

**ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE
VIDA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
DE PACIENTES COM DISFONIA DECORRENTE
OU NÃO DO CÂNCER DE LARINGE**

MONICA CAIAFA BRETAS

**Tese apresentada à Fundação Antônio Prudente
para obtenção do título de Doutora em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Elisabete Carrara-de Angelis

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Bretas, Monica Caiafa

Análise comparativa da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de indivíduos com disfonia decorrente ou não do câncer de laringe / Monica Caiafa Bretas – São Paulo, 2011.

102p.

Tese (doutorado)-Fundação Antônio Prudente.

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

Orientadora: Elisabete Carrara-de Angelis

Descritores: 1. NEOPLASIAS LARÍNGEAS. 2. QUALIDADE DE VIDA. 3. DISFONIA/etiologia. 4. VOZ. 5. ESTRESSE PSICOLÓGICO.

“É imoral pretender que uma coisa desejada se realize magicamente, simplesmente porque a desejamos. Só é moral o desejo acompanhado da severa vontade de prover os meios da sua execução.”

José Ortega y Gasset

"Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar."

Anatole France

DEDICATÓRIA

Ao Ricardo, meu amor, pelo carinho, apoio e paciência. Por me ajudar a enxergar a vida de uma melhor maneira e estimular, a cada dia, a minha busca pelo crescimento

Aos meus pais, Ana e Cláudio, pelos valores e princípios que me passaram; por tornarem possível minha formação acadêmica e profissional. Pela paciência e amor incondicional

Às minhas irmãs Marina e Patrícia, pelo amor, carinho, torcida e vibração em todos os momentos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que colaboraram para concretização deste estudo, e em especial:

A Deus

Aos **pacientes** do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital AC Camargo e do Ambulatório de Voz da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, por terem participado deste estudo.

À **Dra. Elisabete Carrara-de Angelis**, verdadeira mestre, pesquisadora exemplar, terapeuta primorosa.

Ao **Dr Luiz Fernando Lima Reis** por todo apoio e incentivo desde o início da minha pós-graduação

À **Dra Renata Azevedo** pela colaboração e apoio para que esta pesquisa pudesse ser realizada

Às fonoaudiólogas **Luciana DallAgnol, Mariana Saconato, Liziane Coutinho**, pela ajuda na coleta dos dados deste estudo.

À **Dra. Mara Suzana Behlau, Dr Onivaldo Cervantes, Dr A**

Aos funcionários do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital AC Camargo.

À **Pós-Graduação** da Fundação Antônio Prudente: à **Ana Maria Kuninare e à Luciana Pintobeira** por terem sido sempre carinhosas e solícitas, respondendo sempre aos meus questionamentos.

À **Suely** pelo auxílio durante a pesquisa, por me ensinar

À fonoaudióloga **Irene de Pedro Netto**

Às fonoaudiólogas e amigas **Tatiana DelDebbio Vilanova e Letícia Cintra**

Às fonoaudiólogas **Luciana Passuelo do Vale-Prodromo e Simone Claudino**

Às fonoaudiólogas **Aline e Camila Barcelos**

À fonoaudióloga **Ana Paula Brandão Barros** por todo apoio e incentivo no início da pesquisa

RESUMO

Bretas MC. **Análise comparativa da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de indivíduos com disfonia decorrente ou não do câncer de laringe.** São Paulo; 2011. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Objetivo: Comparar qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à voz e estratégias de enfrentamento de pacientes com disfonias de base comportamental com pacientes com disfonias decorrentes do tratamento do câncer de laringe e analisar o impacto das variáveis demográficas na qualidade de vida e nas estratégias de enfrentamento de ambos os grupos. **Métodos:** estudo multiinstitucional, de coorte transversal, em indivíduos com disfonia por câncer de laringe e indivíduos com disfonia de base comportamental em relação à qualidade de vida geral – SF-36, qualidade de vida em voz - *V-RQOL* (QVV) e estratégias de enfrentamento – *Coping*. **Resultados:** Foram avaliados 213 sujeitos, dos quais 109 com disfonia decorrente do câncer e 104 com disfonia de base comportamental. O impacto da disfonia na qualidade de vida dos indivíduos foi de grau leve e todas as estratégias de enfrentamento foram utilizadas por ambos os grupos. Devido à heterogeneidade da amostra, realizou-se a análise de regressão linear múltipla para verificar a influência das variáveis na qualidade de vida e no enfrentamento. Isolando as variáveis demográficas, observou-se diferenças entre os dois grupos estudados somente em relação ao domínio sócio-emocional do questionário *V-RQOL*. **Conclusão:** Pacientes com disfonias decorrentes do tratamento do câncer de laringe e pacientes com disfonias de base comportamental apresentam qualidade de vida e enfrentamento semelhantes. Pacientes com disfonia de base comportamental apresentam pior qualidade de vida relacionada à voz no domínio sócio-emocional. Idade, gênero, consumo de cigarro e álcool, escolaridade, estado civil e trabalho interferem na qualidade de vida geral e nas estratégias de enfrentamento de ambos os grupos. Dentre as variáveis demográficas analisadas, somente o etilismo interfere na qualidade de vida relacionada à voz.

SUMMARY

Bretas MC. [Quality of life and coping strategies in cancer and behavioral dysphonia]. São Paulo; 2011. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Objective: To compare quality of life, quality of life related to voice and coping strategies of patients with behavioral dysphonia and patients with dysphonia resulting from the treatment of laryngeal cancer and analyze the impact of demographic variables on quality of life and coping strategies. **Methods:** A multi-institutional study, cross-sectional cohort, with dysphonia and laryngeal cancer patients and behavioral dysphonia patients related to quality of life, voice related quality of life V-RQOL and coping strategies. **Results:** We studied 213 subjects, 109 with dysphonia due to cancer and 104 with behavioral dysphonia. The impact of dysphonia on quality of life of individuals was mild and all coping strategies were used by both groups. Due to the heterogeneity of the sample was held on multiple linear regression analysis to ascertain the influence of variables on the quality of life and coping. By isolating demographic variables, there were differences between the two groups only in relation to socio-emotional domain of the V-RQOL questionnaire. **Conclusion:** Quality of life and coping strategies of patients with dysphonia due to laryngeal cancer and patients with behavioral dysphonia are similar. Patients with behavioral dysphonia have lower quality of life related to voice in the emotional domain. Age, gender, smoking and alcohol, education, marital and work interfere with the overall quality of life and in coping strategies of both groups. Among the demographic variables analyzed, only the alcohol interferes with the quality of life related to voice.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto às variáveis demográficas, clínicas e cirúrgicas.....	39
Tabela 2	Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto aos domínios do questionário genérico de qualidade de vida SF-36.....	41
Tabela 3	Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto aos domínios do questionário de qualidade de vida em voz – <i>V-RQOL (QVV)</i>	42
Tabela 4	Escores relativos referentes à distribuição da frequência de utilização das estratégias de enfrentamento nos dois grupos pelos fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.....	43
Tabela 5	Distribuição do número de respostas no questionário de estratégias de enfrentamento – <i>Coping</i> – por fatores confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.....	45
Tabela 6	Coefficientes do modelo de regressão para o questionário de qualidade de vida <i>SF-36</i>	50
Tabela 7	Coefficientes do modelo de regressão para o questionário de qualidade de vida em voz <i>V-RQOL (QVV)</i>	53
Tabela 8	Coefficientes dos modelos de regressão para o questionário de estratégias de enfrentamento.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categoria mais utilizada referente à frequência de utilização das estratégias de enfrentamento baseada na análise dos escores relativos.....	46
Quadro 2	Quadro-resumo da influencia das variáveis demográficas no SF-36, V-RQOL, e Estratégias de enfrentamento, apos análise de regressão linear múltipla.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

AEM	Alteração estrutural mínima
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire
EORTC HN35	European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and neck Module
G1	Grupo de pacientes com disfonia por câncer de laringe
G2	Grupo com disfonia de base comportamental
QVV	Qualidade de vida em voz
QT	Quimioterapia
RXT	Radioterapia
SF-36	<i>Short form 36</i> – Versão reduzida – 36
VDCQ	Voice Disability Coping Questionnaire
VHI	Voice Handicap Índice
V-RQOL	Voice Related Quality of Life
UWQOL	University of Washington Quality of Life
WHO	Organização Mundial de Saúde - World Health Organization

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivo Geral.....	6
2.2	Objetivo Específico.....	6
3	REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1	Qualidade de vida.....	7
3.1.1	Qualidade de vida geral.....	7
3.1.2	Qualidade de vida em voz.....	13
3.2	Estratégias de Enfrentamento-Coping	21
3.2.1	Estratégias de Enfrentamento e câncer de cabeça e pescoço	28
3.2.2	Estratégias de Enfrentamento e voz	30
4	MÉTODOS	32
4.1	População de Estudo	32
4.2	Avaliação Qualidade de Vida, Voz e Estratégias de Enfrentamento.....	33
4.2.1	Avaliação de qualidade de vida geral	34
4.2.2	Avaliação das estratégias de enfrentamento	35
4.3	Análise Estatística	36
4.4	Considerações Éticas.....	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Caracterização dos grupos	38
5.2	Avaliação de qualidade de vida	40
5.2.1	Avaliação de qualidade de vida geral	40
5.2.2	Avaliação de qualidade de vida relacionada á voz	41
5.3	Avaliação das estratégias de enfrentamento	42
5.4	Análise de regressão linear múltiplo.....	46
5.4.1	Avaliação de qualidade de vida	47
5.4.2	Estratégias de Enfrentamento-Coping	54

6	DISCUSSÃO.....	61
6.1	Qualidade de vida.....	67
6.1.1	Avaliação de qualidade de vida geral	67
6.1.2.	Avaliação de qualidade de vida relacionada á voz	73
6.2	Avaliação das estratégias de enfrentamento	78
7	CONCLUSÕES	87
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação dos Comitês de Ética

Anexo 2 Ficha de registro de dados

Anexo 3 Questionário de Qualidade de Vida – SF-36

Anexo 4 Questionário de Qualidade de Vida em Voz - QVV

Anexo 5 Inventario de Estratégias de *Coping*

Anexo 6 Descrição das Formas de enfrentamento

Anexo 7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 8 Publicação em anais do Congresso Internacional IALP

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde como um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, mentais e sociais (WHO 1971; ORLEY 2010). A voz, além de ser um instrumento de suma importância na comunicação, deve ser considerada também como um indicador de saúde ou doença (ARONSON 2009). Os distúrbios da comunicação podem acarretar impactos psicológicos e sociais que afetam a qualidade de vida. Contudo, frequentemente estes não são reconhecidos, diagnosticados e às vezes, cuidados.

Há um crescente interesse de clínicos e pesquisadores no estudo da qualidade de vida, cuja avaliação é basicamente realizada por meio de questionários que abordam aspectos físicos, funcionais e emocionais.

Nos últimos anos, ocorreram avanços consideráveis na avaliação dos parâmetros fisiológicos de voz e suas alterações em casos de seqüelas do câncer e seu tratamento, lesões benignas ou abuso e mau uso vocal, assim como no desenvolvimento de técnicas de intervenção. O valor destes avanços, entretanto, têm sido compreendidos parcialmente, por refletirem essencialmente resultados fisiológicos, com análises baseadas no clínico.

ARONSON (2009) ressalta, na avaliação dos distúrbios da voz, a distinção entre sinal e sintoma. Enquanto o sinal é a manifestação física da doença, o sintoma engloba as queixas do indivíduo com alteração vocal, desconforto ou dor durante a fonação. Assim, o sintoma é a interpretação subjetiva que o paciente faz do sinal.

Medidas objetivas de voz e avaliações laringológicas, realizadas por médicos e fonoaudiólogos, não são suficientes para avaliar o nível de inabilidade ou de limitação - dificuldade social, profissional, econômica ou ambiental devido a um defeito ou incapacidade, em decorrência de um transtorno vocal experimentado por qualquer indivíduo, pois mantém o foco somente no sinal, não valorizando o sintoma (BENNINGER et al. 1998).

Freqüentemente pacientes com mesmo diagnóstico e submetidos ao mesmo tratamento apresentam resultados completamente diferentes, inclusive na avaliação da qualidade de vida (HASSAN e WEYMULLER 1993; DELLEYIANNIS et al. 1998; RELIC et al. 2001; KANDOGAN e SANAL 2005).

Uma alteração vocal considerada discreta por um fonoaudiólogo ou um médico pode causar um impacto considerável na vida de um paciente, levando-o a um grande sofrimento. Por outro lado, sujeitos com diagnósticos graves e prognósticos reservados podem mostrar uma atitude extremamente positiva diante da situação (RELIC et al. 2001).

O desafio atual é compreender todos os avanços, associados ao impacto das limitações de voz na saúde, funções e qualidade de vida, sob a perspectiva do paciente, compreender o que o indivíduo considera como problema e suas prioridades após o tratamento. Os questionários de qualidade de vida são instrumentos importantes para a avaliação dos resultados das várias modalidades de tratamento.

Acompanhando o crescente interesse de clínicos e pesquisadores no estudo da qualidade de vida, cuja avaliação é basicamente realizada por meio de questionários que abordam aspectos físicos, funcionais e emocionais, na clínica vocal cada vez

mais tem-se dado importância ao papel da voz no auto-conceito de um indivíduo, na capacidade deste em gerenciar, lidar ou até compensar um distúrbio vocal (HARWOOD e RAWLINSON 1983; ARONSON, 1990; MCHUGH-MUNIER, 1997; EPSTEIN, 1998; DEARY 2003; JONG 2003; MURRY et al. 2004; HAPP et al. 2004; MOERMAN et al. 2004; PEETERS et al. 2004; LOUGHRAN et al. 2005; RASCH et al. 2004; OP DE CUL et al. 2005; VILASECA et al. 2005; KRISCHKE et al. 2005; BAYLOR et al. 2005; KANDONGAN e SANAL 2005; GERWIN e CULTON 2005; VAN GOGH et al. 2005; EPSTEIN 2008; OLIVEIRA 2009; ARONSON 2009; VAN LIERDE et al. 2009; LUNDSTROM et al. 2009; ORLEY 2010).

Vários autores utilizaram o SF-36 para realizar estudos sobre qualidade de vida em indivíduos disfônicos (GLIKLICH et al. 1997; STEWART et al. 1998; BENNINGER et al. 1998 ; BIOL et al. 2000; BILLANTE et al. 2001, MACKENZIE et al. 2001; WILSON et al. 2002; SCHUSTER et al. 2003^a; SCHUSTER et al. 2003^b; KRISCHKE et al. 2005). Entretanto, deve-se enfatizar que o SF-36, por ser um questionário genérico, não permite ao pesquisador ou clínico avaliar de forma mais específica e detalhada o impacto de um distúrbio vocal na vida do indivíduo.

Com isto houve a necessidade do desenvolvimento de instrumentos sensíveis à análise do impacto da voz na qualidade de vida dos pacientes disfônicos. Diversos instrumentos foram desenvolvidos até o presente momento com o objetivo de buscar medir com maior precisão o impacto psicossocial da disфонia e a eficácia funcional de intervenções terapêuticas.

Ainda há bastante controvérsia em relação ao impacto na qualidade de vida e sua gravidade em indivíduos com disфонia decorrente de lesões benignas ou

malignas. Vários estudos mostram qualidade de vida semelhante entre estes indivíduos (BILLANTE et al. 2001; VAN GOGH et al. 2007). Contudo, diversos autores questionam estes achados, indicando melhores respostas em relação à qualidade de vida para pacientes com disfonias decorrentes do câncer e de seu tratamento (FINIZIA et al. 1998; FINIZIA et al. 1999; FINIZIA e BERGMAN 2001; FUNG et al. 2001; RAMIREZ et al. 2003; LIST 2004; PEETERS et al. 2004, GERWIN e CULTON 2005; VAN GOGH et al. 2005; LI et al. 2006; VAN GOGH et al. 2006). Indo ao encontro dos achados acima descritos, pode-se encontrar na literatura pacientes com disfonia decorrente do tratamento para o câncer de laringe que valorizam a preservação da voz com conseqüente melhoria na qualidade de vida, em detrimento de maior sobrevida (OTTO, 1997).

Alguns autores sugerem que o baixo impacto da alteração vocal na qualidade de vida de pacientes tratados do câncer de laringe, encontrado em algumas pesquisas, deve-se ao fato de que, com o tempo, estes sujeitos aprendem a enfrentar a doença e as seqüelas do tratamento (LONG et al. 1996; HAMMERLID e TAFT 2001; VILASECA et al. 2005).

Considerando o curso variável dos distúrbios vocais, espera-se que o indivíduo disfônico realize alguns ajustes para adaptar-se à nova condição (EPSTEIN et al. 2009). Há um consenso entre vários estudos de que pacientes com doenças crônicas impulsionados pela capacidade de enfrentamento, passam por grandes ajustes na vida social e familiar (KRAUSE et al. 1986; COHEN e WILLS, 1985; EPSTEIN et al. 2009).

As habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas são denominadas *Coping* ou Estratégias de Enfrentamento . Pode-se

considerar também como uma resposta comportamental ou cognitiva ao estresse com a finalidade de reduzir suas qualidades aversivas, que tem por objetivo aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. A tendência a escolher uma estratégia de enfrentamento depende do repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas. A escolha de uma ou mais delas para lidar com o evento estressor é possível, uma vez que as estratégias não são excludentes, podendo ainda, serem modificadas ao longo do tempo (FOLKMAN e LAZARUS 1980, 1984; SAVOIA et al. 1996; ANTONIAZZI et al. 1998; SAVOIA 1999; SAVOIA 2000; SEIDL et al. 2005; FOLKMAN e MOSKOWITZ 2004).

Não há estudos que analisam conjuntamente, dados de qualidade de vida, geral e sintoma-específica (voz) e estratégias de enfrentamento de indivíduos disfônicos. Uma melhor compreensão das conseqüências de uma alteração vocal para indivíduos disfônicos por diferentes etiologias, lesões malignas, benignas ou comportamentais, sob a perspectiva destes sujeitos em questão, certamente auxiliará no direcionamento dos clínicos e na orientação para a melhoria da avaliação, intervenção e qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à voz e estratégias de enfrentamento de pacientes com disfonias de base comportamental com pacientes com disfonias decorrentes do tratamento do câncer de laringe.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar o impacto das variáveis demográficas na qualidade de vida e nas estratégias de enfrentamento de ambos os grupos

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

3.1.1 Qualidade de Vida geral

De acordo com a OMS (1971) qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. As primeiras referências à análise da qualidade de vida datam da década de 70, contudo, o consenso crescente em relação à importância do ponto de vista do paciente nas medidas dos resultados de tratamento, tornou-se mais expressiva há 30 anos. A partir daí uma série de estudos tem medido a qualidade de vida e o impacto gerado, no dia-a-dia dos indivíduos, pela doença e pelas diferentes formas de tratamento (NÔU 1979; ENGQUIST et al. 1979; KIRCHMAN e LOOMIS 1980; THACHIL et al. 1981; KRAUTH 1982; SELBY et al. 1984; CLARK e FALLOWFIELD 1986; FALLOWFIELD 1986; BECH 1987; HERR 1987; BERGSMA e ENGEL 1988; GUYATT 1988; GOODINSON e SINGLETON 1989; SELBY e MAGUIRE 1989 WARE e SHERBOURNE 1992; MOSCONI et al. 2000).

Atualmente há diversos instrumentos, genéricos e específicos para avaliação da qualidade de vida em diferentes patologias. O mais importante instrumento desenvolvido para avaliação da qualidade de vida, com abrangência mundial, é o questionário SF-36 *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*, traduzido e validado para o português por CICONELLI (1997). Trata-se de um

instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido na década de 90, baseado na revisão de diversos outros instrumentos previamente existentes que avaliaram alterações e limitações em várias dimensões como percepção geral da saúde, saúde mental, capacidade funcional e aspectos sociais. É um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos. Avalia aspectos positivos e negativos da saúde do indivíduo e é formado por 36 itens, englobados em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás (CICONELLI 1997; MARTINEZ 2002).

Há uma vasta gama de estudos sobre qualidade de vida em indivíduos saudáveis e nas mais diversas patologias. Diferenças de gênero, idade e fatores sócio-econômico-culturais, são alguns dos fatores que podem interferir no julgamento da qualidade de vida, porém não há ainda um consenso entre os autores.

Na literatura encontramos estudos que discutem a diferença de qualidade de vida entre gêneros feminino e masculino. Os achados encontrados estão descritos a seguir.

EMERY et al. (2004) utilizaram o SF-36 para avaliar 410 indivíduos com doença coronariana, 65 homens e 35 mulheres. A pontuação menor apresentada pelo grupo do sexo feminino sugere que, mulheres com doenças coronarianas possuem uma experiência pessoal negativa maior do que os homens acometidos pela mesma doença.

PIMENTA et al. (2008) aplicaram o SF-36 em 87 aposentados. Na comparação entre gênero masculino e feminino, os homens apresentaram maiores escores para todos os domínios, com exceção de “estado geral de saúde” e “aspectos emocionais”, significando melhor qualidade de vida.

Em estudo com 134 sujeitos com osteoartrite, DEBI et al. (2009) observaram pior qualidade de vida para indivíduos do sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa nos domínios “limitação por aspectos físicos”, “vitalidade”, “aspectos emocionais” e “estado geral de saúde”. Nos demais domínios, mesmo sem diferença estatística, os homens também apresentaram melhores índices que as mulheres.

Da mesma forma, após análise de 490 indivíduos saudáveis, utilizando o questionário SF-36, PARO et al. (2010) observaram que as mulheres apresentaram piores índices de qualidade de vida.

WEST e WALLBERG-JONSSON (2009) avaliaram 51 pacientes acometidos por artrite reumatóide precoce e evidenciaram uma modificação em relação às respostas do questionário de qualidade de vida ao longo dos anos. No início da doença, mulheres apresentaram melhor qualidade de vida que os homens. Entretanto, com o passar dos anos, houve melhora nos índices de qualidade de vida tanto para indivíduos do sexo feminino quanto masculino, estes com maior crescimento, deixando de haver, portanto, diferenças entre os gêneros.

Em relação à interferência da idade, há um número maior de estudos que afirmam que, com o aumento da idade, há piora na qualidade de vida.

WALTERS et al. (2001) avaliaram 8117 sujeitos, de ambos os sexos, com idade entre 64 e 104 anos. A amostra foi dividida em 5 grupos, separados por idade.

Verificou-se um declínio na qualidade de vida, principalmente nos domínios “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”. Não houve diferenças em relação ao domínio “saúde mental” que se manteve constante mesmo em idades avançadas.

LARSSON et al. (2002) investigaram 5633 homens e mulheres obesos, entre 16 e 64 anos, para determinar o impacto do sobrepeso na qualidade de vida desta população. Após análise de regressão múltipla, verificaram que não é somente o nível de obesidade que interfere nas respostas destes indivíduos, no questionário SF-36. Excluindo-se outras variáveis, o aumento da idade também tem impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos.

STOLWIJK-SWUSTE et al. (2007) encontraram um panorama diferente ao estudarem 168 pacientes com seqüelas de poliomielite, com idade entre 45 e 85 anos. Os sujeitos foram divididos em 3 grupos etários para posterior comparação das respostas no questionário de qualidade de vida. Não foram observadas diferenças significantes entre os grupos, com exceção para o domínio “saúde mental”, no qual indivíduos mais idosos apresentaram maiores índices, indicando melhor qualidade de vida.

Em relação ao tabagismo, SCHMITZ et al. (2003), em estudo com 3293 indivíduos, verificaram que os sujeitos com vício em cigarro apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios do questionário SF-36, com exceção de “capacidade funcional” quando comparados a indivíduos que nunca fumaram. Entretanto, na comparação com “fumantes eventuais”, aqueles dependentes do cigarro apresentaram piores escores em todos os oito domínios. Valores mais baixos de qualidade de vida foram observados em relação à saúde mental.

GUITÉRREZ-BEDMAR et al. (2009) mostraram a interferência do consumo de tabaco na qualidade de vida. Foi aplicado o questionário SF-36 em 5106 indivíduos, dos quais 2639 não-fumantes, 1048 fumantes e 1419 ex-fumantes. O grupo de não-fumantes apresentou melhor qualidade de vida, com escores mais altos do que os outros dois grupos em todos os domínios. Ex-fumantes apresentaram escores mais altos nos domínios “estado geral de saúde” e “limitação por aspectos emocionais” quando comparados ao grupo de fumantes.

CASTRO et al. (2010) comparam a qualidade de vida de 167 fumantes com 272 não-fumantes. Observaram que, além dos fumantes apresentarem pior qualidade de vida, tem sua capacidade funcional prejudicada.

Há também na literatura estudos relacionando qualidade de vida e consumo de álcool. RESNICK et al. (2003) estudaram 3305 adultos que consumiam bebidas alcoólicas divididos em 3 grupos: consumo de 1 a 3 drinques por semana, 4 a 7 drinques por semana e mais de 8 drinques por semana. Aqueles que consumiam mais de 8 drinques por semana apresentaram pior qualidade de vida relacionada aos domínios “capacidade funcional”, “estado geral da saúde” e “saúde mental”. Melhores índices de qualidade de vida foram apresentados por consumidores moderados de álcool.

MCDOUGALL et al. (2007) avaliaram a relação entre consumo de álcool e qualidade de vida de 264 adultos, divididos em 2 grupos, consumidores moderados de álcool e não-consumidores. O grupo que consumia álcool moderadamente apresentou melhor qualidade de vida, com pontuação maior em todos os domínios do questionário SF-36.

Com objetivo de analisar a relação entre estado civil e qualidade de vida, WYSS et al. (1999) aplicaram o questionário SF-36 em 3802 adultos, de ambos os sexos, com idade acima de 15 anos. A melhor qualidade de vida, quando isoladas demais variáveis, com exceção de estado civil, foi apresentada por indivíduos solteiros. Observaram ainda que homens, jovens e sujeitos com *status* sócioeconômico mais alto também apresentam pontuação maior no questionário, significando melhor qualidade de vida.

O estudo desenvolvido por PIMENTA et al. (2008) apresenta resultados contrários, no qual, aposentados casados apresentaram melhor qualidade de vida na comparação com viúvos e divorciados, com maior pontuação nos domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “estado geral da saúde” “vitalidade”, “aspectos sociais”, “saúde mental”. A interferência da atividade de trabalho após a aposentadoria na qualidade de vida também mereceu destaque neste estudo. Os aposentados que trabalhavam apresentaram maior pontuação em todos os domínios do SF-36.

BAK-DRABIK, ZIORA (2010) aplicaram o questionário SF-36 em 120 pacientes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 85 controles. Verificaram, na análise multivariada, que o fator “trabalho” interferiu de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos estudados. Pensionistas e aposentados por invalidez apresentaram menores escores nos domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos” e “vitalidade”. Em relação à escolaridade, sujeitos com ensino superior pontuaram mais alto nos domínios “limitação por aspectos físicos” e “capacidade funcional”, significando melhor qualidade de vida.

De maneira semelhante, GARRIDO et al. (2006) na análise de 10711 indivíduos de ambos os sexos observaram que aqueles com maior nível de escolaridade tinham melhores índices de qualidade de vida.

LIMA et al. (2009) em estudo de base populacional, avaliaram a qualidade de vida relacionada a saúde em idosos brasileiros por meio do SF-36. Foram incluídos 1958 sujeitos do sudeste brasileiro, acima de 59 anos, dos quais 929 homens e 1029 mulheres, analisados segundo fatores demográficos e sócio-econômicos. As mulheres apresentaram pior pontuação que os homens em todos os domínios, com exceção do “limitação por aspectos físicos”. Indivíduos com idade avançada apresentaram pior qualidade de vida, com pontuação mais baixa em todos os domínios, com exceção de “dor” e “saúde mental”. Observou-se ainda que, quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade de vida. Ao considerar estado civil, com análise de regressão múltipla, não foram observadas diferenças entre solteiros e casados.

3.1.2 Qualidade de Vida em Voz

Alterações vocais são cada vez mais comuns entre a população. A disfonia, independente da etiologia, compromete a qualidade da comunicação, traz ao indivíduo conseqüências físicas, sociais, emocionais e profissionais, gerando um impacto negativo na qualidade de vida (MURRY e ROSEN 2000; LIST et al. 2004; KRISCHE et al. 2005; BEHLAU et al. 2007; SPINA et al. 2009; BOWERS e DICKERS 2007). O efeito da disfonia em cada pacientes pode ser atenuado ou acentuado de acordo com a duração do distúrbio, condições acerca do início das

alterações vocais, saúde geral, idade, condição social e profissão (MURRY e ROSEN 2000).

A partir da década de 90 iniciaram os estudos sobre a qualidade de vida de indivíduos disfônicos. Um dos trabalhos precursores, elaborado por SMITH et al. (1996) coletou informações por meio de um questionário especificamente desenhado para o estudo, sobre a capacidade dos indivíduos disfônicos no trabalho, nas interações sociais e familiares e em seu bem-estar psicológico. Foram avaliados 113 pacientes com diferentes tipos de disфонia e observou-se um impacto específico sobre o trabalho e a vida social-emocional, especialmente em grupos de pacientes mais velhos.

MOHIDE et al. (1992) mostraram que a importância relativa das dimensões do questionário de qualidade de vida diferiram significativamente entre pacientes e clínicos. Os profissionais de saúde classificaram o comprometimento da comunicação, auto-imagem e auto-estima como as dimensões mais importantes. Contudo os pacientes identificaram as conseqüências físicas e a interferência nas atividades sociais como os dois aspectos de maior relevância, deixando a comunicação apenas como a terceira dimensão mais importante e auto-imagem e auto-estima em sétima e oitava colocações respectivamente.

VARTANIAN et al. (2004) observaram que 78,5% dos 344 pacientes tratados do câncer de cabeça e pescoço referiram boa qualidade de vida. A fala foi classificada como importante por 99,7% dos indivíduos.

A partir da necessidade de uma melhor caracterização do grupo de indivíduos disfônicos, bem como do impacto de uma alteração vocal na qualidade de vida de um

indivíduo, vários instrumentos sintoma-específicos em voz foram desenvolvidos. Destes destacam-se o *VHI – Voice Handicap Index* (JACOBSON et al. 1997) e o *V-RQOL – Voice Related Quality of Life* (HOGIKYAN e SETHURAMAN 1999). O *VHI* traduzido e validado para o português por BEHLAU et al. (2009) é um questionário com 30 questões que avalia a percepção do indivíduo sobre sua desvantagem vocal. Abrange aspectos funcionais, emocionais e físicos (JACOBSON et al. 1997). O questionário *V-RQOL – Voice Related Quality of Life* (HOGIKYAN e SETHURAMAN 1999), por sua vez, traduzido e validado para o português por GASPARINI e BEHLAU (2006), é um instrumento destinado a avaliar especificamente o impacto dos distúrbios da voz na vida dos pacientes. Investiga a percepção do indivíduo do impacto causado em sua vida pelo desvio vocal, mantendo o foco mais na qualidade de vida do que na desvantagem. Desde então, este instrumento tem sido amplamente utilizado nos estudos que avaliam a relação entre alteração vocal e qualidade de vida.

Estudos mostram que o SF-36, por abranger muitas facetas inespecíficas, foi sensível para identificar uma redução da qualidade de vida geral de indivíduos com vozes alteradas, porém não diferenciou de forma clara indivíduos sem disфонia e pacientes com diagnóstico de distúrbios vocais benignos (BENNINGER et al. 1998; WILSON et al. 2002; GARRETT et al. 2004; KRISCHKE et al. 2005). MURRY, ROSEN (2000) afirmam que instrumentos de qualidade de vida geral não refletem alterações específicas como as que ocorrem nas disfonias.

BENNINGER et al. (1998) estudaram 260 adultos com alterações vocais utilizando-se dos questionários SF-36 e VHI. Os indivíduos disfônicos apresentaram escores mais baixos que índices apresentados por uma população americana saudável

em 5 dos 8 domínios de questionário de qualidade de vida geral. Pode-se perceber ainda que a desvantagem vocal representa uma deficiência significativa para o indivíduo, pois observaram escores mais baixos em pacientes disfônicos quando comparados com pacientes com angina, sinusite crônica e dor ciática, em diversos domínios.

VERDOLINI, RAMIG (2001) afirmaram que 50 a 60% dos pacientes disfônicos referiram alguma alteração nos aspectos comunicativos, físicos, sociais e psicológicos como resultado da alteração vocal. O grau de impacto do problema vocal no dia-a-dia desses indivíduos pode variar de maneira significativa, dependendo da gravidade da alteração vocal e de sua demanda vocal (MURRY et al. 2004)

SPECTOR et al. (2001), em estudo englobando 45 indivíduos com paralisia de prega vocal após tireoplastia, aplicaram o *SF-36* associado a 2 questionários específicos para voz, *VHI (Voice Handicap Index)* e o *VOS (Voice Outcome Survey)*. Concluíram que a utilização dos três questionários dá ao clínico importantes informações complementares para análise de sujeitos com paralisia unilateral de prega vocal.

RAMIREZ et al. (2003), em estudo com pacientes tratados do câncer de laringe, observaram que a desvantagem vocal não afetou a qualidade de vida dos sujeitos estudados e sim diversos outros fatores, como falta de ajuda da família, apoio social e médico.

Com o propósito de entender a relação entre as medidas de qualidade de vida baseadas no paciente e a percepção do clínico em relação à severidade da disfonia, MURRY et al. (2004) avaliaram 95 sujeitos, 50 com queixas vocais e 45 sem

queixas, utilizando a escala *GRBAS* e o *V-RQOL*. A correlação entre os resultados da avaliação perceptiva auditiva e o questionário de qualidade de vida relacionado à voz sugere que há relação entre o julgamento do paciente quanto ao impacto da alteração vocal na sua qualidade de vida e a avaliação do clínico quanto à qualidade vocal. Contudo observou-se que o clínico julga a alteração vocal de forma mais grave que o paciente refere o impacto desta na redução da sua qualidade de vida.

GARRET et al. (2004) analisaram pacientes submetidos a microcirurgia para retirada de lesões benignas de prega vocal com a finalidade de comparar os escores obtidos no *VHI* e no *SF-36* e as medidas perceptivas, acústicas e aerodinâmicas da voz. Houve similaridade entre os escores de todos os domínios do *SF-36* do grupo de paciente estudado, antes e após a cirurgia, com os padrões normativos norte-americanos. Uma vez que o mesmo não ocorreu em relação ao *VHI*, os pesquisadores concluíram que o *SF-36* não é sensível a alterações de voz decorrentes de lesões benignas de prega vocal.

Vários estudos buscam verificar se a qualidade de vida de pacientes disfônicos depende da etiologia do distúrbio vocal ou de outros fatores associados. ROY et al. (2000) com a utilização do *MPQ* - Questionário Multidimensional de Personalidade – compararam um grupo controle de sujeitos sem queixas vocais com 4 grupos de sujeitos com distúrbios da voz - disfonia funcional, nódulos vocais, disfonia espasmódica, e paralisia de prega vocal unilateral. Foi observado que disfonias orgânicas e funcionais afetam a qualidade de vida de forma semelhante.

WILSON et al. (2002) compararam os resultados apresentados por 163 indivíduos disfônicos com 744 sujeitos-controle pareados por idade por meio do *SF-36*. Em todas as sub-escalas os sujeitos com disfonia apresentaram índices

significativamente inferiores que o grupo controle, indicando grande impacto da alteração vocal na qualidade de vida.

A fim de descobrir se a qualidade de vida em pacientes disfônicos depende da etiologia do distúrbio vocal ou do sexo dos indivíduos afetados, KRISCHKE et al. (2005) estudaram 108 pacientes, de ambos os sexos, com lesões funcionais e orgânicas. Para tanto, foi feita avaliação otorrinolaringológica e aplicado questionário SF-36. Com a ausência de diferença entre sexos e etiologia da disfonia, os autores sugerem a utilização complementar de um questionário específico de desvantagem vocal e um de qualidade de vida relacionada a voz para uma abordagem diagnóstica completa.

FRANIC et al. (2005) a partir de um estudo que abordou a avaliação psicométrica de instrumentos de avaliação de qualidade de vida específica para os distúrbios da voz, defendem a aplicação dos questionários de qualidade de vida relacionados à voz concomitantemente a um questionário genérico de qualidade de vida. Esta orientação visa assegurar que a profundidade da avaliação do estado de saúde esteja de acordo com as recomendações da literatura atual.

BEHLAU et al. (2007) aplicaram o protocolo QVV, traduzido e validado do protocolo original *V-RQOL*, em 2214 indivíduos, dos quais 1304 com queixas vocais e 910 sem queixas. Os sujeitos com queixas vocais, disfonia orgânica, sexo feminino e idosos apresentaram escores mais baixos do que o grupo representativo da população em geral.

RASCH et al. (2005) realizaram estudo com 52 indivíduos de ambos os sexos com objetivo de avaliar a influência do gênero e da etiologia da disfonia no impacto da alteração vocal na qualidade de vida de cada um deles. Foi aplicado o questionário

V-RQOL . Os piores escores foram apresentados por mulheres e sujeitos com disfonias funcionais. população em geral em todos os domínios. Neste estudo foram excluídos pacientes com lesões malignas do estudo por acreditarem que indivíduos com disfonia decorrente do câncer de cabeça e pescoço e/ou seu tratamento dão uma importância menor a qualidade de vida relacionada a voz.

Outros estudos corroboram com a observação de que o impacto vocal na qualidade de vida de sujeitos com câncer de cabeça e pescoço geralmente são menores ou similares ao impacto na vida de sujeitos não portadores de tumor. (BILLANTE et al. 2001; SCHUSTER et al. 2003a; SCHUSTER et al. 2003b).

Diversos estudos avaliam a interferência ou o impacto de problemas vocais na vida de pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de laringe. Há uma controvérsia em relação aos resultados, contudo vários autores mostram índices de insatisfação em relação à voz e prejuízos na qualidade de vida em menor frequência do que esperado. SCHULLER et al. (1990) avaliaram 75 pacientes com diagnóstico de câncer de laringe, tratados com a combinação de radioterapia e cirurgia, dos quais 88% expressaram satisfação com a voz após o tratamento.

FINIZIA et al. (1998) estudaram 28 pacientes tratados do câncer de laringe por meio do questionário de qualidade de vida *EORTC QLQ-C30*. Os autores afirmam que a sobrevivência é o resultado de principal interesse de indivíduos com histórico de câncer, levando a um menor impacto das alterações vocais na qualidade de vida.

A partir da análise, por meio dos protocolos *VHI* e *SF-36*, de 80 pacientes do sexo masculino submetidos ao tratamento para câncer de laringe, STEWART et al. (1998) buscaram avaliar a relação entre satisfação vocal e qualidade de vida geral.

Observaram que diversos aspectos da qualidade de vida não são afetados pela desvantagem na comunicação verbal, indicando que a desvantagem vocal não é a única ou a mais importante dimensão que afeta a qualidade de vida de indivíduos submetidos ao tratamento para o câncer de laringe.

SCHUSTER et al. (2003a) destacaram a importância da preservação ou restauração da qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe após o tratamento médico, seja clínico ou cirúrgico. Com objetivo de avaliar a qualidade de vida de indivíduos laringectomizados após reabilitação com prótese vocal PROVOX®, foi aplicado o questionário SF-36 em 25 sujeitos. Comparados a resultados apresentados por grupo de alemães saudáveis do sexo masculino, o grupo estudado apresentou piores índices referentes a capacidade física, funções físicas e emocionais. Os autores sugeriram a utilização do questionário como importante instrumento para avaliação da qualidade de vida e destacaram o foco da terapia não só nas limitações levando-se em consideração a percepção do paciente.

Um grupo de pacientes tratados do câncer glótico primário seja por cirurgia via endoscopia ou radioterapia mostraram-se satisfeitos com sua fala e inteligibilidade, as quais não os impediam de realizar nenhuma atividade de vida diária (SMITH et al. 2003).

A aplicação do *VHI* em 45 sujeitos submetidos a laringectomia total mostrou que a incapacidade em decorrência do distúrbio vocal nestes indivíduos foi de grau moderado (MOERMAN et al. 2004).

AZEVEDO (2007), em estudo com 84 pacientes submetidos a diferentes tratamentos do câncer avançado de laringe e/ou hipofaringe, observou que a qualidade de vida foi considerada entre excelente e boa para 78,6% dos sujeitos e a

desvantagem vocal foi graduada de leve a moderada. Houve correlação entre a desvantagem vocal e a qualidade de vida, uma vez que, quanto menor a desvantagem vocal, melhor a qualidade de vida desses pacientes.

RASCH et al. (2005) sugeriram que, em muitos casos, a alteração vocal gera uma deterioração da qualidade de vida, levando a restrições nas atividades de vida diária mais importantes até mesmo do que as causadas pela própria doença. Além disso, que a importância da voz para um determinado paciente está relacionada com uma série de fatores, sendo que a profissão muitas vezes desempenha um papel fundamental. Portanto, um pequeno grau de disfonia para um lojista pode não representar uma restrição física, enquanto a mesma condição pode comprometer drasticamente a carreira de um professor ou cantor (BEHLAU et al. 2007)

3.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO - *COPING*

Diversos autores destacam a importância do conhecimento das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos para uma real compreensão do impacto de um evento estressor em sua vida, bem como suas conseqüências (FOLKMAN e LAZARUS 1980; JUSTICE 1988; VIVAN e ARGIMON 2009)

Há na literatura três gerações de pesquisadores dedicados ao estudo do *coping* e diversas classificações para estratégias de enfrentamento, sendo que nenhuma é amplamente aceita. Um modelo muito utilizado nas pesquisas, é o desenvolvido por FOLKMAN e LAZARUS (1980). De acordo com estes autores, *coping* é uma interação gerada entre o sujeito e seu meio, cuja função é administrar a situação estressora para a qual, a noção de avaliação, ou seja, como o sujeito percebe,

interpreta e representa o fenômeno em sua mente, é necessária. Trata-se ainda, de uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, utilizadas pelo indivíduo para tolerar ou minimizar as demandas externas e internas provenientes da interação com o meio. (FOLKMAN e LAZARUS 1980; ANTONIAZZI et al. 1998)

As funções de enfrentamento para as pessoas e as formas pelas quais elas o utilizam são avaliadas diferenciando função e consequência do enfrentamento. A função trata-se do propósito ao qual a estratégia serve, enquanto as consequências estão relacionadas aos efeitos produzidos pela estratégia. (SAVOIA 1996; SAVOIA 2000). As estratégias de enfrentamento utilizados por um paciente ou seus familiares está também relacionado ao conhecimento sobre a doença ou o distúrbio, tipos de tratamento, possíveis seqüelas e as dificuldades e limitações conseqüentes (LAZARUS 1993)

FOLKMAN e LAZARUS (1984) ressaltam que não há estratégia intrinsecamente boa ou ruim. Qualquer tentativa de lidar com o evento estressor, com sucesso ou não no resultado final, deve ser considerada como uma estratégias de enfrentamento.

As estratégias de enfrentamento podem ser definidas em: estratégias focadas no problemas e estratégias focadas na emoção. As primeiras caracterizam-se por esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente (fonte de estresse). A função destas estratégias é alterar o problema existente na relação sujeito-ambiente estressor, gerar soluções alternativas, ponderar alternativas em relação aos custos e benefícios, escolher entre elas e agir. Quando direcionadas internamente, geram uma reestruturação cognitiva, como a redefinição

do elemento estressor. São relativamente limitadas quando comparamos com a vasta possibilidade de estratégias focadas na emoção (FOLKMAN e LAZARUS 1980; FOLKMAN et al. 1986a ; FOLKMAN et al. 1986b; ANTONIAZZI et al. 1998; VIVAN e ARGIMON 2009).

As estratégias focadas na emoção caracterizam-se por esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções estressantes. Por meio deste tipo de estratégia, o indivíduo busca alterar seu estado emocional a fim de reduzir a sensação física desagradável do estado de estresse. Certas formas de enfrentamento focalizadas na emoção são reavaliações, outras formas não, e ainda outras vezes são e às vezes não são. Podem ser também tentativas de distorção da realidade pela qual o sujeito procura manter esperança e otimismo, recusando-se a reconhecer o pior, agindo como se o evento não tivesse importância (FOLKMAN e LAZARUS 1980; ANTONIAZZI et al. 1998; VIVAN e ARGIMON 2009).

Situações consideradas modificáveis levam à utilização de estratégias com foco no problema, enquanto que aquelas consideradas permanentes resultam na escolha mais freqüente de estratégias com foco na emoção (FOLKMAN e LAZARUS 1980). Há uma tendência à utilização de estratégias com foco na emoção por parte dos pacientes crônicos (FOLKMAN e LAZARUS 1980; RIDDER e SCHREURS 2001).

RIBEIRO e SANTOS (2001), em uma crítica ao modelo de *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção, apontam que certas estratégias de enfrentamento possuem ambas as funções de foco no problema e na emoção.

FOLKMAN e LAZARUS (1980) descreveram oito formas de enfrentamento, descritas a seguir, com uma breve explicação sobre seu significado e sua

classificação quanto ao foco no problema ou na emoção: (Anexo 6)

Confronto: estratégias caracterizadas por esforços agressivos do indivíduos com a finalidade de alterar a situação. Sugerem um certo grau de hostilidade e de risco. Foco no problema.

Afastamento: estratégias caracterizadas por esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação por parte do sujeito envolvido. Foco na emoção.

Auto-Controle: estratégias caracterizadas por esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações do indivíduo. Foco na emoção.

Suporte Social: estratégias caracterizadas por esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional. Foco na emoção e no problema.

Aceitação da responsabilidade: estratégias caracterizadas pelo reconhecimento do papel do indivíduo no seu problema além da tentativa concomitante de recompor os acontecimentos. Foco na emoção.

Fuga-Esquiva: estratégias caracterizadas por esforços cognitivos e comportamentais desejados pelo sujeito para escapar ou evitar o problema. Há uma diferença entre os itens desta escala com os da escala de “Afastamento”, caracterizada por desprendimento. Foco na emoção.

Resolução do Problema: estratégias caracterizadas por esforços focados no problema, associados a uma abordagem analítica de solução do mesmo, deliberados para alterar a situação estressora. Foco no problema.

Reavaliação Positiva: estratégias caracterizadas por esforços de criação de significados positivos, inclusive com dimensão religiosa, com foco no crescimento pessoal. Foco na emoção.

Segundo a teoria desenvolvida por FOLKMAN e LAZARUS (1980), a maioria dos indivíduos utiliza cerca de todas as oito formas de enfrentamento diante de um evento estressor, contudo, em frequências distintas.

DROPKIN (1989) já afirmava que um paciente que não consegue lidar, de forma temporária ou provisória com sua disfunção, pode estar predisposto a maiores complicações em um pós-operatório por depressão, negação do defeito, descumprimento de cuidados no acompanhamento, isolamento social, podendo chegar ao ponto de uma obsessão patológica.

FOLKMAN e LAZARUS propuseram em 1985 o Inventário de Estratégias de *Coping*, um questionário com 66 itens, divididos nas oito formas anteriormente descritas, que englobam ações e pensamentos utilizados pelos indivíduos para lidar com demandas externas e internas resultantes de um evento estressante específico. FOLKMAN et. al (1986a) avaliaram, por análise fatorial, os itens do inventário, uma vez que se observou que os indivíduos elegem um número muito grande de estratégias frente a uma única situação com grande frequência. Assim, 2 escalas foram desenvolvidas, a primeira decorrente de um estudo realizado com casais de meia idade e eventos estressantes do seu dia-a-dia e a segunda com estudantes frente a exames. SAVOIA (1999) baseou-se na primeira escala por se tratar, de acordo com aqueles que a desenvolveram, mais abrangente. Portanto, de acordo com o primeiro estudo, a escala, a partir da análise fatorial, consiste em oito diferentes fatores que avaliam a extensão com que o sujeito utiliza as estratégias de enfrentamento.

FOLKMAN e LAZARUS (1980) estudaram 100 indivíduos de ambos os sexos, que lidavam com eventos estressores ao longo de 1 ano. Os homens utilizaram

mais estratégias com foco no problema do que as mulheres. Neste estudo, não foi encontrada relação entre idade e escolha do tipo de estratégia de enfrentamento.

FOLKMAN et al. (1987) analisaram 291 indivíduos saudáveis, divididos em dois grupos – jovens e idosos – e identificaram diferenças consistentes entre homens e mulheres. Os homens usavam mais a estratégia de “auto-controle”, enquanto que as mulheres usavam mais a estratégia de “reavaliação mais positiva” do que os homens. Os jovens utilizaram mais as estratégias focadas no problema – “confronto”, “busca de suporte social” e “resolução de problemas” – enquanto os idosos utilizaram aquelas com foco na emoção – “afastamento”, “aceitação da responsabilidade”, e “reavaliação positiva”. Encontraram ainda, neste mesmo grupo de 291 sujeitos livres de doença, diferenças significativas nos efeitos de enfrentamento na emoção quando comparados os dois grupos etários (FOLKMAN e LAZARUS 1988).

Em uma análise de 166 desempregados de ambos os sexos, GROSSI (1999) identificou que jovens e sujeitos divorciados utilizam de maneira freqüente tanto as estratégias com foco na emoção quanto as com foco no problema. Mulheres e indivíduos com ensino médio completo, ambos com alto grau de dificuldades financeiras, fazem uso freqüente de estratégias com foco na emoção. Estratégias focadas no problemas foram utilizadas em menor freqüência por indivíduos que apresentavam a associação de baixa escolaridade e pequena dificuldade financeira. O mesmo pode ser observado no grupo de jovens divorciados.

REYNOLDS et al. (2000) aplicaram o questionário de estratégias de enfrentamento em 1013 mulheres com diagnóstico de câncer de mama. O único fator que influenciou na freqüência da escolha das formas de enfrentamento foi sobrevida. Pacientes com maior sobrevida utilizaram estratégias com foco na emoção em maior

freqüência. Consumo de tabaco e álcool não interferiram na escolha das formas de enfrentamento.

RIBEIRO e SANTOS (2001) aplicaram o questionário de estratégias de enfrentamento em 98 mulheres. Houve uma predominância de utilização de estratégias focadas no problema pelo grupo estudado.

DE MORAES e PENICHE (2003) analisaram os mecanismos de enfrentamento utilizados por 40 pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais, para tratamento de patologias variadas, no pré-operatório. A estratégia mais utilizada foi “suporte social”, seguida de “resolução de problemas” e “reavaliação positiva”.

Na análise de 241 pacientes *HIV* positivos, 161 do gênero masculino e 80 do gênero feminino, SEIDL (2005) observou que as estratégias com foco na emoção foram usadas em maior freqüência por mulheres e por indivíduos com escolaridade mais baixa.

CHRISTENSEN et al. (2006), em estudo com 575 homens e 1064 mulheres desempregados, observaram que os indivíduos com baixa escolaridade usaram em pouca freqüência as estratégias de “solução de problemas”. Mulheres com ensino médio utilizaram estratégias de evitação em menor freqüência.

PETERSON et al. (2006) avaliaram 1026 homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade por meio do questionário de estratégias de *coping*. Os sujeitos do sexo masculino, quando comparados aos do sexo feminino, utilizaram com mais freqüência as estratégias de “afastamento”, “auto-controle” e “resolução de problemas”. As mulheres, na comparação com os homens, utilizaram com maior freqüência as “estratégias de confronto”, “aceitação da responsabilidade”, “suporte social” e “fuga e esquiva”. Os autores ressaltam que, apesar da estratégia de suporte

social ser utilizada com maior frequência pelas mulheres, os homens também utilizaram esta estratégia.

Estado civil e escolaridade não exerceram influência na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento por pacientes portadores de psoríase (SILVA et al. 2006).

SOUZA et al. (2007), em um estudo com 30 idosos com diagnóstico de Alzheimer, verificaram que aqueles com maior escolaridade tenderam a optar por estratégias com foco no problema, contudo sem associação significativa.

VIVAN e ARGIMON (2009) analisaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por 103 idosos institucionalizados, maioria do sexo feminino, com alguma dificuldade funcional. Os homens utilizaram mais a estratégia de “resolução de problemas”, seguida da forma de enfrentamento de “fuga e esquivia”. As estratégias mais utilizadas pelas mulheres foram as de “autocontrole” e “resolução de problemas” e “suporte social” nesta ordem de relevância. Contudo esta associação entre gênero e diferentes estratégias, não foi significativa. Os idosos com 1 a 4 anos de escolaridade usaram mais a estratégias de “confronto” com associação estatisticamente significativa.

3.2.1 Estratégias de enfrentamento e câncer de cabeça e pescoço

DROPKIN (1989) desenvolveu uma escala para avaliar a percepção da gravidade da desfiguração visível e da disfunção após cirurgia para retirada de tumor na região da cabeça e do pescoço. Avaliou a percepção de 100 enfermeiras da forma de enfrentamento dos pacientes em questão, em relação a diversos procedimentos cirúrgicos com seqüelas anatômicas visíveis e a perda das funções associadas.

Relações familiares e auto-cuidado foram as principais manifestações comportamentais identificados do processo de enfrentamento durante o pós-operatório imediato. Sugere-se que, quando verificada uma resposta inadequada por parte do paciente, deve ser considerada, ainda no ambiente hospitalar, uma intervenção ainda mais intensa.

GRAHN (1993) observou que um programa educacional de suporte para pacientes com câncer e seus acompanhantes tem o poder de promover a compreensão adequada e facilitar os esforços de enfrentamento dos sujeitos que fizeram parte dele.

RELIC et al. (2001) estudaram pacientes submetidos à laringectomia total, participantes de um grupo de auto-ajuda. Foram utilizados os questionários *EORTC QLQ-C30* e o *EORTC HN35* para análise da qualidade de vida e um questionário elaborado com cinco perguntas para análise qualitativa das estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar a doença e as seqüelas do tratamento. Os domínios, emocional, social, financeiro e fadiga tinham valores reduzidos, sendo considerados, portanto, como problemáticos. A proximidade e apoio da família e a participação no grupo de auto-ajuda foram os dois pontos considerados mais importantes pelos sujeitos estudados para lidar com o câncer, seu tratamento e as seqüelas.

LORENCETTI e SIMONETTI (2005) avaliaram 16 pacientes, de ambos os sexos, porém com prevalência de mulheres, submetidos à radioterapia para tratamento do câncer. As estratégias de enfrentamento utilizadas por este grupo tinham foco tanto na emoção quanto no problema.

3.2.2 Estratégias de enfrentamento e voz

Um estudo sobre a relação entre estratégias de enfrentamento e personalidade de pacientes com nódulos e pólipos em pregas vocais evidenciou um predomínio na utilização das estratégias de enfrentamento com foco na emoção, caracterizada pela tendência ao envolvimento a processos afetivos para lidar com as situações de estresse (MCHUGH-MUNIER et al. 1997).

SCHUSTER et al. (2003b) destacaram a importância do conhecimento por parte dos clínicos de quais estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos pacientes com tumores malignos de cabeça e pescoço e se seria possível identificar respostas específicas no caso de indivíduos submetidos a laringectomia total. Para tanto, avaliaram 25 homens laringectomizados totais, comunicando-se com a prótese de fala PROVOX®, por meio da Escala de Enfrentamento de Trier (*TSK - Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung* – KLAUER e FILIPP 1993). As restrições psicossociais relacionaram-se à dor e à dificuldade na ingestão de alimentos, enquanto a voz não foi considerada como fator determinante no enfrentamento do câncer. Observou-se ainda que a maneira como estes indivíduos lidam com a doença não diferiu de outros pacientes com lesões malignas ou doenças crônicas em diferentes órgãos.

EPSTEIN et al. (2009) desenvolveram um questionário específico para problemas vocais, *Voice Disability Coping Questionnaire – VDCQ*, baseado no estudo sobre enfrentamento proposto por LAZARUS e FOLKMAN (1984), nas entrevistas com pacientes disfônicos e nas sugestões de fonoaudiólogos especialistas na área de voz e laringologistas. Para tanto foram utilizados 80 indivíduos distribuídos de maneira uniforme entre dois grupos, disfonia por tensão muscular e

disfonia espasmódica de adução. A partir da análise dos componentes principais foram geradas quatro subescalas de enfrentamento: suporte social, enfrentamento passivo, evitação e busca de informação. Os indivíduos com disfonia espasmódica utilizaram mais as estratégias de evitação e enfrentamento passivo. De acordo com os autores, estratégias de enfrentamento passivo e evitação podem estar associadas a piores resultados com o paciente.

OLIVEIRA (2009) traduziu e validou o *VDCQ* para o português, aplicando o questionário em 178 indivíduos, com e sem queixa vocal, correlacionando os achados com queixa e sintoma vocal, avaliação da voz e níveis de ansiedade. Utilizou, além do questionário *VDCQ*, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (SPIELBERGER et al. 1970), a Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSENBERG 1965) e a Escala Multidimensional de Locus de Controle de Levenson (LEVENSON 1973). Os indivíduos com queixas vocais utilizaram variadas estratégias de enfrentamento, com predominância naquelas com foco no problema. A autora concluiu que o enfrentamento se correlaciona de forma positiva com a avaliação clínica da voz, ansiedade e aspectos de depressão e definiu o protocolo brasileiro em 10 itens e quatro subescalas: busca de informação, suporte sócio-emocional, fuga-evitação e autocontrole.

4 MÉTODOS

4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Este é um estudo de multiinstitucional, de coorte transversal, comparativo, no qual foram estudados indivíduos com disfonia por câncer de laringe e indivíduos com disfonia de base comportamental em relação à qualidade de vida geral, qualidade de vida em voz e estratégias de enfrentamento.

Participaram do estudo indivíduos tratados por câncer de laringe e indivíduos com disfonia de base comportamental, por diferentes etiologias. Foram incluídos no grupo 1 pacientes em acompanhamento para tratamento do câncer de laringe pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo no período de março de 2004 a fevereiro de 2008 baseando-se nos seguintes critérios de inclusão e exclusão: (Anexo 1)

- Inclusão:
 - Indivíduos tratados do câncer de laringe independentemente da modalidade de tratamento
 - Indivíduos sem alterações cognitivas
 - Indivíduos capazes de compreender e responder as questões apresentadas
 - Indivíduos acima de 18 anos
- Exclusão:
 - Indivíduos com câncer de boca, orofaringe e hipofaringe associados
 - Indivíduos com alterações neurológicas

O Grupo 2 constou de indivíduos portadores de disfonias de base comportamental do Ambulatório de Voz da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, no período de outubro de 2005 a fevereiro de 2008, baseando-se nos seguintes critérios de inclusão e exclusão: (Anexo 1)

- Inclusão:
 - Indivíduos com diagnóstico de disfonia de base comportamental
 - Indivíduos sem alterações cognitivas
 - Indivíduos capazes de compreender e responder as questões apresentadas
 - Indivíduos acima de 18 anos
- Exclusão:
 - Indivíduos com disfonias funcionais psicogênicas
 - Indivíduos com disfonia decorrente do tratamento do câncer de cabeça e pescoço
 - Indivíduos com alterações neurológicas.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Os pacientes foram orientados a responder três questionários. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*). Para avaliação da limitação vocal foi utilizado o protocolo desenvolvido por HOGIKYAN e SETHURAMAN (1999), *V-RQOL (Voice Related Quality of Life)* traduzido e validado para o português por GASPARINI e BEHLAU (2006) - QVV (Qualidade

de Vida em Voz). As estratégias de enfrentamento perante a alteração vocal foram avaliadas pelo questionário adaptado do Inventário de Estratégias de *Coping* de FOLKMAN e LAZARUS (1985) traduzido e validado para o português por SAVOIA et. al (1996). A pesquisadora não teve contato prévio com nenhum dos indivíduos participantes do estudo. Os questionários foram entregues e respondidos pelos pacientes sem que houvesse interferência da pesquisadora. Para os indivíduos analfabetos, cada item dos questionários foi lido pela pesquisadora, ficando a cargo do paciente indicar qual a resposta para cada item. (Anexos 3-5)

4.2.1 Avaliação da Qualidade de Vida

- **Avaliação da Qualidade de Vida geral**

A qualidade de vida dos indivíduos participantes deste estudo foi avaliada por meio de um questionário genérico, o *SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey)*. (Anexo 3) Trata-se de um questionário multidimensional com 36 itens, englobados em 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral, da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde (Anexo). Este questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita por CICONELLI et. al. (1999). Para a utilização deste questionário foi necessária uma autorização prévia dos autores responsáveis pela tradução e validação do mesmo.

- **Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Voz**

Para a avaliação da qualidade de vida relacionada à voz foi utilizado o protocolo *V-RQOL* (QVV) traduzido e validado para o português por GASPARINI e BEHLAU (2006) (Anexo 4). Este questionário contém 10 questões que abrangem dois domínios: sócio-emocional e funcionamento físico. A pontuação para cada uma das questões varia de 1 a 5 sendo que 1 corresponde a “Não é um problema” e 5 a “É um problema muito grande”. O cálculo do escore final é feito a partir das regras empregadas em diversos questionários de qualidade de vida. Um escore padrão é calculado a partir do escore bruto, sendo que valores mais elevados indicam uma maior correlação entre a voz e a qualidade de vida. O escore máximo é 100 e o mínimo 0, tanto para um dos dois domínios quanto para o escore global.

Para o cálculo dos escores do questionário são utilizadas as seguintes fórmulas:

$$\text{- Escore sócio emocional: } 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 4)}{16} \times 100$$

$$\text{- Escore funcionamento físico: } 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 6)}{24} \times 100$$

$$\text{- Escore total: } 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 10)}{40} \times 100$$

4.2.2 Avaliação das Estratégias de Enfrentamento

As estratégias de enfrentamento perante a alteração foram avaliadas pelo Questionário adaptado do Inventário de Estratégias de *Coping* de FOLKMAN e LAZARUS (1985) traduzido para o português e validado por SAVOIA et. al (1996). O termo *Coping* refere-se às habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas, é uma resposta ao estresse, comportamental ou

cognitivo, com a finalidade de reduzir suas qualidades aversivas. O Inventário de estratégias de *Coping* é um questionário com 66 itens (Anexo 5), os quais englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. O evento é relatado em entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu. A administração do questionário está centralizada no processo de *coping* de uma situação particular e não no *coping* como estilos ou traços de personalidade. A situação irá determinar o padrão de estratégias de *coping* e não variáveis pessoais. O indivíduo indicou a forma como utilizou cada um dos itens apresentados, utilizando uma escala de 0 a 3, na qual 0 significa “não usei esta estratégia”; 1, “usei um pouco”; 2, “usei bastante”; 3, “usei em grande quantidade”. Foram analisadas as respostas indicadas pelos indivíduos em cada um dos 8 diferentes “fatores” que avaliam a extensão com que utilizam as estratégias de enfrentamento: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva (Anexo 6). Deve-se somar os itens de cada fator que corresponde a uma determinada estratégia com a finalidade de avaliar os resultados da aplicação do questionário de estratégias de enfrentamento.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, os resultados encontrados foram digitados no banco de dados do programa *Excel, Microsoft*. Foi utilizado o programa estatístico *SPSS 8.0* para análise estatística dos dados.

A análise estatística consistiu do cálculo de mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão para as variáveis quantitativas, bem como os percentuais para as variáveis qualitativas.

Para a comparação dos dados clínico-demográficos e as variáveis de interesse entre os dois grupos estudados foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson quando se tratava de variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste *t-student*.

Para avaliar a existência de correlação entre as variáveis quantitativas referentes aos questionários *SF-36*, *QVV* e Inventário de *Coping* foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Para estes testes estatísticos os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando o p valor for inferior ou igual a 5% ou seja $p \leq 0,05$.

Para controlar as diversas variáveis não homogêneas entre os grupos de comparação foi realizado o modelo de regressão linear múltipla, no qual foram controladas as variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade. Para este testes estatísticos os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando o p valor for inferior ou igual a 10% ou seja $p \leq 0,10$.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer A. C. Camargo processo nº 707/05 e da Escola Paulista de Medicina, processo nº 0366/96. Todos os pacientes inclusos no projeto foram informados sobre o protocolo de pesquisa e assinaram o termo de consentimento pós-informado antes de sua inclusão no estudo (Anexos 1,7).

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão apresentados nas tabelas de 1 a 4 e no quadro 1.

Inicialmente serão apresentados os resultados relativos à caracterização dos grupos G1 e G2.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS

A descrição da casuística quanto às variáveis demográficas, clínicas e cirúrgicas dos grupos G1 e G2 e a comparação entre as mesmas encontram-se descritas na tabela 1. Podemos observar que os grupos são heterogêneos com relação a estas variáveis, havendo diferenças estatisticamente significantes em relação a todas as variáveis analisadas.

Tabela 1 - Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto às variáveis demográficas, clínicas e cirúrgicas.

Variável	G1 N (%) / medidas	G2 N (%) / medidas	p
Gênero			
masculino	86 (78,9)	26 (25,0)	< 0,001
feminino	23 (21,1)	78 (75,0)	
Faixa etária (anos)			
mínimo-máximo	25-84	18-84	< 0,001
mediana	63,0	43,0	
média±dp	61,92±12,68	43,76±15,85	
Tabagismo			
nunca	18 (16,5)	71 (68,3)	< 0,001
parou	86 (78,9)	25 (24,0)	
mantém	5 (4,6)	8 (7,7)	
Etilismo			
nunca	39 (35,8)	90 (86,5)	< 0,001
parou	62 (56,9)	11 (10,6)	
mantém	8 (7,3)	3 (2,9)	
Estado civil			
solteiro	7 (6,4)	30 (28,8)	< 0,001
casado	84 (77,1)	51 (49,0)	
divorciado	11 (10,1)	12 (11,5)	
viúvo	7 (6,4)	11 (10,6)	
Trabalho			
não	73 (67,0)	52 (50,0)	< 0,012
sim	36 (33,0)	52 (50,0)	
Escolaridade			
analfabeto	1 (0,9)	5 (4,8)	0,002
1º grau	30 (27,5)	55 (52,9)	
2º grau	49 (44,9)	26 (25,0)	
Superior	29 (26,7)	18 (17,3)	
Diagnóstico			
Câncer de laringe	109 (100,0)	0 (0)	< 0,001
AEM	0 (0)	35 (33,7)	
Pólipo	0 (0)	11 (10,6)	
Nódulo	0 (0)	22 (21,2)	
Edema de <i>Reinke</i>	0 (0)	10 (9,6)	
Leucoplasia	0 (0)	1 (1,0)	
Disfonia funcional	0 (0)	25 (24,1)	
Extensão tumor primário / Linfonodos regionais			
Ausência de tumor	0 (0)	104 (100)	< 0,001
T ₁ / T ₂	68 (62,3)	0 (0)	
T ₃ / T ₄	41 (37,7)	0 (0)	
N ₀	57 (52,3)	0 (0)	
N ₊	14 (12,8)	0 (0)	
N _x	3 (2,7)	0 (0)	
Tratamento			
nenhum	0 (0)	59 (56,7)	< 0,001
medicamentoso	0 (0)	1 (1,0)	
cirúrgico	6 (5,6)	44 (42,3)	
RXT exclusiva	33 (30,3)	0 (0)	
RXT e cirurgia	41 (37,6)	0 (0)	
RXT e QT	16 (14,7)	0 (0)	
RXT, QT e cirurgia	11 (10,1)	0 (0)	

Legenda: AEM – Alteração estrutural mínima; RXT – radioterapia; QT – quimioterapia

p valor do teste de comparação entre os grupos – teste do qui-quadrado de Pearson

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

5.2.1 Avaliação da Qualidade de Vida geral

Na Tabela 2 encontram-se os dados referentes ao questionário genérico de qualidade de vida – SF-36.

Os dois grupos apresentaram valores acima da média, indicando boa ou ótima qualidade de vida. Ao comparar os dois grupos observa-se diferença estatisticamente significativa nos domínios “Dor”, “Aspectos Sociais” e “Saúde mental”. Em ambos, o Grupo 2 apresentou uma pontuação inferior ao Grupo 1, indicando uma avaliação pior do estado geral de saúde relacionada a estes aspectos.

Tabela 2 - Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto aos domínios do questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

Variável	Categoria	Grupo 1	Grupo 2	p
Capacidade Funcional	Mín.– Máx.	10 - 100	0 - 100	0,587
	Mediana	80,00	70,00	
	Média ± dp	71,23 ± 25,58	69,27 ± 26,91	
Limitação por aspecto físico	Mín.– Máx.	0 -100	0 - 100	0,654
	Mediana	75,00	75 ,0 0	
	Média ± dp	61,69 ± 41,18	64,18 ± 39,68	
Dor	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,050
	Mediana	72,00	62,00	
	Média ± dp	70,30 ± 27,37	62,85 ± 27,70	
Estado Geral da Saúde	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,735
	Mediana	72,00	72,00	
	Média ± dp	68,66 ± 23,10	67,52 ± 25,78	
Vitalidade	Mín.– Máx.	0 - 100	5 - 100	0,058
	Mediana	65,00	75,00	
	Média ± dp	64,54 ± 25,18	65,2617 ± 26,06	
Aspectos Sociais	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,003
	Mediana	87,50	75,00	
	Média ± dp	77,27 ± 29,29	65,26 ± 26,06	
Aspectos Emocionais	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,081
	Mediana	100,00	66,70	
	Média ± dp	67,71 ± 41,28	57,97 ± 39,86	
Saúde Mental	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,017
	Mediana	75,00	64,00	
	Média ± dp	70,44 ± 23,28	63,10 ± 21,29	

Legenda: Min – mínima; Máx – máxima; dp – desvio padrão
p valor do teste de comparação entre os grupos – teste *t-student*

5.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à voz

Na tabela 3 encontram-se descritos os valores referentes aos domínios sócio-emocional, físico e escore final do *V-RQOL* (QVV). Os dois grupos apresentaram valores elevados, tanto nos dois domínios como no escore final, indicando boa qualidade de vida relacionada à voz, ou seja, a alteração de voz tem baixo impacto

na qualidade de vida destes indivíduos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos

Tabela 3 – Caracterização e comparação dos grupos G1 e G2 quanto aos domínios do questionário de qualidade de vida em voz – *V-RQOL* (QVV).

Variável	Categoria	Grupo 1	Grupo 2	p
Sócio-emocional	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,145
	Mediana	87,5	81,25	
	Média ± dp	77,12 ± 28,40	71,33 ± 29,22	
Funcionamento Físico	Mín.– Máx.	0 - 100	0 - 100	0,456
	Mediana	70,80	66,67	
	Média ± dp	65,01 ± 28,38	62,19 ± 26,78	
Total	Mín.– Máx.	0 - 100	30 - 100	0,275
	Mediana	75,00	75,00	
	Média ± dp	69,83 ± 26,99	65,85 ± 26,12	

Legenda: Mín – mínima; Máx – máxima; dp – desvio padrão

p valor do teste de comparação entre os grupos – teste *t-student*

5.3 AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO – COPING

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos dois grupos, bem como sua frequência, encontram-se descritas nas tabelas 4 e 5 e no quadro 1.

A Tabela 4 demonstra a comparação entre os grupos estudados em relação à frequência de utilização das estratégias de enfrentamento. “Confronto” foi a estratégia menos utilizada pelos dois grupos enquanto que “Resolução de problemas” foi utilizada em grande frequência por ambos, sem diferenças significantes.

Tabela 4 – Escores relativos referentes à distribuição da frequência de utilização das estratégias de enfrentamento nos grupos G1 e G2 pelos fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva

Variável	Categoria	Grupo 1 (n=109)	Grupo 2 (n=104)	P
Confronto	Mín.– Máx.	1,00 – 3,00	1,00 – 3,00	0,064
	Mediana	1,00	1,00	
	Média ± dp	1,29 ± 0,49	1,43 ± 0,58	
Afastamento	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	0,885
	Mediana	2,00	2,00	
	Média ± dp	1,71 ± 0,74	1,73 ± 0,77	
Autocontrole	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	0,401
	Mediana	2,00	2,00	
	Média ± dp	2,03 ± 0,84	1,93 ± 0,94	
Suporte Social	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	< 0,001
	Mediana	2,00	3,00	
	Média ± dp	2,32 ± 0,94	2,83 ± 0,95	
Aceitação da Responsabilidade	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	< 0,001
	Mediana	1,00	2,00	
	Média ± dp	1,76 ± 0,83	2,25 ± 0,99	
Fuga-esquiva	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	< 0,001
	Mediana	2,00	3,00	
	Média ± dp	2,21 ± 1,03	2,77 ± 1,16	
Resolução de Problemas	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	0,108
	Mediana	3,00	3,00	
	Média ± dp	2,47 ± 1,06	2,70 ± 0,96	
Reavaliação Positiva	Mín.– Máx.	1,00 – 4,00	1,00 – 4,00	0,039
	Mediana	2,00	3,00	
	Média ± dp	2,25 ± 0,93	2,52 ± 1,01	

Legenda: dp = Desvio padrão

p valor do teste de comparação entre os grupos – teste *t-student*

O grupo 1 utilizou as estratégias “Suporte social”, “Aceitação da responsabilidade”, “Fuga e esquiva” e “Reavaliação positiva” em menor frequência que o grupo 2, com diferença estatisticamente significativa.

Na tabela 5 consta a distribuição descritiva das respostas referentes à frequência de utilização de cada uma das estratégias de enfrentamento. Os dois grupos utilizaram todas as formas de estratégias de enfrentamento.

Em relação à frequência de utilização das estratégias de “confronto”, nenhum dos paciente de G1 e G2 as utilizou na maior frequência possível.

Tabela 5 – Distribuição do número de respostas no questionário de estratégias de enfrentamento – *Coping* - por fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva

Domínio / respostas	Não utiliza / utiliza pouco		Utiliza algumas vezes		Utiliza grande parte das vezes		Utiliza quase sempre	
	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)
Confronto	79 (72,47%)	64 (61,53%)	28 (26,68)	35 (33,65)	2 (1,83)	5 (48,07)	0 (0)	0 (0)
Afastamento	49 (44,95%)	46 (44,23%)	43 (39,44)	43 (41,34)	16 (14,67)	12 (11,53)	1 (0,91)	3 (2,88)
Autocontrole	30 (27,52)	42 (40,38)	52 (47,70)	35 (33,65)	20 (18,34)	19 (18,26)	7 (6,42)	8 (7,69)
Suporte social	24 (22,01)	13 (12,5)	38 (34,86)	18 (17,30)	35 (32,11)	46 (44,23)	12 (11,00)	27 (25,96)
Aceitação da responsabilidade	51 (46,78)	30 (28,84)	36 (33,02)	28 (26,92)	19 (17,43)	55 (52,88)	3 (2,75)	11 (10,57)
Fuga-esquiva	33 (30,27)	23 (22,11)	36 (33,02)	15 (14,42)	24 (22,01)	28 (26,92)	16 (14,67)	38 (36,53)
Resolução de problemas	26 (23,85)	15 (14,42)	27 (24,77)	23 (22,11)	34 (31,19)	44 (42,30)	22 (20,18)	22 (21,15)
Reavaliação positiva	28 (26,68)	19 (18,26)	34 (31,19)	32 (30,76)	37 (33,94)	32 (30,76)	9 (8,25)	21 (20,19)

No Quadro 1 encontra-se a descrição da freqüência de utilização das estratégias para cada grupo a partir dos valores de mediana, conforme proposto por SAVOIA (1999) e RIBEIRO e SANTOS (2001).

Quadro 1 – Categoria mais utilizada referente à freqüência das estratégias de enfrentamento - *Coping* baseada na análise dos escores relativos

	Grupo 1	Grupo 2
Confronto	Não utiliza ou utiliza pouco	Não utiliza ou utiliza pouco
Afastamento	Utiliza algumas vezes	Utiliza algumas vezes
Autocontrole	Utiliza algumas vezes	Utiliza algumas vezes
Suporte Social	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes
Aceitação da Responsabilidade	Não utiliza ou utiliza pouco	Utiliza algumas vezes
Fuga e Esquiva	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes
Resolução de Problemas	Utiliza grande parte das vezes	Utiliza grande parte das vezes
Reavaliação Positiva	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes

5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Devido à heterogeneidade da amostra, julgou-se necessária a realização de uma análise com controle das diversas variáveis não homogêneas entre os grupos de comparação. Foi realizado o modelo de regressão linear múltipla, no qual foram controladas as variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade. Sem os efeitos destas variáveis de controle comparou-se a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento dos dois grupos com alteração vocal.

Os resultados encontram-se descritos nas tabelas 6,7, 8 e no Quadro 2.

5.4.1 Avaliação da Qualidade de Vida

- **Qualidade de vida geral**

Na Tabela 6 observam-se os coeficientes do modelo de regressão para todos os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36.

Comparação entre os grupos: Com o controle das variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, não houve diferença estatística nos escores de nenhum dos domínios do SF-36.

Idade: Controlando-se todas as variáveis com exceção da idade, observou-se que, quanto mais idoso o indivíduo, mais baixo é o escore do domínio “Capacidade funcional”, indicando uma redução na qualidade de vida relacionada com aumento da idade.

Gênero: Para análise da influência do gênero na qualidade de vida foram controladas as demais variáveis. Verificou-se que homens e mulheres apresentaram diferenças em suas avaliações, sendo que indivíduos do sexo masculino apresentaram escores maiores nos domínios “dor”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, e “saúde mental”, indicando melhor qualidade de vida. As duas maiores diferenças de escores foram em relação aos domínios “dor” e “vitalidade”.

Tabagismo: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, gênero, idade, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, verificou-se a influência do tabagismo na qualidade de vida dos sujeitos estudados.

Indivíduos que pararam de fumar apresentaram melhores índices relacionados à “capacidade funcional” quando comparados àqueles que nunca fumaram. Por outro lado, pode-se observar uma pior qualidade de vida em relação a

este domínio e à “vitalidade”, quando comparou-se sujeitos que mantêm o vício com aqueles que nunca fumaram.

Etilismo: A fim de verificar a influência do etilismo na qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa, foram isoladas as demais variáveis. Os sujeitos que pararam de consumir álcool apresentaram piores escores nos domínios “capacidade funcional” e “dor” na comparação com aqueles que nunca ingeriram bebida alcoólica, indicando melhor qualidade de vida.

Escolaridade: Ao controlar-se etiologia da disfonia, gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil e trabalho foi identificada a influência da escolaridade na qualidade de vida. Quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade de vida.

Na comparação entre analfabetos e indivíduos com 1º grau completo ou incompleto foram observadas diferenças significantes em relação aos domínios “Limitação por aspectos físicos”, “Estado geral da saúde”, “Aspectos Sociais”, “Limitação por aspectos emocionais”.

Na comparação com sujeitos com 2º grau completo ou incompleto, verificou-se diferenças nos escores “Capacidade funcional”, “Limitação por aspectos físicos”, “Estado geral da saúde”, “Aspectos Sociais” e “Limitação por aspectos emocionais”.

Com exceção do domínio “Limitação por aspectos físicos”, no qual não houve diferenças, os resultados da comparação com indivíduos com nível superior de escolaridade foram semelhantes aos descritos acima, na comparação com 2º grau.

Estado civil: Com o controle das variáveis etiologia da disfonia, gênero, idade, tabagismo, etilismo, trabalho e escolaridade, não houve diferença estatística

nos escores de nenhum dos domínios do SF-36. Isto significa que o estado civil não exerceu influência na qualidade de vida dos indivíduos estudados.

Trabalho: A fim de verificar se trabalhar interferiu na qualidade de vida dos sujeitos estudados, todas as demais variáveis, com exceção dessa foram controladas. Indivíduos que trabalhavam apresentaram melhor qualidade de vida, com escores mais elevados nos domínios “Capacidade funcional” e “Limitação por aspectos físicos”, ao serem comparados àqueles que não tinham trabalho.

Tabela 6 – Coeficientes do modelo de regressão para o questionário de qualidade de vida SF-36

Domínios	Capacidade Funcional		Limitação aspectos físicos		Dor		Estado Geral saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Limitação por Aspectos Emocionais		Saúde mental	
Variáveis	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão
Grupo 2/1	-4,46	5,14	-3,31	8,44	-1,62	5,44	3,90	4,99	-1,47	4,97	-8,74	5,46	-5,43	8,43	-1,18	4,59
Idade	-3,29**	0,15	-17	0,25	0,02	0,16	0,001	0,15	-0,07	0,15	-0,10	0,16	0,14	0,25	-0,002	0,13
Gênero Feminino/masculino	-6,46	4,86	0,70	7,98	-19,22***	5,15	-7,88*	4,72	-12,67**	4,70	-5,83	5,17	-6,91	7,97	-7,37*	4,34
Tabagismo parou/nunca	9,01*	5,13	3,53	8,42	8,09	5,43	1,70	4,98	-5,69	4,96	-5,64	5,45	8,73	8,41	-5,09	4,58
Tabagismo Mantém/nunca	-15,00*	7,68	-16,37	12,60	-9,87	8,13	-4,02	7,45	-15,45**	7,42	-11,72	8,16	-16,35	12,59	-5,57	6,86
Etilismo parou/nunca	-11,62**	5,58	-5,66	9,15	-19,40**	5,90	-5,59	5,41	-2,84	5,39	-0,01	5,92	-5,48	9,14	3,92	4,98
Etilismo Mantém/nunca	-12,65	8,52	-12,52	13,97	-3,191	9,01	-3,41	8,26	-6,96	8,23	-1,21	9,05	-4,17	13,96	-8,49	7,60
Escolaridade 1 ^o grau/analfabeto	11,97	11,02	30,93*	18,09	0,75	11,66	20,52*	10,69	8,11	10,65	21,37*	11,71	38,04**	18,07	-2,57	9,84
Escolaridade 2 ^o grau/analfabeto	18,87*	11,19	31,10*	18,36	0,64	11,84	30,23**	10,85	17,63	10,81	26,66**	11,89	43,44**	18,34	8,25	9,99
Escolaridade superior/analfabeto	20,66*	11,76	26,09	19,29	13,46	12,44	31,32**	11,40	14,81	11,36	23,22*	12,49	33,14*	19,27	7,25	10,50
Estado civil Casado/solteiro	-0,54	5,76	-2,15	9,46	-3,14	6,10	-2,25	5,59	4,99	5,57	5,99	6,12	0,38	9,45	2,56	5,15
Estado civil Divorciado/solteiro	3,24	7,62	-11,04	12,50	-5,08	8,06	2,91	7,39	-2,24	7,36	3,10	8,09	-0,30	12,49	-2,21	6,80
Estado civil Viúvo/solteiro	6,62	8,88	0,02	14,58	-3,61	9,40	-6,81	8,62	4,96	8,58	-1,10	9,44	0,54	14,56	5,24	7,93
Trabalho Sim/não	9,83**	3,87	10,55*	6,34	6,29	4,09	5,27	3,75	2,07	3,73	1,13	4,11	9,02	6,34	0,59	3,45
Constante	73,20	15,44	44,51	25,33	75,42	16,33	45,05	14,97	60,52	14,91	59,44	16,40	33,43	25,30	67,61	13,79
R-quadrado	0,184		0,076		0,184		0,115		0,135		0,110		0,096		0,124	

Legenda: Grupo 1 = Disfonia por câncer de laringe ; Grupo 2 = Disfonia de base comportamental; * p valor < 10%; ** p valor < 5%; *** p valor < 1%; R-quadrado = medida de explicação do modelo

- **Qualidade de vida relacionada à voz - *V-RQOL* (QVV)**

Na tabela 7 observam-se os coeficientes do modelo de regressão para os dois domínios e o escore total do questionário de qualidade de vida em voz *V-RQOL* (QVV).

Comparação entre os grupos: Com o controle das variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, foi identificada diferença na qualidade de vida dos sujeitos do G1 – disfonia decorrente do câncer - e do G2 – disfonia de base comportamental.

Os indivíduos do G2 apresentaram uma pontuação menor que os indivíduos do G1, com diferença estatística, em relação aos aspectos sócio-emocionais.

Os dois grupos apresentaram respostas estatisticamente iguais no domínio “Funcionamento físico” e no escore total deste questionário.

Idade: Com o controle das variáveis etiologia da disfonia, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, não foram observadas diferenças nos escores do *V-RQOL* (QVV) de jovens, adultos e idosos, significando que a idade não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Gênero: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, não foram observadas diferenças nos escores do *V-RQOL* (QVV) dos homens e das mulheres incluídos neste estudo, significando que o gênero não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Tabagismo: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, não foram observadas diferenças nos

escores do *V-RQOL* (QVV) dos não-fumantes, fumantes e ex-fumantes, significando que o tabagismo não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Etilismo: Para a análise da influência do etilismo na qualidade de vida relacionada à voz, todas as demais variáveis foram controladas. Houve diferença entre os sujeitos que mantêm o consumo de bebidas alcoólicas com aqueles que nunca beberam. Indivíduos que mantêm o vício apresentaram escores mais baixos, nos domínios “sócio-emocional”, “funcionamento físico” e no escore total, significando maior impacto da alteração vocal na qualidade de vida. Portanto, o consumo de álcool influencia na qualidade de vida relacionada à voz.

Escolaridade: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil e trabalho, não foram observadas diferenças nos escores do *V-RQOL* (QVV) dos analfabetos, sujeitos com 1º e 2º graus e superior completos ou incompletos, significando que a escolaridade não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Estado civil: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, trabalho e escolaridade, não foram observadas diferenças nos escores do *V-RQOL* (QVV) dos solteiros, casados, divorciados e viúvos, significando que o estado civil não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Trabalho: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil e escolaridade, não foram observadas diferenças nos escores do *V-RQOL* (QVV) dos sujeitos que trabalhavam e daqueles que não trabalhavam, significando que o trabalho não exerceu influência na qualidade de vida relacionada à voz.

Tabela 7 – Coeficientes do modelo de regressão para o questionário de qualidade de vida em voz V-RQOL (QVV).

Domínios	Sócio-emocional		Funcionamento Físico		Total		
	Variáveis	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão
Grupo 2/1		-11,30*	5,97	-2,55	5,83	-6,28	5,58
Idade		-0,14	0,18	0,12	0,17	-0,01	0,16
Gênero Feminino/masculino		-2,84	5,64	-4,72	5,51	-3,98	5,27
Tabagismo parou/nunca		0,01	5,95	2,07	5,81	2,00	5,56
Tabagismo Mantém/nunca		-3,10	8,91	-7,27	8,70	-4,35	8,32
Etilismo parou/nunca		-6,55	6,47	-8,34	6,32	-7,80	6,04
Etilismo Mantém/nunca		-23,76**	9,88	-21,16**	9,64	-22,24**	9,23
Escolaridade 1º grau/analfabeto		14,25	12,79	0,17	12,49	6,50	11,95
Escolaridade 2º grau/analfabeto		14,29	12,98	-2,70	12,67	4,01	12,13
Escolaridade superior/analfabeto		4,65	13,64	-4,95	13,32	-0,64	12,74
Estado civil Casado/solteiro		-0,77	6,69	1,39	6,53	1,21	6,25
Estado civil Divorciado/solteiro		3,48	8,84	5,02	8,63	5,98	8,26
Estado civil Viúvo/solteiro		-12,20	10,31	-4,98	10,06	-6,96	9,63
Trabalho Sim/não		2,40	4,48	3,77	4,38	2,87	4,19
Constante		80,71	17,91	63,07	17,48	70,65	16,73
R-quadrado		0,097		0,056		0,070	

Legenda: Grupo 1 = Disfonia por câncer de laringe; Grupo 2 = Disfonia de base comportamental; * p valor < 10%; ** p valor < 5%; *** p valor < 1%; R-quadrado = medida de proporção da variabilidade entre as variáveis

5.4.2 Avaliação das Estratégias de Enfrentamento – *Coping*

Na Tabela 8 observam-se os coeficientes do modelo de regressão para todos os fatores do questionário de Estratégias de Enfrentamento – *Coping*.

- **Comparação entre os grupos**

Com o controle das variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, não foi identificada diferença na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento dos sujeitos do G1 e do G2. Os dois grupos apresentaram respostas estatisticamente iguais em todos fatores do inventário.

Idade: Com o controle das variáveis etiologia da disfonia, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, notou-se uma redução na frequência de utilização das estratégias de “afastamento” e “resolução de problemas” com o aumento da idade. Este achado indica que a idade interferiu na escolha e na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento dos indivíduos estudados.

Gênero: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, foi identificado que as mulheres utilizam estratégias de “fuga e esquiva” em maior frequência que os homens. Este achado indica que o gênero interferiu na escolha e na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento dos indivíduos estudados.

Tabagismo: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, foi verificada a influência do consumo de cigarro na escolha e na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento dos sujeitos desta pesquisa.

Ao comparar indivíduos não-fumantes e ex-fumantes, estes utilizaram as estratégias de “Aceitação da responsabilidade” em menor frequência que os primeiros.

Comparando-se fumantes e não-fumantes, observou-se maior frequência de utilização das estratégias de “Afastamento” e “Autocontrole” pelos sujeitos que mantêm o vício em cigarro.

Etilismo: Para a análise da influência do etilismo na frequência de escolha das estratégias de enfrentamento, foram controladas todas as demais categorias. Foi observada a influência do etilismo na escolha e na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento dos indivíduos estudados.

Indivíduos que pararam com o consumo de álcool utilizaram as estratégias de “Aceitação” e “Fuga e esquiva” em maior frequência que aqueles que nunca beberam.

Sujeitos que mantêm o vício em álcool utilizam as estratégias de “Confronto” e “Aceitação” em maior frequência que aqueles que nunca beberam.

Escolaridade: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil e trabalho, foi observado que a escolaridade influenciou na frequência de utilização do maior número de formas de enfrentamento. À medida em que aumentou a escolaridade, houve uma diminuição na frequência de utilização das estratégias.

Analfabetos utilizaram em maior número de vezes as estratégias de “confronto”, “suporte social”, “fuga e esquiva” e “reavaliação positiva” do que sujeitos com 1º grau completo ou incompleto.

Indivíduos com 2º grau e superior completos ou incompletos utilizaram, em menor frequência que os analfabetos, as estratégias de “confronto”, “suporte social”, “aceitação da responsabilidade”, “fuga e esquiva”, “resolução de problemas” e “reavaliação positiva”.

Estado civil: Com o controle das variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, trabalho e escolaridade pode-se observar que houve interferência do estado civil na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento.

Viúvos utilizaram as estratégias de “aceitação da responsabilidade” em maior frequência que os solteiros.

Trabalho: Controlando-se as variáveis: etiologia da disfonia, idade, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil e escolaridade, não foram observadas diferenças na frequência de utilização das estratégias dos sujeitos que trabalhavam e daqueles que não trabalhavam, significando que o trabalho não exerceu influência no enfrentamento.

Tabela 8 – Coeficientes dos modelos de regressão para o inventário de estratégias de enfrentamento - Coping

Domínios	Confronto		Afastamento		Autocontrole		Suporte Social		Aceitação		Fuga-Esquiva		Resolução de problemas		Reavaliação positiva	
	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão
Grupo 2/1	0,003	0,10	-0,08	0,15	-0,13	0,18	0,31	0,19	0,18	0,18	0,24	0,22	-0,02	0,20	0,16	0,20
Idade	-0,0005	0,03	-0,01**	0,05	-0,006	0,00	-0,004	0,00	-0,007	0,00	0,0003	0,00	-0,01**	0,00	-0,003	0,00
Gênero Feminino/masculino	0,08	0,10	-0,06	0,14	-0,09	1,17	-0,07	0,18	0,10	0,17	0,42**	0,21	0,11	0,19	0,06	0,19
Tabagismo parou/nunca	0,02	0,10	0,21	0,15	0,03	0,18	-0,09	0,19	-0,40**	0,18	-0,17	0,22	-0,02	0,20	-0,05	0,20
Tabagismo Mantém/nunca	0,22	0,16	0,46*	0,23	0,61**	0,27	-0,05	0,28	0,34	0,27	0,43	0,33	0,12	0,30	0,32	0,30
Etilismo parou/nunca	-0,01	0,11	0,02	0,17	0,30	0,20	-0,26	0,20	0,49**	0,19	0,54**	0,24	0,43*	0,22	0,33	0,22
Etilismo Mantém/nunca	0,48**	0,18	-0,06	0,26	0,17	0,30	-0,009	0,31	0,66**	0,30	0,09	0,37	-0,45	0,34	-0,09	0,33
Escolaridade 1º grau/analfabeto	-0,76**	0,23	0,12	0,33	-0,56	0,39	-0,91**	0,41	-0,58	0,38	-0,83*	0,48	-0,37	0,44	-1,16**	0,43
Escolaridade 2º grau/analfabeto	-0,90***	0,23	-0,15	0,34	-0,87	0,40	-1,51***	0,41	-1,14**	0,39	-1,43**	0,48	-0,95**	0,45	-1,46**	0,44
Escolaridade superior/analfabeto	-0,85**	0,24	-0,11	0,36	-0,62	0,42	-1,28**	0,43	-1,11**	0,41	-1,07**	0,51	-0,78*	0,47	-1,20**	0,46
Estado civil Casado/solteiro	-0,12	0,12	0,13	0,17	-0,03	0,20	0,11	0,21	0,23	0,20	-0,21	0,25	0,40*	0,23	0,09	0,22
Estado civil Divorciado/solteiro	0,01	0,16	0,38	0,23	-0,03	0,27	-0,45	0,28	0,33	0,26	-1,12	0,33	0,19	0,30	0,05	0,30
Estado civil Viúvo/solteiro	-0,09	0,18	0,32	0,27	-0,02	0,32	0,14	0,33	0,56*	0,31	-0,17	0,38	0,41	0,35	0,34	0,35
Trabalho Sim/não	0,04	0,08	-0,07	0,11	0,06	0,13	-0,03	0,14	0,06	0,13	0,12	0,16	0,09	0,15	0,14	0,15
Constante	2,18	0,32	2,17	0,47	2,94	0,55	3,75	0,57	2,85	0,54	3,20	0,67	3,47	0,62	3,44	0,60
R-quadrado	0,160		0,093		0,101		0,195		0,230		0,171		0,136		0,105	

Legenda: Grupo 1 = Disfonia por câncer de laringe ; Grupo 2 = Disfonia de base comportamental ; * p valor < 10%; ** p valor < 5%; *** p valor < 1%; R-quadrado = medida de explicação do modelo

No Quadro 2 encontra-se a compilação da interferência de cada uma das variáveis demográficas avaliadas pela análise de regressão linear múltipla nos domínios específicos dos três questionários.

Etiologia da disfonia – influenciou somente nas respostas do *V-RQOL* (QVV), não interferindo nas respostas dos questionários SF-36 e Estratégias de enfrentamento. Ou seja, a qualidade de vida relacionada à voz variou de acordo somente com a etiologia da disfonia.

Idade – influenciou nas respostas dos SF-36 e na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Não houve interferência da idade nas respostas do questionário *V-RQOL* (QVV). Ou seja, a qualidade de vida geral e o enfrentamento variaram de acordo com a idade.

Gênero - influenciou nas respostas dos SF-36 e na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Não houve influência do gênero nas respostas do questionário *V-RQOL* (QVV). Logo verifica-se que a qualidade de vida geral e o enfrentamento variaram de acordo com o gênero.

Tabagismo - influenciou nas respostas do SF-36 e na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Não houve influência do tabagismo nas respostas do questionário *V-RQOL* (QVV). Logo, a qualidade de vida geral e o enfrentamento variaram de acordo com o consumo de cigarro.

Etilismo – Foi a única variável demográfica que influenciou nas respostas dos três questionários utilizados neste estudo. Houve interferência nas respostas do SF-36, nas respostas do *V-RQOL* (QVV) e na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Assim, a qualidade de vida geral, relacionada à voz e o enfrentamento variaram de acordo com o consumo de álcool.

Escolaridade - influenciou nas respostas do SF-36 e na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Não houve influência da escolaridade nas respostas do questionário *V-RQOL* (QVV). Ou seja, qualidade de vida geral e o enfrentamento variaram de acordo com o grau de escolaridade.

Estado civil - influenciou na frequência de utilização das Estratégias de enfrentamento. Não houve influência do estado civil nas respostas dos questionários SF-36 e *V-RQOL* (QVV). Logo, somente o enfrentamento variou conforme o estado civil dos sujeitos estudados.

Trabalho - influenciou nas respostas do SF-36. Não houve influência do trabalho nas respostas dos questionários *V-RQOL* (QVV) e Estratégias de enfrentamento. Assim, somente a qualidade de vida geral modificou de acordo com a variável trabalho.

Quadro 2 – Quadro-resumo da influência das variáveis demográficas no SF-36, V-RQOL (QVV) e Estratégias de enfrentamento, após análise de regressão linear múltipla.

	SF-36	V-RQOL (QVV)	Estratégias de enfrentamento (Coping)
Grupo	-	Sócio-emocional	
Idade	Capacidade funcional	-	Afastamento; Resolução de problemas
Gênero	Dor Estado geral de saúde Vitalidade Saúde mental	-	Fuga-esquiva
Tabagismo	Capacidade funcional Vitalidade	-	Afastamento Autocontrole Aceitação
Etilismo	Capacidade funcional Dor	Sócio-emocional Funcionamento físico Escore total	Confronto Aceitação Fuga-esquiva Resolução de problemas
Escolaridade	Capacidade funcional Limitação por aspectos físicos Estado geral de saúde Aspectos sociais Limitação por aspectos emocionais	-	Confronto Suporte social Aceitação Fuga-esquiva Resolução de problemas Reavaliação positiva
Estado Civil	-	-	Aceitação
Trabalho	Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos	-	-

6 DISCUSSÃO

O conhecimento sobre a qualidade de vida do paciente tem sido, nos últimos 20 anos, alvo de grande interesse dos clínicos e pesquisadores. Inúmeros estudos buscam avaliar a qualidade de vida de pacientes saudáveis ou com patologias específicas, bem como o impacto da doença na vida dos indivíduos.

A voz, por ser um importante veículo de comunicação, tem um papel fundamental na qualidade de vida. Uma alteração nesta função implica na possibilidade de interrupção da interação entre as pessoas, gerando, como consequência, distúrbios psicológicos e sociais. Além disso, sujeitos disfônicos podem apresentar dor ou desconforto laríngeo decorrentes da patologia causadora da alteração vocal. Estes distúrbios vocais, independente da etiologia, atingem sujeitos dos gêneros masculino e feminino, de todas as idades e etnias (RAMIG e VERDOLINI 1998; MURRY e ROSEN 2000; ROY et al. 2000; FINIZIA e BERGMAN 2001; MURRY et al. 2004; KANDOGAN e SANAL 2005; KRISCHE et al. 2005; PORTONE et al. 2007)

Pelos motivos acima descritos, há um crescente interesse na compreensão do impacto da alteração vocal na qualidade de vida dos indivíduos. Para tanto, grupos de pesquisadores diversos desenvolveram instrumentos destinados à análise da relação existente entre voz e qualidade de vida, dentre os quais destacamos o *VRQOL* – *QVV*- (HOGIKYAN e SETHURAMAN 1999) e o *VHI* (JACOBSON et al. 1997).

É vasta a literatura com foco na avaliação de vozes alteradas e sua influência na vida dos sujeitos disfônicos. Contudo, notam-se controvérsias entre os resultados

apresentados. Verifica-se em alguns estudos que, pacientes com diagnóstico e tratamentos semelhantes, avaliam de forma diversa a qualidade de vida (HASSAN e WEYMULLER 1993; LONG et al. 1996; OTTO 1997; DELLEYIANNIS et al. 1998; FINIZIA et al. 1998; FINIZIA et al. 1999; RELIC et al. 2001; HAMMERLID e TAFT 2001; BILLANTE et al. 2001; FINIZIA e BERGMAN 2001; MULLER et al. 2001; RAMIREZ et al. 2003; LIST 2004; PEETERS et al. 2004; GERWIN e CULTON 2005; KANDOGAN e SANAL 2005; KRISCHE et al. 2005; VAN GOGH et al. 2005; VILASECA et al. 2005; VAN GOGH et al. 2007; VARTANIAN et al. 2004; FUNG et al. 2001; LI et al. 2009). CARR e HIGGINSON (2001) destacam a necessidade de que as avaliações de qualidade de vida tenham um foco individual, pois pacientes com problemas importantes de saúde não apresentam necessariamente baixos índices de qualidade de vida. Há ainda diversos estudos que afirmam que a disfonia, independente do grau ou da etiologia, não é o principal responsável por gerar um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (FINIZIA et al. 1998, SHARP et al. 1999; RAMIREZ et al. 2003; SMITH et al. 2003) O enfrentamento é um dos fatores considerado por alguns autores como responsável por estas discrepâncias (LONG et al. 1996; HAMMERLID e TAFT 2001; VILASECA et al. 2005).

Uma análise detalhada mostra que algumas dessas diferenças apresentadas devem-se a avaliações generalizadas de qualidade de vida, utilização de diferentes questionários genéricos ou doença-específicos, além de estudos nas quais não foram consideradas a interferência de cada uma das variáveis sócio-econômico-demográficas.

Percebe-se, portanto, a necessidade de estudos detalhados, avaliando não somente a qualidade de vida geral do indivíduo disfônico, como também o impacto específico da alteração vocal no seu dia-a-dia e as estratégias que ele busca para enfrentar esta situação. Pesquisas que avaliam as estratégias de enfrentamento de indivíduos disfônicos ainda são escassas na literatura mundial. Não há estudos que comparam indivíduos com disfonias decorrentes do câncer e indivíduos com disfonias de base comportamental, levando-se em consideração qualidade de vida, o impacto da voz sobre esta e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos e que, ainda excluam possíveis interferências demográficas e socioeconômicas, peculiares de cada grupo, na análise dos resultados. Portanto, a proposta do presente estudo foi avaliar e comparar a qualidade de vida, geral e relacionada à voz, e as estratégias de enfrentamento de grupos de indivíduos com disfonias por diferentes etiologias.

Desta forma, foram utilizados três questionários para avaliação dos aspectos supracitados, o *SF-36*, o *V-RQOL* – (QVV) e o questionário de estratégias de enfrentamento – *Coping*.

Diversos autores utilizaram questionários doença-específica para avaliação da qualidade de vida de pacientes tratados do câncer de cabeça e pescoço como o *University of Washington Quality of Life - UW-QOL* - (HASSAN e WEYMULLER 1993), traduzido e validado para o português por VARTANIAN et al. (2006), e o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of life Core Questionnaire – EORTC QLQ-C30* e o *EORTC Head and Neck module - HN35* (BJORDAL e KAASA 1992). Vários estudos indicam qualidade de vida boa ou excelente para indivíduos tratados do câncer de laringe (DELEYANNIS et al. 1998;

HAMMERLID e TAFT 2001; VARTANIAN et al. 2004; AZEVEDO 2007). Porém, uma vez que o presente estudo comparou dois grupos de pacientes, dos quais um com e outro sem câncer, houve a necessidade da utilização de um questionário genérico de qualidade de vida.

Dessa forma, optou-se pelo uso do questionário genérico de qualidade de vida *SF-36* por ser o mais importante instrumento desenvolvido até o presente momento, com abrangência mundial e disponível na versão traduzida e validada para o português no início da coleta de dados (CICONELLI 1997).

Uma vez que diversos estudos mostraram ser o SF-36 um questionário sem facetas especificamente relacionadas à voz, não sensível a modificações na qualidade de vida gerada por alterações da mesma, optou-se pela utilização concomitante de um questionário específico (BENNINGER et al. 1998; SPECTOR 2001; WILSON et al. 2002; GARRETT et al. 2004; JOHNS et al. 2004; KRISCHKE et al. 2005; RENIC et al. 2005).

Para a avaliação do impacto da voz na qualidade de vida, o questionário escolhido foi o *V-RQOL – Voice Related Quality of Life* - por ser o mais adequado, de acordo com a literatura, na comparação de resultados entre grupos (FRANIC et al. 2005) e por também estar traduzido e validado para o português (GASPARINI, BEHLAU 2006; 2009) no início da coleta dos dados da pesquisa. A escolha do questionário de estratégias de enfrentamento - *Coping* - (FOLKMAN e LAZARUS 1985) deu-se pois, assim como os demais questionários, tratava-se do único protocolo para análise de enfrentamento traduzido e validado para o português (SAVOIA et. al 1996) no início do estudo.

Foram avaliados 213 sujeitos, dos quais 109 com disfonia decorrente do câncer e 104 com disfonia de base comportamental, provenientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo e do Ambulatório de Voz da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

Comparando-se as variáveis demográficas, clínicas e cirúrgicas (Tabela 1) pode-se observar que os dois grupos estudados eram heterogêneos, como já era esperado no início do estudo.

Observa-se no G1 prevalência de indivíduos do gênero masculino, casados, com idade média de 63 anos, que pararam com uso de álcool e tabaco, todos com diagnóstico de câncer de laringe. Houve ainda, em relação à extensão do tumor primário, uma maior ocorrência de T₁ e T₂ e ausência de metástase em linfonodos regionais. A maior parte dos sujeitos deste grupo tinha 2^o grau completo ou incompleto e não trabalhavam. Os tratamentos de escolha foram predominantemente radioterapia exclusiva e radioterapia associada à cirurgia. O G2, por sua vez, apresentou predominância de indivíduos do gênero feminino, casados, com idade média de 43 anos, que nunca fumaram ou ingeriram bebidas alcoólicas. Os sujeitos deste grupo apresentaram diferentes diagnósticos, todos com componentes comportamentais, sem nenhum tratamento ou submetidos à cirurgia. Neste grupo a maior ocorrência foi de pacientes com 1^o grau completo ou incompleto, sem diferenças em relação ao trabalho.

Os resultados epidemiológicos para o G1, formado por pacientes com disfonia decorrente do câncer, em relação à gênero e idade, foram semelhantes aos achados na literatura. De acordo com os dados do INCA (2007), o câncer de laringe

acomete principalmente homens, com idade média entre 50 e 70 anos. Esta predominância também foi constatada pelo Instituto Nacional do Câncer norte-americano, por meio do *SEER Cancer Statistics Review* (ALTEKRUSE et al. 2010), com uma ocorrência de câncer de laringe de 5:1 na comparação entre homens e mulheres, com idade variando entre 55 e 74 anos. COUPLAND et al. (2009), em estudo epidemiológico na Inglaterra, encontrou a proporção de 4:1, para esta mesma comparação, com média de idade de 70 anos.

Em relação a gênero e idade do G2, a predominância de mulheres com média de idade de 43 anos, confirma dados anteriormente descritos. HERRINGTON-HALL et al. (1988), em estudo com 1262 indivíduos com patologias laríngeas, identificaram que nódulos são estatisticamente mais freqüentes em mulheres. Pólipos, edemas e disfonias funcionais também apareceram em maior freqüência nos indivíduos do sexo feminino, ainda que, sem diferença estatística. Em relação à idade, houve maior ocorrência, nos sujeitos com idade entre 25 e 64 anos, de disfonias decorrentes das etiologias supra citadas.

É vasta a literatura que relaciona o aumento da incidência de câncer de laringe pelo consumo de álcool e tabaco (FLANDERS e ROTHMAN 1982; TALAMINI et al. 2002; GALLUS et al. 2003; SARTOR et al. 2007; WÜNSCH FILHO 2004; FREEDMAN et al. 2007; HASHIBE et al. 2009). Pelos resultados obtidos neste estudo, acredita-se que, diante do diagnóstico do câncer, do conhecimento dos seus fatores de risco e início do tratamento, os pacientes tenham optado por interromper o consumo de cigarro e bebidas alcoólicas.

Tanto a prevalência de indivíduos com idade média de 63 anos no G1 quanto as seqüelas e efeitos colaterais do tratamento do câncer podem justificar a maior

ocorrência de sujeitos que não trabalham neste grupo. De acordo com dados do IBGE, em 2000, 66,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade se encontravam aposentados e 11,2% eram pensionistas no Brasil. HERRINGTON-HALL et al. (1988) mostraram a predominância de aposentados e desempregados no grupo de indivíduos com disfonia por câncer de laringe. Da mesma forma, 81% dos pacientes com câncer de laringe eram aposentados ou pensionistas no estudo desenvolvido por RELIC et al. (2001). Em relação ao G2, a faixa etária mais baixa associada às diferentes etiologias da disfonia podem justificar a ocorrência em iguais proporções entre sujeitos que trabalham e os que não trabalham.

A inclusão das variáveis diagnóstico, tratamento e estadiamento do tumor não entraram na análise comparativa devido à heterogeneidade da amostra já discutida anteriormente. Uma vez que a proposta do estudo foi comparar indivíduos com disfonia decorrente do câncer e com disfonias de base comportamental, não há amostragem suficiente para a análise entre algumas dessas variáveis.

6.1 QUALIDADE DE VIDA

6.1.1 Qualidade de vida geral

Mediante a aplicação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Tabela 2), pode-se perceber melhor qualidade de vida para os indivíduos do G1, assim como descrito anteriormente por diversos autores (FINIZIA et al. 1998; FINIZIA et al. 1999; RAMIREZ et al. 2003; PEETERS et al. 2004; GERWIN e CULTON 2005; VAN GOGH et al. 2005; VARTANIAN et al. 2004; FUNG et al. 2001; LI et al. 2009). Houve diferença estatística nos domínios “dor”, “aspectos

sociais” e “saúde mental” reforçando a idéia de que, uma vez que a sobrevivência é o resultado de maior interesse para os indivíduos submetidos ao tratamento do câncer, a alteração vocal não gera impacto na qualidade de vida geral destes sujeitos. Ainda houve uma melhor pontuação do G1 nos domínios “capacidade funcional” e “aspectos sociais”, porém sem diferença estatística.

Observou-se qualidade de vida semelhante entre os dois grupos no domínio “Estado geral de saúde”, da mesma maneira como descrita por BILLANTE et al. (2001) e VAN GOGH et al. (2007) em estudos comparando sujeitos com disfonias por lesões benignas e malignas de laringe.

“Vitalidade” foi o único domínio no qual os indivíduos do G2 apresentaram melhores índices de qualidade de vida, contudo sem diferença significativa. Acredita-se que tal ocorrência pode ser decorrente dos efeitos colaterais do tratamento do câncer de laringe, conforme referido por HANNICKEL et al. (2002).

Por ser este um estudo comparativo entre grupos heterogêneos, foi realizada a análise de regressão linear múltipla com a finalidade de controlar as diversas variáveis não homogêneas entre G1 e G2 (Tabela 6).

Controlando-se as variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, verificou-se que não há diferenças na qualidade de vida dos sujeitos do G1 e G2, em nenhum dos domínios do SF-36. Portanto, diferente do proposto por FINIZIA et al. 1998; FINIZIA et al. 1999; RAMIREZ et al. 2003; LIST et al. 2004; PEETERS et al. 2004, GERWIN e CULTON 2005; VAN GOGH et al. 2005; LI et al. 2009, a presença de lesão maligna, como fator etiológico da disфонia, não interfere no julgamento da qualidade de vida dos sujeitos.

A análise do impacto da idade, controlando os efeitos das demais variáveis, indicou piora da qualidade de vida, assim como observado na maior parte dos estudos disponíveis. Com o aumento da idade, pode-se observar escores mais baixos no domínio “capacidade funcional”, assim como descrito anteriormente por WALTERS et al. (2001).

O estudo de LARSSON et al. (2002) demonstrou resultados semelhantes, no que se refere ao impacto do aumento da idade na qualidade de vida dos indivíduos. Contudo estes autores ressaltam que, esta piora não é verificada no domínio “saúde mental”, havendo uma manutenção dos escores referentes a este com o passar dos anos, comprovando os dados apresentados também por WALTERS et al. (2001).

HOPMAN et al. (2009) aplicaram o SF-36 em 2418 pacientes com diferentes patologias com resultados similares. Os autores indicam que, com o aumento da idade, há uma piora da qualidade de vida, relacionada, principalmente a componentes físicos e que a saúde mental apresenta melhora ou permanece estável em sujeitos idosos.

Neste estudo, assim como encontrado por LIMA et al. (2009), não houve diferenças significantes no domínio “saúde mental” com o aumento da idade, contudo à medida em que os anos vão passando, há uma discreta redução dos escores, de forma contrária ao exposto por STOLWIJK-SWUSTE et al. (2007).

Para analisar o impacto do gênero na qualidade de vida, foi retirado o efeito de todas as demais variáveis de controle.

Os resultados deste estudo confirmam os achados de EMRY et al. (2004) e PARO et al. (2010). Os homens apresentaram escores mais altos em todos os domínios com exceção de “limitação por aspectos físicos”, assim como descrito por

LIMA et al. (2009), indicando melhor qualidade de vida que as mulheres. Da mesma forma, PIMENTA et al. (2008) na aplicação do SF-36, verificaram que indivíduos de gênero masculino avaliaram melhor a qualidade de vida que os do gênero feminino, com peso estatístico para todos os domínios, com exceção de “estado geral de saúde” e “aspectos emocionais”.

Nos domínios “dor”, “estado geral da saúde”, “vitalidade” e “saúde mental”, houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os gêneros masculino e feminino. Resultados muito semelhantes foram descritos por DEBI et al. (2009). Contudo, neste estudo com pacientes acometidos por osteoartrite, os sujeitos do gênero masculino apresentaram escores mais altos também para “limitação por aspectos físicos”, com diferença significativa.

A partir deste estudo não é possível afirmar sobre possíveis modificações nas respostas de qualidade de vida de homens e mulheres com o passar dos anos como descrito por WEST e WALLBERG-JONSSON (2009), uma vez que os questionários foram aplicados em um único momento.

A análise da influência do consumo de tabaco na qualidade de vida dos pacientes deste estudo foi realizada excluindo-se o efeito das demais variáveis: etiologia da disfonia - G1 e G2 -, gênero, idade, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade. Os resultados encontrados estão de acordo com os estudos de GUITÉRREZ-BEDMAR et al. (2009) e CASTRO et al. (2010), que descrevem pior qualidade de vida para fumantes.

A partir da exclusão das variáveis e comparando-se ex-fumantes com sujeitos que nunca fumaram, pode-se observar influência positiva na qualidade de vida do primeiro grupo, em relação à “capacidade funcional”. Este achado difere do estudo

de GUITÉRREZ-BEDMAR et al. (2009), no qual, indivíduos que nunca fumaram apresentaram escores melhores em todos os domínios do questionário SF-36, na comparação com ex-fumantes.

Há uma discordância também nos resultados encontrados no presente estudo com achados da literatura no que se refere à comparação entre fumantes e sujeitos que nunca fumaram. Apesar de concluírem que fumantes têm pior qualidade de vida, SCHMITZ et al. (2003) encontraram melhor escore no domínio “capacidade funcional” para os sujeitos com vício em tabaco em relação aos que nunca fumaram. Nesta pesquisa, piores escores nos domínios “vitalidade” e “capacidade funcional” foram apresentados por aqueles que mantêm o vício quando comparados aos que nunca fumaram. Uma vez que durante o presente estudo as opções referentes a tabaco eram “nunca”, “parou” e “mantém o vício”, não foi possível verificar a influência do volume e frequência de consumo do cigarro na qualidade de vida.

Em relação à influência do consumo de álcool na qualidade de vida, houve diferenças estatísticas somente quando comparados indivíduos que pararam de ingerir bebidas alcoólicas com os que nunca beberam. Diversas pesquisas mostram que, desde que consumido moderadamente, o álcool exerce influência positiva sobre a qualidade de vida (RESNICK et al. 2003; MCDOUGALL et al. 2007). Novamente, assim como no caso do tabaco, não foi possível realizar a comparação levando-se em consideração o volume consumido, uma vez que no presente estudo as respostas em relação ao consumo de álcool restringiam-se a “nunca”, “parou” e “mantém o vício”. Houve uma discordância entre os achados desta pesquisa com aqueles apresentados no estudo de MCDOUGALL et al. (2007), no qual o grupo que consumia álcool moderadamente apresentou melhor qualidade de vida quando comparado aos que não

bebiam. Entretanto, deve-se ressaltar que estes autores não avaliaram ex-alcoolistas na pesquisa em questão.

É ainda controverso na literatura o impacto do estado civil na qualidade de vida do indivíduos. Enquanto autores como WYSS et al. (1999) indicam que solteiros apresentam melhor qualidade de vida, outros referem que casados apresentam melhores escores (PIMENTA et al. 2008). Em estudo com 7526 idosos mexicanos, GALLEGOS-CARRILLO (2009) mostraram que indivíduos casados apresentaram melhores respostas no questionário SF-36, principalmente nos domínios “capacidade funcional” e “dor”. No presente estudo não foi observada nenhuma influência do estado civil nas respostas do questionário SF-36, assim como descrito no estudo de LIMA et al. (2009).

Indivíduos empregados apresentaram melhor qualidade de vida, com escores mais altos para “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”. PIMENTA et al. (2008) observaram a mesma influência positiva do trabalho na qualidade de vida, com escores mais elevados em todos os domínios. Os autores afirmaram que indivíduos que exercem alguma atividade de trabalho, mesmo já aposentados, apresentam qualidade de vida melhor que os demais. O estudo desenvolvido por BAK-DRABIK e ZIORA (2010) mostrou que trabalhar interfere de forma positiva na vida dos indivíduos, confirmando nossos achados. A influência do tipo de ocupação – trabalhadores rurais, operários, professores ou executivos - , se é ou não remunerada e a forma de aposentadoria – por invalidez, doença ou tempo de trabalho – também interferem nas respostas do questionário de qualidade de vida, contudo estes dados não foram alvo de estudo nesta pesquisa (HARKONMÄKI et al.

2006; PIMENTA et al. 2008; BAK-DRABIK e ZIORA 2010; GRØNNING et al. 2010).

Indo a favor dos dados encontrados na literatura, observou-se melhor qualidade de vida com o aumento da escolaridade (EADIE E DOYLE 2004; GARRIDO et al. 2006; BAK-DRABIK e ZIORA 2010). Possivelmente sujeitos com maior escolaridade possuem melhores condições de vida geral, com maior poder aquisitivo, mais recursos materiais e melhor assistência à saúde, justificando estes achados.

Após isoladas demais variáveis, foram comparados indivíduos analfabetos com aqueles com 1º grau completo ou incompleto, 2º grau completo ou incompleto e com superior completo ou incompleto. O grau de escolaridade foi a variável que exerceu influência em um maior número de fatores do questionário SF-36. Contudo, em nenhuma das comparações houve influência nos domínios “dor”, “vitalidade”, ou “saúde mental”. No estudo de LIMA et al. (2009), a escolaridade influenciou de forma positiva a qualidade de vida, inclusive nestes domínios acima descritos. Contudo, devido às diferenças metodológicas da subdivisão dos grupos em relação à escolaridade, não foi possível fazer uma correlação direta com os achados desta pesquisa.

6.1.2 Qualidade de vida relacionada à voz

A avaliação da qualidade de vida relacionada à voz, realizada neste estudo por meio do questionário *V-RQOL* (QVV), mostrou que a alteração vocal gerou impacto, ainda que baixo, na vida dos sujeitos estudados, sem diferenças entre os

dois grupos (Tabela 3). A similaridade de respostas entre os dois grupos estudados está de acordo com os achados de VAN GOGH et al. (2007) e NAWKA et al. (2003).

A influência da disfonia na qualidade de vida é consenso entre clínicos e pesquisadores, contudo há muita controvérsia ainda em relação à forma e magnitude dessa em indivíduos com disfonias causadas por diferentes etiologias (RAMIG e VERDOLINI 1998; ROY et al. 2000; MURRY et al. 2004).

WILSON et al. (2002) e SCHUSTER et al. (2003a; 2003b) mostraram diferenças significantes nos resultados da avaliação de qualidade de vida entre sujeitos com e sem problemas vocais. Ambos utilizaram somente o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 para avaliar a interferência da disfonia na vida dos sujeitos estudados. Da mesma forma, BENNINGER et al. (1998) encontraram diferenças na comparação entre sujeitos com alterações vocais e indivíduos saudáveis. Nesta pesquisa, apesar da aplicação concomitante do *V-RQOL* com o SF-36, não foi possível confirmar estes achados, por serem, os dois grupos estudados, compostos de indivíduos com vozes alteradas.

No presente estudo, o grau de impacto da disfonia na qualidade de vida foi baixo, para ambos os grupos, diferindo dos estudos propostos por MOERMAN et al. (2004) e LUNDSTRÖN et al. (2009), no qual observou-se uma desvantagem vocal de grau moderado na vida dos pacientes laringectomizados totais. Esta diferença na graduação pode ser, inclusive, decorrente do uso de diferentes instrumentos para avaliação do impacto da alteração vocal na vida dos indivíduos. Outro fator que deve ser considerado na justificativa desta diferença é que, neste estudo foram incluídos indivíduos com câncer de laringe submetidos a diferentes tratamentos e com

comunicação laríngea e alaríngea e não somente laringectomizados totais como nos dois estudos anteriormente descritos.

Por outro lado, AZEVEDO (2007) observou que a qualidade de vida foi considerada entre excelente e boa para 78,6% dos sujeitos tratados do câncer avançado de laringe e hipofaringe, o que reforçam os achados da atual pesquisa.

Uma possível explicação para este baixo impacto pode ser a gravidade da alteração vocal, não abordada nesta pesquisa, além da demanda vocal dos sujeitos estudados, assim como proposto por MURRY et al. (2004). Corroborando desta afirmação, HADDAD et al. (2006), ao verificarem o baixo impacto da alteração vocal na qualidade de vida de pacientes submetidos a cordectomia a laser, enfatizaram que este achado deveu-se ao fato de nenhum dos indivíduos estudados fazer uso profissional da voz.

No presente estudo, não foi solicitado aos participantes a classificação da alteração vocal por ordem de importância, conforme realizado por MOHIDE et al. (1992) e LIST et al. (2004). Portanto, mesmo com a verificação do impacto da voz na qualidade de vida desses pacientes, ainda que pequeno, não podemos afirmar que a disfonia tem maior ou menor relevância que outros aspectos de suas vidas.

Devido à heterogeneidade dos grupos em relação às variáveis demográficas, optou-se pela realização da análise de regressão linear múltipla, assim como na avaliação da qualidade de vida geral (Tabela 7).

Ao retirar o efeito das variáveis de controle, gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, observou-se que, no questionário de qualidade de vida relacionada à voz, G1 e G2 diferiram no domínio sócio-emocional. O grupo de pacientes com disfonia de base comportamental apresentou escores mais

baixos que aqueles com disfonia decorrente do câncer, no domínio “sócio-emocional”, indicando que o fator etiológico interfere na avaliação do impacto da alteração vocal na qualidade de vida em relação a este aspecto. A mesma ocorrência não foi observada no fator “funcionamento físico” e no “escore total”. Estes resultados são contrários aos apresentados por BEHLAU et al. (2007). Ao compararem sujeitos divididos em grupos com disfonias funcionais, orgânico-funcionais e orgânicas, neste último incluídos indivíduos com disfonia por câncer de laringe, os autores encontraram pior resultado no *V-RQOL* (QVV) para o último grupo descrito, mais evidente no domínio “funcionamento físico”. Uma possível explicação para esta diferença entre os achados, pode ser pelo grupo de disfonia orgânica do estudo de BEHLAU et al. (2007) ser composto por pacientes com disfonias por outras etiologias, como distonia focal laríngea, paralisia de prega vocal e síndromes parkinsonianas.

FUNG et al. (2001) utilizaram o *VHI* na auto-avaliação vocal de pacientes irradiados para tumores não-laríngeos e câncer glótico em estágios iniciais. Houve diferenças quando comparado o impacto da desvantagem vocal nos dois grupos, sendo esta maior para o primeiro grupo. Os autores destacam a importância da atenção dos clínicos estar voltada não somente para pacientes com disfonias do câncer de laringe.

Além do fator etiológico, a outra única variável que exerceu influência nas respostas de qualidade de vida relacionada a voz foi etilismo. No presente estudo, indivíduos que mantêm o vício, quando comparados aos que nunca ingeriram bebida, apresentaram menor pontuação nos dois domínios e no escore total, indicando pior

qualidade de vida. De forma contrária, COHEN (2010) não observou nenhuma relação entre a ingestão de álcool e as respostas no *V-RQOL* (QVV).

BEHLAU et al. (2007) destacaram em seu estudo que mulheres obtiveram piores escores de qualidade de vida na avaliação do *V-RQOL* (QVV). Da mesma maneira, RASCH et al. (2005), na comparação de respostas no questionário de qualidade de vida relacionada à voz, levando-se em consideração o gênero, verificaram que as mulheres apresentaram escores mais baixos. Conforme exposto acima, o presente estudo não identificou a interferência do gênero na qualidade de vida relacionada à voz assim como BOWERS e DIKKERS (2007).

DESHPANDE et al. (2009), em estudo com 122 pacientes submetidos à laringectomia total, observaram que, indivíduos mais jovens apresentaram melhores índices de qualidade de vida relacionada à voz, achado já descrito anteriormente por BEHLAU et al. (2007) e KAZI et al. (2007). De forma contrária, no presente estudo, a variável idade não interferiu na qualidade de vida relacionada à voz.

GLAS et al. (2008) avaliaram a relação entre o hábito de fumar e a desvantagem vocal de 54 indivíduos disfônicos, dos quais 24 fumantes e 30 não-fumantes. Não houve diferença significativa em nenhuma das escalas do questionário, mostrando que não houve influência da variável tabaco na vida os sujeitos estudados.

Em estudo com 789 indivíduos, com idade variando entre 18 e 94 anos, COHEN (2010) indicou que além da ingestão de álcool, gênero e idade não se associaram aos escores do *V-RQOL* (QVV). Escolaridade, por sua vez, foi uma das variáveis que influenciou nos escores do questionário.

6.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

A análise das estratégias utilizadas pelos sujeitos deste estudo diante da alteração ou perda da voz, avaliadas por meio do questionário de Estratégias de Enfrentamento - *Coping* -, mostrou que todas as formas de enfrentamento descritas foram utilizadas por eles, ainda que em frequências diferentes (Tabela 4). Este achado já havia sido previsto por FOLKMAN e LAZARUS, em 1980, no desenvolvimento da teoria “*Ways of Coping*”.

A forma de enfrentamento utilizada pelos dois grupos em menor frequência foi a de confronto (Tabelas 4, 5; Quadro 1), que engloba estratégias com foco no problema, caracterizadas por esforços agressivos, por parte do sujeito, para alterar a situação causadora do estresse, como “Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema” ou “Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado” (FOLKMAN e LAZARUS 1980). Uma provável explicação para este achado deve-se à situação estressora analisada neste estudo. Foi solicitado aos sujeitos participantes da pesquisa que determinassem a frequência de utilização das estratégias de enfrentamento diante da situação de “Mudança ou perda da voz”. A análise dos resultados do *V-RQOL* (QVV) mostrou que há uma redução leve na qualidade de vida desses sujeitos em decorrência da disfonia. Uma vez que a situação estressora pré-determinada aos sujeitos não gera um impacto consistente em sua vida, é plausível que estratégias caracterizadas por certo grau de hostilidade ou risco sejam acessadas em menor frequência.

Resolução de problemas, forma de enfrentamento mais utilizada por ambos os grupos estudados, agrupa estratégias caracterizadas por esforços focados na

abordagem analítica do problema para resolução do mesmo, com a finalidade de alterar a situação estressora, como “Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo” ou “Fiz um plano de ação e o segui”, dentre alguns exemplos. Possivelmente tal resultado deva-se aos critérios de inclusão desta pesquisa. Todos os sujeitos participantes eram pacientes em acompanhamento para tratamento do câncer de laringe pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo ou com disfonias de base comportamental encaminhados para acompanhamento fonoaudiológico no Ambulatório de Voz da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. A busca prévia destes indivíduos por acompanhamento médico ou fonoaudiológico já caracteriza um esforço para solucionar um problema em suas vidas. Futuros estudos, com a inclusão de sujeitos com vozes alteradas, fora de centros de tratamento, virgens de intervenção médica ou fonoaudiológica, podem trazer dados ainda mais consistentes para a análise da frequência de escolha de estratégias de “resolução de problemas” por indivíduos disfônicos. OLIVEIRA (2009) sugere que sujeitos com queixa vocal buscam soluções práticas e mais concretas para enfrentar o problemas de voz, acessando, em maior frequência, estratégias focadas no problema.

Os indivíduos do G2 utilizaram as estratégias de “Suporte social”, “Aceitação da responsabilidade”, “Fuga e esquiva” e “Reavaliação positiva” em maior frequência que os sujeitos do G1. Todas estas formas de enfrentamento têm o foco na emoção, com exceção das estratégias de suporte social que podem apresentar além deste, foco também no problema. Alguns autores descreveram anteriormente a ocorrência maior de estratégias focadas na emoção para sujeitos com queixas vocais

e lesões benignas de laringe (MCHUGH-MUNIER et al. 1997; DEARY et al. 2003). Contudo não houve, em nenhum dos estudos prévios, a comparação da frequência de utilização das estratégias por indivíduos com disfonia decorrente do câncer ou de base comportamental. Pesquisadores afirmam ainda que há uma tendência na utilização mais frequente das estratégias com foco na emoção por parte de pacientes crônicos ou diante de situações consideradas permanentes, o que não foi confirmado no presente estudo (FOLKMAN e LAZARUS 1980; RIDDER e SCHREURS 2001).

Verificou-se, na análise de regressão, que os pacientes do G2 apresentaram piores escores no *V-RQOL* (QVV). O maior impacto da disfonia na qualidade de vida do sujeitos do G2, especificamente no domínio sócio-emocional pode ser uma das explicações para esta diferença na frequência de utilização de estratégias com foco na emoção, quando comparados ao G1.

Na análise de regressão linear múltipla, controlando-se as variáveis gênero, idade, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, verificou-se que não há uma relação direta entre a frequência de utilização de estratégias de enfrentamento e a etiologia da disfonia, seja lesão maligna ou de base comportamental (Tabela 8). SCHUSTER et al. (2003a; 2003b) também não encontraram diferenças nas formas de enfrentamento ao compararem pacientes com câncer de cabeça e pescoço com sujeitos com lesões malignas em outras regiões ou com doenças crônicas. Diferindo dos achados do presente estudo, BLOOD e LUTHER (1992) observaram que laringectomizados totais utilizaram predominantemente estratégias com foco no problema, principalmente busca por suporte social. Também de forma contrária, mesmo não comparando com outras patologias, MCHUGH-MUNIER et al. (1997) mostraram um predomínio de estratégias focadas na emoção por sujeitos disfônicos

com diagnóstico de nódulos e pólipos em pregas vocais. EPSTEIN et al.(2009), na comparação entre sujeitos com diagnóstico de disfonia espasmódica e disfonia por tensão músculo-esquelética, também observaram influência da etiologia na frequência de utilização das estratégias. THOMSEN et al. (2010) observaram que sujeitos com câncer avançado usam com mais frequência estratégias ficadas na emoção.

Ao retirar o efeito das variáveis de controle, etiologia da disfonia, gênero, tabagismo, etilismo, estado civil, trabalho e escolaridade, observou-se que a idade influenciou na utilização das estratégias de “afastamento”, foco na emoção e “resolução de problemas”, foco no problema. Com o aumento da idade houve uma redução na frequência das mesmas. Estes resultados diferem dos achados de FOLKMAN e LAZARUS em dois estudos distintos (FOLKMAN e LAZARUS 1980 e 1987). Enquanto no primeiro estudo, não houve relação entre idade e escolha do tipo de estratégia, no segundo estudo com um número maior de sujeitos, os jovens acessaram mais estratégias com foco no problema enquanto que os idosos utilizaram mais aquelas com foco na emoção. GROSSI (1999) identificou em seu trabalho que estratégias com foco no problema e com foco na emoção foram utilizadas independente da idade, contudo não há referência em relação à frequência de utilização das mesmas. CHUNG et al. (2004) também não encontraram diferenças de enfrentamento entre diferentes grupos etários.

Uma possível inferência sobre a redução na escolha das estratégias de resolução de problemas seria que, uma vez que estas requerem esforços para resolução do evento estressor, há uma dificuldade de utilização das mesmas, pelo idoso, devido às limitações físicas inerentes à idade. Em relação às estratégias de

afastamento, caracterizadas por esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação, pode-se pensar na correlação entre idade avançada e surgimento de déficits cognitivos, interferindo na utilização desta forma de enfrentamento. Entretanto, nada pode ser afirmado sobre este aspecto, na medida em que nenhuma avaliação cognitiva foi realizada com os sujeitos participantes do estudo.

Para análise da influência do gênero na utilização das estratégias de enfrentamento, todas as demais variáveis demográficas foram isoladas. “Fuga e esquiva”, centrada na emoção, foi utilizada em maior frequência pelas mulheres, concordando com os resultados de estudos anteriores. (FOLKMAN e LAZARUS 1980; GROSSI 1999; SEIDL 2005). PETERSON et al. (2006) destacam “fuga e esquiva” como uma das formas de enfrentamento mais utilizadas pelas mulheres com diagnóstico de infertilidade. Resultados divergentes ao deste estudo foram observados por alguns autores. RIBEIRO e SANTOS (2001) mostraram que os sujeitos do sexo feminino utilizaram mais estratégias focadas no problema. Os homens foram os que mais utilizaram “fuga e esquiva” na pesquisa desenvolvida por VIVAN e ARGIMON (2009). LORENCETTI e SIMONETTI (2005) e OLIVEIRA (2009) não encontraram relação entre a variável gênero e o resultado de enfrentamento, contudo a última autora sugere que o número reduzido de sujeitos do sexo masculino em seu estudo pode ter interferido neste resultado.

A fim de verificar a influência do tabagismo no resultado de enfrentamento, foram excluídos os efeitos de todas as demais variáveis. As formas de enfrentamento que sofreram interferência foram “afastamento”, “autocontrole” e “aceitação da responsabilidade”, todas focadas na emoção. São escassos na literatura estudos que

utilizam o questionário de enfrentamento proposto por FOLKMAN, LAZARUS (1980) e consumo de tabaco. REYNOLDS et al. (2000) não observaram relação entre estratégias de enfrentamento em fumantes ou ex-fumantes.

A relação entre consumo de álcool e estratégias de enfrentamento foi analisada retirando o efeito das variáveis etiologia da disfonia, gênero, idade, tabagismo, estado civil, trabalho e escolaridade. Houve uma maior utilização das estratégias de “confronto”, focada no problema, “aceitação da responsabilidade” e “fuga e esquiva” focadas na emoção, por aqueles que pararam com o consumo do álcool. Já os que mantinham o vício, acessaram mais as estratégias de “resolução de problemas” e “aceitação da responsabilidade”, esta com foco na emoção e a primeira com foco no problema. Percebe-se que não houve um padrão de escolha relacionada ao tipo de foco de cada estratégia. Os achados de REYNOLDS et al. (2000) e NURIDDIN (2007) divergem dos acima descritos, uma vez que não encontraram relação entre consumo de álcool e resultados de enfrentamento.

Da mesma forma que observado em relação ao SF-36, grau de escolaridade foi a variável que interferiu na frequência de utilização de um maior número de estratégias, tanto focadas na emoção quanto focadas no problema. A relação entre esta variável e as formas de enfrentamento foi a mesma, quanto maior o grau de escolaridade, menor a frequência de utilização das estratégias. SEIDL (2005) verificou que a menor escolaridade estava relacionada à maior frequência de escolha de estratégias focadas na emoção. VIVAN e ARGIMON (2009) relatam uma maior utilização de estratégias por sujeitos com escolaridade mais baixa, contudo, diferente do grupo de SEIDL (2005), a opção foi por aquelas focadas no problema. A diferença nos resultados desses dois grupos reforça os achados do presente estudo, no

qual houve uma menor freqüência de utilização de estratégias tanto com foco no problema, quanto com foco na emoção.

Os resultados do estudo de GROSSI (1999), confirmados por CHRISTENSEN et al. (2006) diferem dos achados da atual pesquisa, pois foi observada uma redução na utilização de estratégias com foco no problema pelos indivíduos de escolaridade mais baixa. Apesar de CHRISTENSEN et al. (2006) referirem que mulheres com ensino médio utilizam menos o enfrentamento com foco na emoção, como as duas variáveis não foram isoladas, torna-se impossível afirmar qual delas, ou ambas, interfere na escolha do sujeito. Da mesma forma, na pesquisa desenvolvida por SOUZA et al. (2007), apesar de descreverem uma provável relação entre escolaridade e enfrentamento, não se pode afirmar que esta existe, pois a associação não foi significativa.

Estado civil exerceu influência no resultado de enfrentamento relacionado à “aceitação da responsabilidade”. Os viúvos, ao serem comparados com solteiros, utilizam este tipo de estratégia em maior freqüência. SILVA et al. (2006) não encontraram relação entre esta variável e a escolha das formas de enfrentamento. Pela escassez de estudos, no momento não é possível definir qual a relação entre estado civil e as estratégias de enfrentamento.

Não foi observada interferência da variável “trabalho” na freqüência de utilização das estratégias de enfrentamento. Não foram encontrados estudos que abordassem tal relação. Contudo, há um consenso entre pesquisadores da área de voz sobre a importância da voz em diversas profissões. Sugere-se, portanto, a realização de estudos que analisem de maneira ainda mais detalhada esta relação, que certamente irão auxiliar os profissionais no atendimento ao paciente disfônico.

Em relação à utilização das informações de enfrentamento no ambiente hospitalar, diversos autores destacam a importância do conhecimento das mesmas para uma abordagem mais específica e efetiva com o paciente e seus familiares (DROPKIN 1989; GRAHN 1993; RELIC et al. 2001). Pela nossa prática clínica com início precoce de intervenção terapêutica, ainda na internação, julgamos extremamente válida tal colocação. Saber como cada indivíduo lida com sua alteração vocal poderá direcionar o fonoaudiólogo para diferentes abordagens terapêuticas e de suporte ao paciente e também aos seus familiares, otimizando o processo de reabilitação.

A avaliação de voz - perceptivo-auditiva e acústica – dos sujeitos desta pesquisa, bem como a relação destes achados com os resultados de qualidade de vida e enfrentamento, certamente seriam enriquecedoras. Uma vez que ainda são escassos estudos que enfoquem, principalmente, a relação entre a qualidade vocal e o grau de alteração da mesma, identifica-se aí um vasto campo para novas pesquisas.

No presente estudo não foi possível avaliar a influência do diagnóstico clínico, estadiamento do tumor e tipo de tratamento com qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de sujeitos com disfonia por câncer e de base comportamental, pela característica dos dois grupos comparativos. Contudo, sabe-se da importância que estas variáveis têm no julgamento, pelos pacientes, dos pontos abordados neste estudo. Um estudo que aborde cada um desses grupos, separadamente, poderia fornecer os dados em relação a esta possível interferência. Outras variáveis que não foram pesquisadas, mas também exercem papel fundamental na vida dos indivíduos são lazer e espiritualidade. É crescente na literatura, estudos que mostram o quão importante são estes aspectos na qualidade de

vida global. Dessa forma, sugerimos também pesquisas futuras que abordem estas variáveis com objetivo de conhecer de forma mais completa o perfil de cada paciente disfônico.

A riqueza de dados que os três questionários utilizados no presente estudo trazem sobre o paciente disfônico é notória. Um grande desafio é a transição destas informações para a prática clínica com conseqüente aprimoramento da abordagem a cada paciente de forma única.

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitem as seguintes conclusões:

- a Pacientes com disfonias decorrentes do tratamento do câncer de laringe e pacientes com disfonias de base comportamental apresentam qualidade de vida e enfrentamento semelhantes. Pacientes com disfonia de base comportamental apresentam pior qualidade de vida relacionada à voz no domínio sócio-emocional.

- b Idade, gênero, consumo de cigarro e álcool, escolaridade, estado civil e trabalho interferem na qualidade de vida geral e nas estratégias de enfrentamento de ambos os grupos. Dentre as variáveis demográficas analisadas, somente o etilismo interfere na qualidade de vida relacionada à voz.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altekruse SF, Kosary CL, Krapcho M, et al. **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007** based on November 2009 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2010. Available from: <URL:http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007>. [

Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos Psicologia** 1998; 3:273-94.

Bak-Drabik K, Ziora D. [The impact of socioeconomic status on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. **Pneumonol Alergol Pol** 2010; 78:3-13.

Baylor CR, Yorkston KM, Eadie TL. The consequences of spasmodic dysphonia on communication-related quality of life: a qualitative study of the insider's experiences. **J Commun Disord** 2005; 38:395-419.

Bech P. Quality of life in psychosomatic research. a psychometric model. **Psychopathology** 1987; 20:169-79.

Behlau M, Oliveira G, Santos Lde M, Ricarte A. Validation in Brazil of self-assessment protocols for dysphonia impact. **Pro Fono** 2009; 21:326-32.

Behlau M, Hogikyan ND, Gasparini G. Quality of life and voice: study of a Brazilian population using the voice-related quality of life measure. **Folia Phoniatr Logop** 2007; 59:286-96.

Benninger MS. The impact of cigarette smoking and environmental tobacco smoke on nasal and sinus disease: a review of the literature. **Am J Rhinol**. 1999 Nov-Dec;13(6):435-8.

Benninger MS, Ahuja AS, Gardner G, Grywalski C. Assessing outcomes for dysphonic patients. **J Voice** 1998; 12:540-50.

- Bergsma J, Engel GL. Quality of life: does measurement help? **Health Policy** 1988; 10:267-79.
- Billante CR, Spector B, Hudson M, Burkard K, Netterville JL. Voice outcome following thyroplasty in patients with cancer-related vocal fold paralysis. **Auris Nasus Larynx** 2001; 28:315-21.
- Bjordal K, Kaasa S. Psychometric validation of the EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. **Acta Oncol** 1992; 31:311-21.
- Blood GW, Luther AR, Stemple JC. Coping and adjustment in alaryngeal speakers. **Am J Clin Speech Lang Pathol** 1992; 1:63-9.
- Bouwers F, Dikkers FG. A retrospective study concerning the psychosocial impact of voice disorders: Voice Handicap Index change in patients with benign voice disorders after treatment (measured with the Dutch version of the VHI). **J Voice** 2009; 23:218-24.
- Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? **BMJ** 2001; 322:1357-60.
- Christensen U, Schmidt L, Kriegbaum M, Hougaard CØ, Holstein BE. Coping with unemployment: does educational attainment make any difference? **Scand J Public Health** 2006; 34:363-70.
- Chung MC, Werrett J, Easthope Y, Farmer S. Coping with post-traumatic stress: young, middle-aged and elderly comparisons. **Int J Geriatr Psychiatr** 2004; 19:333-43.
- Ciconelli RM. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short form health survey (SF-36)**. São Paulo; 1997. [Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo].

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinao I, Quaresma MR. Tradução para a lingual portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev Bras Reumatol** 1999; 39:143-50.

Clark A, Fallowfield LJ. Quality of life measurements in patients with malignant disease: a review. **J R Soc Med** 1986; 79:165-9.

Cohen SM. Self-reported impact of dysphonia in a primary care population: an epidemiological study. **Laryngoscope** 2010; 120:2022-32.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychol Bull** 1985; 98:310-57.

Coupland VH, Chapman P, Linklater KM, Sehgal A, Møller H, Davies EA. Trends in the epidemiology of larynx and lung cancer in south-east England, 1985-2004. **Br J Cancer** 2009; 100:167-9.

de Moraes LO, Peniche Ade C. [Anxiety and coping mechanisms used by ambulatory surgery patients]. **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37:54-62.

Debi R, Mor A, Segal O, et al. Differences in gait patterns, pain, function and quality of life between males and females with knee osteoarthritis: a clinical trial. **BMC Musculoskelet Disord** 2009; 10:127.

Deleyiannis FWB, Weymuller EA, Coltrera MD, Futran N. Quality of life after laryngectomy: are functional disabilities important. **Head Neck** 1998; 21:319-24.

Deshpande MS, Kakade AC, Chaukar DA, et al. Validation and assessment of voice-related quality of life in Indian patients undergoing total laryngectomy and primary tracheoesophageal puncture. **Head Neck** 2009; 31:37-44.

Dropkin MJ. Coping with disfigurement and dysfunction after head and neck cancer surgery: a conceptual framework. **Semin Oncol Nurs** 1989; 5:213-9.

Eadie TL, Doyle PC. Auditory-perceptual scaling and quality of life in tracheoesophageal speakers. **Laryngoscope** 2004; 114:753-9.

Engquist CL, Davis JE, Bryce RH. Can quality of life be evaluated? **Hospitals** 1979; 53:97, 99-100.

Epstein R, Hirani SP, Stygall J, Newman SP. How do individuals cope with voice disorders? Introducing the Voice Disability Coping Questionnaire. **J Voice** 2009; 23:209-17.

Finizia C, Bergman B. Health-related quality of life in patients with laryngeal cancer: a post-treatment comparison of different modes of communication. **Laryngoscope** 2001; 111:918-23.

Finizia C, Bergman B, Lindström J. A cross-sectional validation study of Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngeal Cancer-a questionnaire for use in the voice rehabilitation of laryngeal cancer patients. **Acta Oncol** 1999; 38:573-80.

Finizia C, Hammerlid E, Westin T, Lindström J. Quality of life and voice in patients with laryngeal carcinoma: a posttreatment comparison of laryngectomy (salvage surgery) versus radiotherapy. **Laryngoscope** 1998; 108:1566-73.

Flanders WD, Rothman KJ. Interaction of alcohol and tobacco in laryngeal cancer. **Am J Epidemiol** 1982; 115:371-9.

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **J Health Soc Behav.** 1980 Sep;21(3):219-39.

Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **J Personal Social Psychol** 1985; 1:150-70.

Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. **J Pers Soc Psychol** 1988; 54:466-75.

Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. **Psychol Aging** 1987; 2:171-84.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **J Pers Soc Psychol** 1986; 50:992-1003.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **J Pers Soc Psychol** 1986; 50:571-9.

Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. **Annu Rev Psychol**. 2004; 55:745-74.

Franic DM, Bramlett RE, Bothe AC. Psychometric evaluation of disease specific quality of life instruments in voice disorders. **J Voice** 2005; 19:300-15.

Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, Hollenbeck AR, Schatzkin A. Prospective investigation of the cigarette smoking-head and neck cancer association by sex. **Cancer** 2007; 110:1593-601.

Fung K, Yoo J, Leeper HA, et al. Vocal function following radiation for non-laryngeal versus laryngeal tumors of the head and neck. **Laryngoscope** 2001; 111:1920-4.

Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. **Salud Publica Mex** 2009; 51:6-13.

Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Levi F, Negri E, La Vecchia C. Laryngeal cancer in women: tobacco, alcohol, nutritional, and hormonal factors. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2003; 12:514-7.

Garret CG, Ossof RH, Hwang J, Courey MS. Quality-of-life outcomes following laryngeal endoscopic surgery for non-neoplastic vocal fold lesions. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 2004; 113:597-601.

Gasparini G, Behlau M. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida em voz – QVV. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 2006.

Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. **J Voice** 2009; 23:76-81.

Gerwin JM, Culton GL. Quality of life in prosthetic voice users. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2005; 133:685-8.

Glas K, Hoppe U, Eysholdt U, Rosanowski F. Smoking, carcinophobia and Voice Handicap Index. **Folia Phoniatr Logop** 2008; 60:195-8.

Goodinson SM, Singleton J. Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. **Int J Nurs Stud** 1989; 26:327-41.

Grahn G. "Learning to cope" – an intervention in cancer care. **Support Care Cancer** 1993; 1:266-71.

Grønning K, Rødevand E, Steinsbekk A. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. **Clin Rheumatol** 2010; 29:1317-22.

Grossi G. Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed. **Scand J Psychol** 1999; 40:157-65.

Guitérrez-Bedmar M, Seguí-Gómez M, Gómez-Gracia E, Bes-Rastrollo M, Martínez-González MA. Smoking status, changes in smoking status and health-related quality of life: findings from the SUN ("Seguimiento Universidad de Navarra") cohort. **Int J Environ Res Public Health** 2009; 6:310-20.

Guyatt G. Measuring health status in chronic airflow limitation. **Eur Respir J** 1988; 1:560-4.

Haddad L, Abrahão M, Cervantes O, Ceccon FP, et al. Vocal assessment in patients submitted to CO2 laser cordectomy. **Braz J Otorhinolaryngol** 2006; 72:295-30.

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.

Happ MB, Roesch T, Kagan SH. Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery: a literature review. **Cancer Nurs** 2004; 27:1-9.

Harkonmäki K, Rahkonen O, Martikainen P, K, Lahelma E. Associations of SF-36 mental health functioning and work and family related factors with intentions to retire early among employees. **Occup Environ Med** 2006; 63:558-63.

Harwood AR, Rawlinson E. The quality of life of patients following treatment for laryngeal cancer. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 1983; 9:335-8.

Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2009; 18:541-50.

Herr HW. Strategies for the management of recurrent and advanced urologic cancers. Quality of life. **Cancer** 1987; 60(3 Suppl):623-30.

Herrington-Hall BL, Lee L, Stemple JC, Niemi KR, McHone MM. Description of laryngeal pathologies by age, sex, and occupation in a treatment-seeking sample. **J Speech Hear Disord** 1988; 53:57-64.

Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). **J Voic.** 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.

Johns MM, Garrett CG, Hwang J, Ossoff RH, Courey MS. Quality-of-life outcomes following laryngeal endoscopic surgery for non-neoplastic vocal fold lesions. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 2004; 113:597-601.

Kandogan T, Sanal A. Quality of life, functional outcome, and voice handicap index in partial laryngectomy patients for early glottic cancer. **BMC Ear Nose Throat Disord** 2005; 5(1):3.

Kazi R, De Cordova J, Singh A, et al. Voice-related quality of life in laryngectomees: assessment using the VHI and V-RQOL symptom scales. **J Voice** 2007; 21:728-34.

Kirchman MM, Loomis B. A longitudinal study assessing the quality of occupational therapy. **Am J Occup Ther** 1980; 34:582-6.

Krauth J. Objective measurements of the quality of life. **Experientia Suppl** 1982; 41:402-51.

Krischke S, Weigelt S, Hoppe U, et al. Quality of life in dysphonic patients. **J Voice** 2005; 19:132-7.

Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life--a Swedish population study. **Int J Obes Relat Metab Disord** 2002; 26:417-24.

Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. **Psychosom Med** 1993; 55:234-47.

Lazarus RS, Folkman S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Pu; 1984. (LIVRO INTEIRO????)

Li CE, DiGiuseppe R, Froh J. The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. **Adolescence** 2006; 41:409-15.

Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad Saude Publica** 2009; 25:2159-67.

List MA, Rutherford JL, Stracks J, et al. Prioritizing treatment outcomes: head and neck cancer patients versus nonpatients. **Head Neck** 2004; 26:163-70.

Lorencetti A, Simonetti JP. [Patients' coping strategies during radiotherapy]. **Rev Lat Am Enfermagem** 2005; 13:944-50.

Loughran S, Calder N, MacGregor FB, Carding P, MacKenzie K. Quality of life and voice following endoscopic resection or radiotherapy for early glottic cancer. **Clin Otolaryngol** 2005; 30:42-7.

MacKenzie K, Millar A, Wilson JA, Sellars C, Deary IJ. Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. **BMJ** 2001; 323:658-61.

Maguire P, Selby P. Assessing quality of life in cancer patients. **Br J Cancer**. 1989 Sep;60(3):437-40.

McDougall GJ, Becker H, Delville CL, Vaughan PW, Acee TW. Alcohol use and older adults: a little goes a long way. **Int J Disabil Hum Dev** 2007; 6:431-40.

McHugh-Munier C, Scherer KR, Lehmann W, Scherer U. Coping strategies, personality, and voice quality in patients with vocal fold nodules and polyps. **J Voice** 1997; 11:452-61.

Moerman M, Martens JP, Dejonckere P. Application of the Voice Handicap Index in 45 patients with substitution voicing after total laryngectomy. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2004; 261:423-8.

Mosconi P, Cifani S, Crispino S, Fossati R, Apolone G. The performance of SF-36 health survey in patients with laryngeal cancer. **Head and Neck** 2000; 22:175-82.

Muller R, Paneff J, Kolner V, Koch R. Quality of life of patients with laryngeal carcinoma: a post treatment study. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2001; 258:276-80.

Murry T, Medrado R, Hogikyan ND, Aviv JE. The relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. **J Voice** 2004; 18:183-92.

Murry T, Rosen CA. Outcome measurements and quality of life in voice disorders. **Otolaryngol Clin North Am** 2000; 33:905-16.

Nõu E. Bronchial carcinoma. III. Quantitative measurements of the quality of survival. a prospective randomized study of the result of therapy in inoperable patients with localized disease. **Scand J Respir Dis Suppl** 1979; 104:107-30.

Orley J. **WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** Available from: <URL:http://www.who.int/en/http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf> [2010 nov 12]

Otto RA, Dobie RA, Lawrence V, Sakai C. Impact of a laryngectomy on quality of life: perspective of the patient versus that of the health care provider. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 1997; 106:693-9.

Paro HB, Morales NM, Silva CH, et al. Health-related quality of life of medical students. **Med Edu.** 2010; 44:227-35.

Peeters AJ, van Gogh CD, Goor KM, Verdonck-de Leeuw IM, Langendijk JA, Mahieu HF. Health status and voice outcome after treatment for T1a glottic carcinoma. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2004; 261:534-40.

Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. **Hum Reprod** 2006; 21:2443-9.

Pimenta FA, Simil FF, Tôrres HO, Amaral CF, Rezende CF, Coelho TO, Rezende NA. [Retiree quality of life assessment with SF-36 questionnaire]. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54:55-60.

Portone CR, Hapner ER, McGregor L, Otto K, Johns MM 3rd. Correlation of the Voice Handicap Index (VHI) and the Voice-Related Quality of Life Measure (V-RQOL). **J Voice** 2007; 21:723-7.

Ramírez MJ, Ferriol EE, Doménech FG, et al. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2003; 129:92-7.

Rasch T, Günther S, Hoppe U, Eysholdt U, Rosanowski F. Voice-related quality of life in organic and functional voice disorders. **Logoped Phoniatr Vocol** 2005; 30:9-13.

Relic A, Mazemda P, Arens C, Koller M, Glanz H. Investigating quality of life and coping resources after laryngectomy. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2001; 258:514-7

Resnick B, Perry D, Applebaum G, et al. The impact of alcohol use in community-dwelling older adults. **J Community Health Nurs** 2003; 20:135-45.

Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study. **Am J Epidemiol** 2000; 152:940-9.

Rosen C.A., Murry T, Zinn A., Zullo T., Sonbolian M. Voice Handicap Index change following treatment of voice disorders. **J Voice** 2000; 14:619-23.

Roy N, Bless DM, Heisey D. Personality and voice disorders: a multitrait-multidisorder analysis. **J Voice** 2000; 14:521-48.

Sartor SG, Eluf-Neto J, Travier N, Wünsch Filho V, Arcuri AS, Kowalski LP, Boffetta P. [Occupational risks for laryngeal cancer: a case-control study.]. **Cad Saude Publica** 2007; 23:1473-81.

Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). **Rev. Psiq Clin** 1999; 26:1-9.

Savoia MG, Santana P, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de folkman e lazarus para o português. **Rev Psicol USP** 1996; 7:183-201.

Savoia MG. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial, 2000, v. , p. 377-386.

Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com *HIV/AIDS*. **Psicol Estud** 2005; 10:421-9.

Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **Am J Psychiatr** 2003; 160:1670-6.

Schuster M, Lohscheller J, Kummer P, Hoppe U, Eysholdt U, Rosanowski F. Quality of life in laryngectomees after prosthetic voice restoration. **Folia Phoniatr Logop** 2003; 55:211-9.

Schuster M, Hoppe U, Kummer P, Eysholdt U, Rosanowski F. [Coping strategies in laryngectomy patients]. **HNO** 2003; 51:337-43.

Selby PJ, Chapman JA, Etazadi-Amoli J, Dalley D, Boyd NF. The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients. **Br J Cancer** 1984; 50:13-22.

Sharp HM, List M, MacCracken E, Stenson K, Stocking C, Siegler M. Patients' priorities among treatment effects in head and neck cancer: evaluation of a new assessment tool. **Head Neck** 1999; 21:538-46.

Smith JC, Johnson JT, Cognetti DM, et al. Quality of life, functional outcome, and costs of early glottic cancer. **Laryngoscope** 2003; 113:68-76.

Smith E, Verdolini K, Gray S, et al. Effect of voice disorders on quality of life. **J Med Speech-Lang Pathol** 1996; 4:223-44.

Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. **An Bras Dermatol** 2006; 81(2):143-9.

Spector BC, Netterville JL, Billante C, Clary J, Reinisch L, Smith TL. Quality-of-life assessment in patients with unilateral vocal cord paralysis. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2001; 125:176-82.

Spina AL, Maunsell R, Sandalo K, et al. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. **Braz J Otorhinolaryngol** 2009; 75:275-9.

Stewart MG, Chen AY, Stach CB. Outcomes analysis of voice and quality of life in patients with laryngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1998; 124:143-8.

[SEER] Surveillance, Epidemiology and End Results. Program - National Cancer Institute http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007.

Talamini R, Bosetti C, La Vecchia C, et al. Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. **Cancer Causes Control** 2002; 13:957-64.

Thomsen TG, Rydahl-Hansen S, Wagner L. A review of potential factors relevant to coping in patients with advanced cancer. **J Clin Nurs** 2010; 19:3410-26.

van Gogh CD, Verdonck-de Leeuw IM, et al. A screening questionnaire for voice problems after treatment of early glottic cancer. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2005; 62:700-5.

van Gogh CD, Verdonck-de Leeuw IM, et al. The efficacy of voice therapy in patients after treatment for early glottic carcinoma. **Cancer** 2006; 106:95-105.

van Gogh CD, Mahieu HF, Kuik DJ, et al. Voice in early glottic cancer compared to benign voice pathology. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 2007; 264:1033-8.

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

Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. **Head Neck** 2006; 28:1115-21.

Vilaseca I, Chen AY, Bakscheider AG. Long-term quality of life after total laryngectomy. **Head Neck** 2006; 28:313-20.

Vivan Ade S, Argimon II. [Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly]. **Cad Saude Publica** 2009; 25:436-44.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 1992; 30:473-83.

Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. **Age Ageing** 2001; 30:337-43.

West E, Wällberg-Jonsson S. Health-related quality of life in Swedish men and women with early rheumatoid arthritis. **Gend Med** 2009; 6:544-54.

[WHO] World Health Organization. The economics of health and disease. **WHO Chronicles** 1971; 25:20-4.

Wilson JA, Deary IJ, Millar A, Mackenzie K. The quality of life impact of dysphonia. **Clin Otolaryngol Allied Sci** 2002; 27:179-82.

Wünsch Filho V. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. **São Paulo Med J** 2004; 122:188-94.

Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, Kilima PM. Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. **Qual Life Res** 1999; 8:111-20.

Anexo 1 – Carta de aprovação dos Comitês de Ética

CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA
**HOSPITAL
DO CANCER**

A. C. CAMARGO
São Paulo, 29 de junho de 2005.

À
Sra. Mônica Caiafa Bretãs

*Ref.: Projeto de Pesquisa n.º 707/05
"Análise comparativa da qualidade de vida, voz e estratégias de enfrentamento de pacientes com disfonia decorrente ou não do câncer de laringe".*

Prezada Senhora:

Seu projeto de pesquisa, acima mencionado, foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer em sua última reunião de 28/06/2005. Os membros desta comissão aprovaram a realização deste estudo.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à secretaria do CEP dentro de 12 meses.

Atenciosamente,



Dr. Daniel Deheinzeln
Coordenador Interno da Comissão de Ética em Pesquisa

C.C
Orientadora: Dra. Elisabete Carrara de Angelis

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

USO EXCLUSIVO DO COMITÊ
PROTOCOLO Nº: _____
RECEBIDO EM: ___/___/___

TÍTULO DO PROJETO:

Análise comparativa da Qualidade de Vida, Voz e
Estratégias de Enfrentamento de pacientes
com disfonia decorrente ou não do câncer
de laringe

NOME COMPLETO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: Monica Caiafa Bretas
DEPARTAMENTO / DISCIPLINA: Fonoaudiologia
ENDEREÇO: Rua Teixeira da Silva 487 / 52 - Paraíso SP
TELEFONE: (11) 38851761 / 84410550 / 21895123
FAX: _____
E.MAIL: monica@caiafa.org; monicabretas@hotmail.com

NOME E TELEFONE DOS PESQUISADORES ASSOCIADOS E/OU PESSOAL TÉCNICO ENVOLVIDO:

Dra. Elisabete Carrara-de Angelis
93855711
Dra. Renata Azevedo
91871111

**UNIFESP - ET
HOSPITAL SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Recebido em: 16/03/2006
Por: *Konulato*
Projeto Nº: 0366106

Tel: 5571.1062 PATROCINADOR: Capes

ASSINATURA DO INVESTIGADOR: *monicabretas*

NOME DO ORIENTADOR (TESES) E: Monica Caiafa Bretas

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO: Dr Luis Fernando Lima Reis

NOME DO CHEFE DE DISCIPLINA: Renata Azevedo

NOME DO CHEFE DE DEPARTAMENTO: _____

ASSINATURA DO CHEFE DA DISCIPLINA OU DEPARTAMENTO: *Luiz*

DATA: _____

Anexo 2 - Ficha de registro de dados

FICHA DE REGISTRO DE DADOS

I) IDENTIFICAÇÃO

Data: / /

Grupo

Nome _____

RGH _____

Categoria (1) SUS (2) CONV (3) PART 1__1

Endereço _____ Telefone _____

Sexo (1) M (2) F 1__1

Idade _____ 1__1

Data de Nascimento ____/____/____

Estado Civil (1) S (2) C (3) D (4) V 1__1

Filhos (0) Não (1) Sim 1__1

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 1__1

Trabalha atualmente (0) Não (1) Sim 1__1

Fumo (0) Nunca (1) Parou (0) Mantém o vício 1__1

Ácool (0) Nunca (1) Parou (0) Mantém o vício 1__1

Diagnóstico (1) tumor de laringe (2) AEM (3) pólipos
(4) nódulo (5) edema de reinke (6) granuloma
(7) leucoplasia (8) úlcera de contato
(9) disfonia funcional 1__1

Estadiamento (0) ausência de tumor 1__1

do tumor (1) T0 (2) T1 (3) T2 (4) T3 (5) T4 (6) Tx 1__1

(1) N0 (2) N1 (3) N2 (4) N3 (4) Nx 1__1

(1) M0 (2) M1 (3) Mx 1__1

Tratamento (0) nenhum (2) medicamentos
(1) cirurgia o
(4) rxtp + cirurgia (5) rxtp + qt
(3) rxtp exclusiva
(6) terapia fonoaudiológica 1__1

Cirurgia _____

Anexo 3 – Questionário de Qualidade de Vida Geral

Nome _____ Grupo _____

Questionário SF-36 (*Medical Outcomes Short Form Health Survey* Questionário Genérico de avaliação de qualidade de vida, BRAZIER et al. 1992)

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro e como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- Excelente 1
 Muito boa..... 2
 Boa..... 3
 Ruim..... 4
 Muito ruim..... 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

3. Os seguinte itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?
(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, m relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma alguma..... 1
Ligeiramente..... 2
Moderadamente..... 3
Bastante..... 4
Extremamente..... 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

- Nenhuma..... 1
Muito leve..... 2
Leve..... 3
Moderada..... 4
Grave..... 5
Muito grave..... 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)

(circule uma)

- De maneira alguma..... 1
Um pouco..... 2
Moderadamente..... 3
Bastante..... 4
Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(circule um número em cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)? (circule uma)

- Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Uma pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 4 – Questionário de Qualidade de Vida em Voz

Nome _____ Grupo _____

Protocolo de Qualidade de Vida em Voz - QVV

Validação Gasparini, Behlau – 2006

Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a gravidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo o tamanho do problema que você tem. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1 = não é um problema
- 2 = é um problema pequeno
- 3 = é um problema moderado/médio
- 4 = é um grande problema
- 5 = é um problema muito grande

Por causa de minha voz,	O quanto isto é um problema?				
1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos.	1	2	3	4	5
2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair.	1	2	3	4	5
4. Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5
5. Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5
6. Tenho dificuldades em falar ao telefone (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5
7. Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5
8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5
9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido.	1	2	3	4	5
10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz).	1	2	3	4	5

Anexo 5 – Questionário de Estratégias de *Coping*

Nome _____ Grupo _____

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você na situação “MUDANÇA OU PERDA DA VOZ”, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei a estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5	Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6	Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultado, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7	Tentei encontrar a pessoa certa para mudar minhas idéias	0	1	2	3
8	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema o problema	0	1	2	3
9	Me critiquei, me repreendi	0	1	2	3
10	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11	Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12	Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13	Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14	Procurei guardar pra mim mesmo(a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15	Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16	Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19	Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20	Me inspirou a fazer algo criativo	0	1	2	3
21	Procurei esquecer a situação desagradável	0	1	2	3
22	Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0	1	2	3
25	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26	Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado	0	1	2	3
28	De alguma forma extravasei meus sentimentos	0	1	2	3
29	Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30	Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31	falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3

35	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir meu primeiro impulso	0	1	2	3
36	Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40	Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação	0	1	2	3
42	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44	Mínimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0	1	2	3
45	Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48	Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51	Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez	0	1	2	3
52	Encontrei algumas situações diferentes para o problema	0	1	2	3
53	Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu me senti	0	1	2	3
56	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma	0	1	2	3
57	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles que eu estava	0	1	2	3
58	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60	Rezei	0	1	2	3
61	me preparei para o pior	0	1	2	3
62	Analisei mentalmente oq eu fazer e o que dizer	0	1	2	3
63	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei Como modelo	0	1	2	3
64	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores"	0	1	2	3
66	Corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

Anexo 6 – Formas de enfrentamento e exemplos (FOLKMAN e LAZARUS, 1980; 1984)

Confronto

Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.

“Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultado, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa”

“Tentei encontrar a pessoa certa para mudar minhas idéias”

“Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema”

“De alguma forma extravasei meus sentimentos”

“Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado”

“Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria”

Afastamento

Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

“Concordei com o fato, aceitei o meu destino”

“Fiz como se nada tivesse acontecido”

“Procurei encontrar o lado bom da situação”

“Procurei esquecer a situação desagradável”

“Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação”

“Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela”

Auto-Controle

Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.

“Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções”

“Procurei guardar pra mim mesmo(a) os meus sentimentos”

“Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir meu primeiro impulso”

“Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação”

“Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo”

“Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer”

“Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo”

Suporte Social

Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

“Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema o problema”

“Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas”

“Procurei ajuda profissional”

“Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”

“Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos”

“Falei com alguém sobre como estava me sentindo”

Aceitar a Responsabilidade

Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.

“Me critiquei, me repreendi”

“Compreendi que o problema foi provocado por mim”

“Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez”

“Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos”

Fuga-Esquiwa

Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala, contrastam com os da escala de «distanciamento», que sugerem desprendimento.

“Esperei que um milagre acontecesse”

“Dormi mais que o normal”

“Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação”

“Procurei fugir das pessoas em geral”

“Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s) ”

“Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo”

“Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”

Resolução do Problema

Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.

“Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo”

“Fiz um plano de ação e o segui”

“Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final”

“Busquei nas experiências passadas uma situação similar”

“Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”

“Encontrei algumas situações diferentes para o problema”

Reavaliação Positiva

Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal.

Tem também uma dimensão religiosa.

“Me inspirou a fazer algo criativo”

“Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”

“Saí da experiência melhor do que eu esperava”

“Encontrei novas crenças”

“Redescobri o que é importante na vida”

“Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma”

“Rezei”

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA, VOZ E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PACIENTES COM DISFONIA DECORRENTE OU NÃO DO CÂNCER DE LARINGE

Convidamos você a participar de um estudo que tem por objetivo analisar a qualidade de vida, a voz e as estratégias utilizadas diante de uma alteração vocal decorrente ou não do câncer de laringe. Neste estudo, serão avaliadas as suas percepções quanto a sua voz e qualidade de vida, bem como a visão do médico, do fonoaudiólogo e do leigo, sobre sua voz. Julgamos ser de grande importância o conhecimento sobre a visão que o paciente tem sobre sua voz, que muitas vezes difere das opiniões dos profissionais e das pessoas em geral.

A participação neste estudo é voluntária. Você terá tempo suficiente para decidir se quer participar ou não. Caso decida não participar, não haverá qualquer prejuízo em relação ao tratamento recebido.

Caso concorde em participar deste estudo, você será solicitado a, inicialmente, assinar um consentimento por escrito. Então, você será convidado a preencher 3 questionários que avaliarão a sua visão sobre qualidade de vida, voz e quais estratégias utiliza para enfrentar a alteração vocal que apresenta, além de ser submetido à gravação de sua voz.

Esclarecemos que este consentimento destina-se somente a sua participação nesta pesquisa, não havendo possibilidade de extensão da mesma autorização para outros projetos.

APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Caso concorde em participar este estudo, você receberá 3 questionários: 1) SF-36 - para avaliação de qualidade de vida; 2) *VHI* (Índice de Desvantagem vocal) – para avaliação de sua percepção sobre sua desvantagem vocal; 3) *Coping* – para avaliação das estratégias que você utiliza para lidar com sua desvantagem vocal. A duração estimada para a aplicação destes protocolos é de aproximadamente 50 minutos.

GRAVAÇÃO DE VOZ

Caso concorde em participar deste estudo você será submetido à gravação de sua voz. Você será solicitado a ficar posicionado em pé e emitir a vogal /a/, contar os números de 1 a 10 e falar um trecho sobre sua família ou trabalho. A duração estimada para esta gravação é de aproximadamente 5 minutos.

BENEFÍCIOS E RISCOS POTENCIAIS DO ESTUDO

Os benefícios potenciais obtidos com este estudo incluem a possibilidade de aquisição de informações que poderão proporcionar melhor conhecimento sobre os pacientes, podendo resultar em mudanças no planejamento terapêutico e de reabilitação, visando melhora na qualidade de vida após o tratamento médico. Será possível conhecermos qual o impacto da alteração da voz na sua qualidade de vida, e quais estratégias você utiliza para enfrenta-la. Além disso, poderemos por meio deste estudo verificar e comparar a sua visão sobre sua voz com a visão dos médicos e fonoaudiólogos.

Este estudo também poderá trazer benefícios futuros para outros pacientes que apresentem as mesmas alterações.

Não há qualquer risco ou desconforto esperado na realização deste estudo.

DESCONTINUAÇÃO DO ESTUDO

Sua participação neste estudo é completamente voluntária e você é livre para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto afete a qualidade do tratamento oferecido por seu médico. Você não

precisará dizer o motivo pelo qual deseja desligar-se do estudo, porém deverá informar seu médico sua decisão.

REGISTRO DOS PACIENTES

Se você participar do estudo, seus registros ficarão disponíveis para o Pesquisador responsável, as autoridades regulatórias e sanitárias pertinentes ou poderão ser publicados com fins científicos, porém sua identidade permanecerá confidencial.

ESCLARECIMENTO SOBRE DISPONIBILIDADE PARA COMPENSAÇÃO PELA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA OU PRA DANOS RELACIONADOS À PESQUISA

Item não considerado, pois não há riscos de danos ou desconforto ao paciente.

DÚVIDAS

Se quaisquer problemas 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:

Fgª Monica Caiafa Bretas Tel. 3272-5123/ 5124

Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer – SP pelo telefone 3272-5000, ramais 1113 ou 1117.

POR FAVOR, GUARDE ESTAS INFORMAÇÕES PARA CONSULTA FUTURA.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Li e entendi este folheto de informações ao paciente e o formulário de consentimento livre e esclarecido compostos de 2 páginas. Concordo voluntariamente em participar do estudo acima. Entendo que mesmo após a assinatura do 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 cópia deste folheto de informações ao paciente e formulário de consentimento para levar comigo.

Em:.....

Nome por extenso:

Assinatura.....

Investigador:.....

Assinatura.....

CERTIFICADO



2º Composium Internacional da IALP
2nd International Composium of IALP
International Association of Logopedics and Phoniatrics

Certificamos que / We certify that
o trabalho / the study

"ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE, VOICE AND COPING IN PATIENTS WITH DYSPHONIA
DECURRENT OR NOT FROM LARYNGEAL CANCER"

de autoria de / authored by

**MONICA CAIAFA BRETAS, RENATA RANGEL AZEVEDO DE CARVALHO e/and ELISABETE
CARRARA DE ANGELIS**

foi apresentado no 2º Composium Internacional da IALP, na cidade de São Paulo, nos
dias 24 e 25 de março de 2007.

was presented at the 2nd IALP International Composium, in São Paulo City on March
24th and 25th 2007.

Dolores Battle

Presidente da IALP / IALP President
Presidente do Composium / Composium President

Mara Behlau

Presidente do Comitê Organizador / Organizing Committee President
Presidente Eleita da IALP / President Elect of IALP



International Association of Logopedics and Phoniatrics



Patrocinadores (Sponsors)