-life outcomes in head and neck cancer patients. **World J Surg** 2003; 27:884-9.

Mowry SE, Ho A, LoTempio MM, Sadeghi A, Blackwell KE, Wang MB. Quality of life in advanced oropharyngeal carcinoma after chemoradiation versus surgery and radiation. **Laryngoscope** 2006a; 116:1589-93.

Mowry SE, LoTempio MM, Sadeghi A, Wang KH, Wang MB. Quality of life outcomes in laryngeal and oropharyngeal cancer patients after chemoradiation. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2006b; 135:565-70.

Murphy BA, Ridner S, Wells N, Dietrich M. Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. **Crit Rev Oncol Hematol** 2007; 62:251-67.

Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, et al. Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head and neck cancer. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2005; 61:772-8.

Pauloski BR, Logemann JA, Colangelo LA, et al. Surgical variables affecting speech in treated patients with oral and oropharyngeal cancer. **Laryngoscope** 1998a; 108:908-16.

Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Colangelo LA. Speech and swallowing in irradiated and nonirradiated postsurgical oral cancer patients. **Otolaryngol Head Neck Surg** 1998b; 118:616-24.

Pauloski BR, Logemann JA. Impact of tongue base and posterior pharyngeal wall biomechanics on pharyngeal clearance in irradiated postsurgical oral and oropharyngeal cancer patients. **Head Neck** 2000; 22:120-31.

Palmer JL, Fisch MJ. Association between symptom distress and survival in outpatients seen in a palliative care cancer center. **J Pain Symptom Manage** 2005; 29:565-71.

Preuss SF, Dinh V, Klussmann JP, Semrau R, Mueller RP, Guntinas-Lichius O. Outcome of multimodal treatment for oropharyngeal carcinoma: a single institution experience. **Oral Oncol** 2007; 43:402-7.

Rinkel RN, Verdonck-de Leeuw IM, van Reij EJ, Aaronso NK, Leemans CR. Speech Handicap Index with oral and pharyngeal cancer: better understanding of patients' complaint. **Head Neck** 2008; 30:868-74.

Rogers SN, Lowe D, Yueh B, Weymuller JR. The Physical Function And SocialEmotional Function Subscales Of The University Of Washington Quality Of Life Questionnaire. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2010; 136:352-7.

Rogers SN, Hogg ES, Cheung WKA, Lai LKL, Jassal P, Lowe D. The use of health related quality of life data to produce information sheets for patients with head and neck cancer. **Ann R Coll Surg Engl** 2015; 97: 359–363.

Rowe MR, D'Antonio LL. Velopharyngeal dysfunction: evolving developments in evaluation. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg** 2005; 13:366-70.

Sakuraba M, Kimata Y, Ota Y, et al. Simple maxillary reconstruction using free tissue transfer and prostheses. **Plast Reconstr Surg** 2003; 111:594-600.

Sanabria A, Domenge C, D'Cruz A, Kowalski LP. Organ preservation protocols in developing countries. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg** 2010; 18:83-8.

Seikaly H, Rieger J, Wolfaardt J, Moysa G, Harris J, Jha N. Functional outcomes after primary oropharyngeal cancer resection and reconstruction with the radial forearm free flap. **Laryngoscope** 2003; 113:897-904.

Siqueira MMM, Padovam VAR. Bases teóricas de bem estar subjetivo, bem estar psicológico e bem estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 2008; 24:201-20 2008.

Sommerfeld CV, Andrade MGG, Santiago SM, et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço** 2012; 41:172-7.

Souza DHB. **Validação dos questionários “Speech Handicap Index” e “Dysphagia Handicap Index” para o português – Brasil**. São Paulo; 2014. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Terrel JE, Fisher SG, Wolf, GT. Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1998; 124: 964-71.

Teunissen S, de Graeff A, de Haes H, Voest E. Prognostic significance of symptoms of hospitalized advanced cancer patients. **Eur J Cancer** 2006; 42:2510-6.

Thomas L, Jones TM, Tandon S, Katre C, Lowe D, Rogers SN. An evaluation of the University of Washington Quality of Life swallowing domain following oropharyngeal cancer. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2008; 265 Suppl 1:S29-37.

Tomasich FDS, Oliveira BV, Sassi LM et al. Câncer da boca – 10 anos de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner. BCI. **Rev Bras Cir Implant** 2003; 1:37-42.

Tschudi D, Stoeckli S, Schmid S. Quality of life after different treatment modalities for carcinoma of the oropharynx. **Laryngoscope** 2003; 113:1949-54.

Tsue TT, Desyatnikova SS, Deleyiannis FWB, et al. Comparison of cost and function in reconstruction of the posterior oral cavity and oropharynx. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1997; 123:731-7.

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

Vartanian JG, Carvalho AL, Furia CLB, et al. Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço** 2007; 36:108-15.

Verdonck-de Leeuw IM, Eerenstein SE, Van der Linden MH, Kuik DJ, de Bree R, Leemans CR. Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. **Laryngoscope** 2007; 117:238-41.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag. 1994. p.41-57.

The WHOQOL Group. What is quality of life? **World Health Forum** 1996; 17:354-6.

Zuydam AC, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED, Rogers SN. Predictors of speech and swallowing function following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. **Clin Otolaryngol** 2005; 30:428:37.

Anexo 1 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



**A.C. Camargo
Cancer Center**

**Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP**

São Paulo, 26 de junho de 2014.

A

Dra. Elisabete Carrara-de Angelis.

Aluna: Rita de Cássia de Araújo Almeida (Mestrado).

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1895/14

“Qualidade de vida em voz, fala e deglutição em pacientes tratados de tumor em orofaringe”.

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 24/06/2014, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 27/05/2014, aprovaram a realização do projeto (datado de 09 de junho de 2014), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão 2) e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com 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 Ciência e Comprometimento do Departamento de Fonoaudiologia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Fonoaudiologia;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia;
- Orçamento Financeiro Detalhado;
- Cronograma do estudo.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).

Atenciosamente,


Dr. Jefferson Luiz Gross

1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

Anexo 2 – Questionário – Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10)

ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL 10 (IDV-10), VERSÃO EM PORTUGUÊS
BRASILEIRO (COSTA et al. 2013)

As afirmações abaixo são usadas por muitas pessoas para descrever suas vozes e o efeito de suas vozes na vida. Circule a resposta que indica o quanto você compartilha da mesma experiência.

0 = nunca

1 = quase nunca

2 = às vezes

3 = quase sempre

4 = sempre

1.	As pessoas têm dificuldade para me ouvir por causa da minha voz.	0	1	2	3	4
2.	As pessoas têm dificuldade para me entender em lugares barulhentos.	0	1	2	3	4
3.	As pessoas perguntam: "O que você tem na voz?"	0	1	2	3	4
4.	Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair.	0	1	2	3	4
5.	Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal.	0	1	2	3	4
6.	Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.	0	1	2	3	4
7.	Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.	0	1	2	3	4
8.	Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.	0	1	2	3	4
9.	Meu problema de voz me chateia.	0	1	2	3	4
10.	Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem.	0	1	2	3	4
Total = _____ Pontos						

Anexo 3 – Questionário - Questionário de Índice de Desvantagem da Fala IDF

**ÍNDICE DE DESVANTAGEM DA FALA (IDF), VERSÃO EM PORTUGUÊS
BRASILEIRO.**

(SOUZA 2014)

Data: ____/____/____

Nome: _____

RGH: _____

Existem algumas declarações que muitas pessoas podem ter utilizado para descrever sua fala e o efeito desta em suas vidas. Por favor, marque a resposta que indica com qual frequência você teve tal experiência.

Por favor, marque um X no espaço que descreve a sua dificuldade em falar.

1. Minha fala faz com que as pessoas tenham dificuldade em me compreender.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

2. Eu fico sem ar quando eu falo.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

3. A inteligibilidade de minha fala varia durante o dia.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

4. Minha fala me faz sentir incompetente (estava correto)

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

5. As pessoas me perguntam porque é difícil me entender.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

6. Fico chateado quando as pessoas me pedem para repetir.(estava correto)

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

7. Eu evito usa o telefone.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

8. Eu fico tenso quando fala com outras pessoas por causa da minha fala.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

9. Minha dicção não é clara. ☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐

Quase sempre ☐ Sempre

10. As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
11. Eu costumo evitar grupos de pessoas por causa da minha fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
12. As pessoas parecem irritadas com minha fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
13. As pessoas me pedem para repetir quando converso frente à frente.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
14. Eu converso menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
15. Eu sinto que tenho que me esforçar para falar.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
16. Eu acho que as outras pessoas não entendem o meu problema de fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
17. Minha dificuldade para falar restringe minha vida pessoal e social.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
18. Minha inteligibilidade de fala é imprevisível.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
19. Eu me sinto fora das conversas por causa da minha fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
20. Eu faço um grande esforço para falar.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
21. Minha fala é pior à noite.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
22. Meu problema para falar diminui meu rendimento financeiro.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
23. Eu tento mudar minha fala para ela soar diferente. ☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
24. Meu problema na fala me deixa triste.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre
25. Eu sou menos sociável devido ao meu problema na fala.
☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

26. Minha família tem dificuldade de me entender quando eu chamo por eles em casa.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

27. Minha fala faz com que eu me sinta incapacitado.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

28. Eu tenho dificuldades de continuar uma conversa por causa da minha fala.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

29. Eu me sinto envergonhado quando as pessoas me pedem para repetir.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

30. Eu tenho vergonha do meu problema para falar.

☐ Nunca ☐ Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

Como você classifica sua fala neste momento? (por favor, circule a resposta correta)

Excelente Boa Regular Ruim

Anexo 4 – Questionário – The M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)

THE M.D. ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY (MDADI), VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO.

(GUEDES 2010)

Nome: _____ RGH: _____

Data: _____

Este questionário pergunta sobre a habilidade de engolir (deglutir). Estas informações irão nos auxiliar a entender como você se sente em relação à sua deglutição.

As questões que seguem foram preparadas por pessoas que têm problema com sua deglutição. Alguns dos itens podem ser relevantes para você.

Por favor, leia cada questão e marque a resposta que melhor reflete sua experiência na última semana.

Minha capacidade de deglutição limita minhas atividades diárias

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E2. Eu tenho vergonha dos meus hábitos alimentares

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

F1. As pessoas têm dificuldade de cozinhar para mim

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P2. É mais difícil engolir no fim do dia

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E7. Sinto-me inseguro quando me alimento

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E4. Eu estou triste pelo meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P6. Deglutir é um grande esforço

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E5. Deixo de sair de casa por causa do meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

F5. Meu problema de deglutição tem me causado perda de rendimentos financeiros

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P7. Eu levo mais tempo pra comer por causa do meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P3. As pessoas me perguntam, “Porque você não pode comer isto?”

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E3. Outras pessoas se irritam por causa do meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P8. Eu tenho tosse quando eu tento beber líquidos

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

F3. Meus problemas de deglutição atrapalham minha vida pessoal e social

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

F2. Eu me sinto à vontade para sair pra comer com meus amigos, vizinhos e parentes

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P5. Eu limito minha alimentação por causa da minha dificuldade de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P1. Perco peso devido ao meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

E6. Eu tenho baixa auto-estima por causa do meu problema de deglutição

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

P4. Eu sinto que estou conseguindo deglutir uma grande quantidade de alimentos

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente

F4. Eu me sinto isolado por causa dos meus hábitos de alimentação

() Concordo totalmente () Concordo () Sem opinião () Discordo () Discordo totalmente.

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Qualidade de Vida em Voz, Fala e Deglutição em pacientes tratados de tumor em orofaringe.

Convidamos você a participar de um estudo que pretende conhecer a visão do paciente que apresenta dificuldade para falar e para engolir (deglutir), com relação à sua qualidade de vida. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida específica em voz, fala e deglutição após tratamento de tumores de orofaringe.

A participação neste estudo é completamente voluntária. Você terá tempo suficiente para decidir se quer participar ou não. Se concordar em participar deste estudo, o pesquisador pedirá o seu consentimento por escrito. Então, você será convidado a preencher 3 questionários que avaliarão a sua interpretação sobre a sua qualidade de vida relacionada à voz, fala e deglutição.

Aplicação dos Protocolos

Se você decidir participar do estudo, você receberá 3 questionários sobre qualidade de vida: Questionário de Voz – IDV-10, Questionário de Fala – IDF e de Disfagia – M.D. Anderson, que avaliam qualidade de vida na voz, fala e na deglutição. A duração estimada para a aplicação destes protocolos é de aproximadamente 30 minutos.

Benefícios e riscos potenciais do estudo: os benefícios potenciais obtidos com este estudo incluem a possibilidade de aquisição de informações que poderão resultar em maior conhecimento sobre as opiniões e queixas dos pacientes, valorizando assim o paciente no seu processo de reabilitação. Será possível conhecermos, para minimizarmos o real impacto da alteração da deglutição na sua qualidade de vida. Este estudo também poderá trazer benefícios futuros para outros pacientes com dificuldades na fala e na deglutição após o tratamento do câncer. Não há qualquer risco esperado na realização deste estudo.

Descontinuação do estudo: Sua participação neste estudo é completamente voluntária e você é livre para descontinuar do estudo a qualquer momento, sem que isto afete a qualidade do tratamento oferecido por seu médico. Você não precisará dizer por que deseja desligar-se do estudo, porém deverá informar ao entrevistador da sua decisão.

Registro dos Pacientes: Se você participar do estudo, seus registros precisarão ficar disponíveis para o Pesquisador, as autoridades regulatórias e sanitárias pertinentes ou poderão ser publicados com fins científicos, porém sua identidade permanecerá confidencial.

Dúvidas: Se qualquer problema ou pergunta surgirem a respeito do estudo, quanto a seus direitos como participante de uma pesquisa clínica ou a respeito de qualquer dano relacionado à pesquisa, você deverá entrar em contato com: Fg^a Ricássia Almeida Cel. (85) 98603.1169 ou (11) 2189-5124. Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com 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.”

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu, _____, RG _____, li e entendi este folheto de informações ao paciente e formulário de consentimento composto de 2 páginas. Concordo voluntariamente em participar do estudo acima. Entendo que mesmo após ter assinado o formulário de consentimento, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem dizer o motivo, e sem detrimento ao meu tratamento presente ou futuro pelo médico. Recebi uma via deste folheto de informações ao paciente e formulário de consentimento para levar comigo.

Data: ____/____/____

Assinatura:

Investigador:

Apêndice 2 – Ficha de Registro de Dados

Nome: _____

RGH: _____

Sexo: (1) M ☐ (2) F ☐ ☐

Idade: _____ ☐☐

Grau de Escolaridade: (0) analfabeto (1) 1º grau incompleto (2) 1º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 2º grau completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo ☐

Trabalha atualmente:

(0) Não (1) Sim ☐ Profissão: _____

TRATAMENTO REALIZADO

I) Diagnóstico Médico: _____ CID: _____

Data do diagnóstico: _____

II) Câncer de Cabeça e Pescoço Estadiamento:

(0) T0 (1) T1 (2) T2 (3) T3 (4) T4 (5) Tx ☐

(0) N0 (1) N1 (2) N2 (3) N3 (4) Nx ☐

(1) M0 (2) M1 (3) Mx ☐

Sítio da Lesão Primária: (1) Palato mole (2) Valécula (3) Loja amigdaliana

(4) Base de língua (5) outros _____ ☐

III) Tratamento: (1) Cirurgia (2) CX + RT adjuvante (3) CX+RT+QT adjuvante

(4) QT + RT ☐ (5) RT ☐

Reconstrução (0) Não (1) Sim ☐

Esvaziamento (0) Não (1) Sim ☐

(1) Ipsi (2) Contra ☐

IV) Fonoterapia: Diagnóstico Fonoaudiológico: (1) disfagia oral (2) disfagia faríngea
(3) disfagia orofaríngea ☐ (1) Discreta (2) Discreta/Moderada (3) Moderada (4)
Moderada/Grave (5) Grave ☐

Fez Fonoterapia: (0) Não (1) Sim (2)

Em fonoterapia ☐ Tempo: (1) > 3 meses (2) < 3 meses ☐

Sonda: Data: Início:

Data: Término:

Traqueostomia:

Data: Início:

Data Término:

V) Evolução do quadro pulmonar:

Pneumonia / BCP ☐ (1) Sim (2) Não

Antibiótico ☐ (1) Sim (2) Não

Motivo

Aumento de Tosse ☐ (1) Sim (2) Não

Aumento de Secreção ☐ (1) Sim (2) Não

Dispnéia ☐ (1) Sim (2) Não