

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À VOZ
E À DEGLUTIÇÃO APÓS TRATAMENTO
PARA CÂNCER DE LÍNGUA**

ANNA KARINNE COSTA BANDEIRA

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

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Elisabete Carrara-de Angelis

São Paulo

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo**

Bandeira, Anna Karinne Costa

**Qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição após tratamento para
câncer de língua** / Anna Karinne Costa Bandeira. -- São Paulo, 2004.

84p.

Dissertação(mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

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

Orientador: Elisabete Carrara-de Angelis.

Descritores: 1. CÂNCER DA LINGUA/terapia. 2. DISTÚRBIOS DA VOZ. 3. TRANSTORNOS DA DEGLUTIÇÃO. 4. DISFONIA. 5. DISFAGIA. 6. QUALIDADE DE VIDA.

"Buscai primeiro o Reino de Deus
e tudo mais vos será acrescentado"
Mateus 6, 33-34

"Tudo posso Naquele que me fortalece -
Nosso Senhor Jesus Cristo"
Filipenses 4,13

DEDICATÓRIA

Todas as minhas vitórias são dedicadas aos meus pais, Petrúcio e Terezinha, por seu amor e por acreditarem no meu sonho, incentivando-me e não medindo esforços para a concretização da minha formação acadêmica. Meus pais são a razão da minha alegria e orgulho.

Dedico também a minha avó Conceição (*in memoriam*), pois foi sua enfermidade que me motivou a largar tudo em Maceió e vir em busca do conhecimento específico para a reabilitação dos pacientes disfágicos.

AGRADECIMENTOS

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

Deus e Nosso Senhor Jesus Cristo, pelo dom da vida, pelas oportunidades, capacitação, proteção contra acontecimentos negativos e pelas grandes amizades conquistadas aqui na cidade de São Paulo, uma vez que cheguei de Maceió com poucas esperanças de amizades sinceras.

Meus irmãos **Adriano e Fábio**, minhas cunhadas **Edenir e Humberta**, pelo apoio constante e incondicional, e meus sobrinhos Pedro, Leonardo, Lucas e Marcela, por serem privados da minha companhia, não os vendo crescer e conquistar novas descobertas.

Minha orientadora, amiga e uma segunda mãe **Dra Elisabete Carrara de Angelis**, por tudo o que ela me permitiu ser, fazer e aprender, pois dela não só colhi aprendizado profissional, mas também grandes ensinamentos da vida.

À Fonoaudióloga e amiga **Elma de Azevedo**, por sua disponibilidade e dedicação na coleta de dados deste trabalho.

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

À todos que compõem a **Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente**, em especial ao **Dr. Luiz Fernando Lima Reis**, as secretárias **Ana Maria e Márcia**, por sempre estarem disponíveis a incentivar, esclarecer dúvidas e tentar, na medida do possível resolver as nossas necessidades.

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de estudo concedida.

À estatística **Inês Nishimoto** por sua atenção, paciência e dedicação ao me ensinar os princípios básicos estatísticos e executar a análise estatística do presente trabalho.

A todas as colaboradoras da biblioteca do Hospital do Câncer AC Camargo, **Suely, Adriana, Francyne e Rose**, em primeiro lugar pela amizade, paciência e apoio constante, e também por seus serviços sempre eficientes e precisos com as nossas necessidades.

Às **alunas de medicina** da Faculdade de Mogi das Cruzes pela oportunidade de exercer um pouco do conhecimento adquirido no curso da pós-graduação atuando como orientadora, permitindo que o nosso trabalho resultasse num material de qualidade pronto para ser publicado.

Às fonoaudiólogas titulares do Departamento de Fonoaudiologia do Hospital do Câncer AC Camargo, **Luciana, Simone e Ana Paula**, pela constante demonstração de amizade, apoio e incentivo em todos os aspectos da minha vida.

A todos os **titulares** dos Departamentos de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia pelo apoio constante no transcorrer deste estudo.

Aos **funcionários** dos Departamentos de Fonoaudiologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia por sua atenção e disponibilidade durante o período do levantamento-convocação dos pacientes e suas respectivas entrevistas me dando todo o suporte necessário para a concretização deste trabalho.

Aos meus eternos amigos **Alessander José Francisco e Mauricio Silva** por sua amizade e dedicação, me salvando dos vários apuros durante as montagens das minhas aulas e formatação dos meus trabalhos, sempre em cima da hora.

Minha prima **Walkiria**, seu esposo **Jadiel** e toda a sua **família**, por terem me recebido de braços abertos, me acolhendo, me apoiando no momento mais difícil da minha vida, a minha adaptação à São Paulo.

Aos amigos de Maceió **Profª Laís, D. Nira, Sr. Carlos e Gustavo** pela confiança, amizade, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Meu professor de inglês e anjo da guarda, **Fábio Collaço**, por sua amizade, credibilidade e principalmente paciência por me passar conhecimentos tão abstratos de forma tão simples, em curto espaço de tempo, para alguém que nunca havia estudado a língua em nenhum momento.

Às minhas **amigas da II turma da especialização** do Hospital do Câncer AC Camargo por sua amizade, incentivo e carinho demonstrados na fase seletiva do mestrado, unindo-se para me ajudar de maneira muito particular.

Aos amigos **Irene e José Guilherme** pela amizade incondicional e pelas constantes ajudas no transcorrer do estudo.

À amiga fonoaudióloga **Tatiana Vilanova**, pelas demonstrações de sentimento de amizade sincera e pela oportunidade de vivenciar que é possível existir relacionamento profissional e amizade ao mesmo tempo, sem que um interfira no outro. Obrigada por tudo Tatiana, amizade, apoio, credibilidade e todas as tuas demais atitudes que me ajudaram na minha vida em São Paulo.

Às amigas **Simone Moura, Patrícia Seibel, Daniela Filipini, Roberta Isolan, Dagmar Stam, Carolina Lizzana, Andréia Caíres, Ivy Jungerman e Keila Miranda**, pelo carinho, amizade, preocupação constante, e por compreenderem a minha ausência no dia-a-dia das nossas vidas.

Aos amigos **Jeferson e Fátima Tomazelli** por sua amizade, disposição e contribuição no entendimento de alguns pontos cruciais no decorrer deste estudo.

Ao amigo **Dr. João Gonçalves Filho** por sua palavra amiga e de confiança, incentivando-me na realização do mestrado e por seu constante apoio durante o percurso do mesmo.

Às colegas fonoaudiólogas **Gabriela Achê, Isis Bressan, Letícia Cintra, Juliana Portas e Lucia Helena**, que de maneira indireta me auxiliaram para a concretização deste estudo, cobrindo-me nos horários de atendimento.

RESUMO

Bandeira AKC. **Qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição após tratamento para câncer de língua.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

O tratamento cirúrgico do câncer de língua com ou sem reconstrução e/ou radioterapia, acarreta diferentes graus de alterações fonoarticulatórias e de deglutição. Avaliar a qualidade de vida relacionada às alterações vivenciadas no momento da comunicação e da alimentação se faz necessário para se conhecer qual o seu verdadeiro impacto. Nosso objetivo foi descrever a qualidade de vida relacionada às alterações de voz e de deglutição, em pacientes tratados por câncer de língua, através de questionários específicos (*Voice Handicap Index - VHI* – JACOBSON et al. 1997 e o *Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL* - McHORNEY et al. 2002). Vinte e nove pacientes fizeram parte do estudo, todos com o mínimo de um ano de pós-término do tratamento oncológico. Na entrevista foram aplicados os questionários para avaliar o impacto de alterações vocais (*VHI*) e de alterações de deglutição (*SWAL-QOL*) na qualidade de vida dos indivíduos. Encontramos no geral um bom escore para a qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição. O aspecto inteligibilidade de fala foi o fator que mais interferiu na qualidade de vida dos pacientes com estadiamento avançado, avaliado através do domínio funcional do *VHI*. Os aspectos relacionados a como lidar com os problemas de deglutição, tempo de refeição, prazer para comer, mastigação, parada de alimento na boca e garganta, engasgos e o conhecimento das restrições alimentares, avaliados através dos diferentes domínios do *SWAL-QOL*, foram os fatores que contribuíram para um impacto negativo para os pacientes com estadiamento avançado e submetidos à radioterapia.

SUMMARY

Bandeira AKC. [**Quality of life in swallowing and voice disorders after surgical treatment of tongue cancer**]. São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

The surgical treatment of tongue cancer, with or without reconstruction and/or radiotherapy, leads to different levels of voice, speech and deglutition disorders. Evaluating the quality of life related to the alterations experienced at the moment of the communication and swallowing is necessary to the knowledge of the actual impact of such alterations. Our objective was to describe the quality of life related to voice and swallowing in patients treated for tongue cancer, using specific questionnaires (*Voice Handicap Index - VHI* - JACOBSON et al. 1997 and *Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL* - McHORNEY et al. 2002). Twenty nine patients participated in the study, with a minimum of one-year post oncological treatment. At the interview, questionnaires were used to evaluate the impact on voice alterations (*VHI*) and in swallowing alterations (*SWAL-QOL*) in the quality of life of the patients. We found a good global score for the quality of life related to voice and deglutition. Speech intelligibility was the main parameter that interfered in the quality of life of patients with advanced stage tumors evaluated by the functional domain of *VHI*. The aspects related to how to deal with deglutition problems, time for meal, pleasure to eat, chewing problems, food sticking in throat and mouth, choking and the knowledge of feeding restrictions, evaluated by different domains of *SWAL-QOL*, were the factors that contributed to a negative impact for patients with advanced stage tumors submitted to radiotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos pacientes diagnosticados e tratados com tumor de língua entre janeiro de 2000 a maio de 2003 e dos casos excluídos e elegíveis participantes do estudo	19
Tabela 2	Distribuição da casuística de acordo com as variáveis demográficas e de estilo de vida.	20
Tabela 3	Distribuição da casuística segundo a classificação TNM (WITTEKIND e SOBIN 2002).	21
Tabela 4	Distribuição da casuística de acordo com as características do tratamento.	22
Tabela 5	Distribuição da casuística de acordo com características clínicas e de tratamento relacionadas à reabilitação fonoaudiológica.	23
Tabela 6	Distribuição de frequências de acordo com as variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997).	24
Tabela 6.1	Distribuição de frequências de acordo com as medidas de tendência central e de variabilidade relacionadas aos diferentes domínios e escore final, do questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997).	25
Tabela 6.1.1	Distribuição da casuística de acordo com as respostas do <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio funcional.	25
Tabela 6.1.2	Distribuição da casuística de acordo com as respostas do <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio físico.	26
Tabela 6.1.3	Distribuição da casuística de acordo com as respostas do <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio emocional.	26
Tabela 7	Distribuição de frequências das variáveis relacionadas à alimentação, na última semana anterior à entrevista do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002).	27
Tabela 7.1	Distribuição de frequências da variável auto-classificação da saúde do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002).	28
Tabela 7.2	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade relacionadas às variáveis do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002).	29

Tabela 7.2.1	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio fardo.	30
Tabela 7.2.2	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio desejo de se alimentar.	30
Tabela 7.2.3	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio frequência dos sintomas.	31
Tabela 7.2.4	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio seleção de alimento.	31
Tabela 7.2.5	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio comunicação.	31
Tabela 7.2.6	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio medo.	32
Tabela 7.2.7	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio saúde mental.	32
Tabela 7.2.8	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio função social.	32
Tabela 7.2.9	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio sono.	33
Tabela 7.2.10	Distribuição das respostas do <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002), referente ao domínio fadiga.	33
Tabela 8	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997) de acordo com o estadiamento (n=26).	34
Tabela 9	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento (n=26).	35
Tabela 10	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), de acordo com a realização ou não da reconstrução (n=29).	36
Tabela 11	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de reconstrução (n=29).	38

Tabela 12	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), de acordo com a realização ou não da radioterapia (n=29).	39
Tabela 13	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29).	41
Tabela 14	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997), de acordo com o Tempo pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).	42
Tabela 15	Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002) de acordo o tempo de pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	acidente vascular cerebral
dp	desvio padrão
Esvaziamento	ressecção de linfonodos do pescoço
EORTC-H&N35(QLQ-H&NC35)	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Head and Neck 35 cancer module</i>
EORTC C30 (QLQ C30)	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core-30</i>
FACT-HN	questionário de qualidade de vida <i>Funcional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck</i>
Gy	unidade de medida de radiação - gray
Glossectomia	ressecção de língua
HNQOL	questionário de qualidade de vida <i>Head and Neck Quality of Life</i>
H&NS	questionário de qualidade de vida <i>Head & Neck Survey</i>
HNHSAI	questionário de qualidade de vida <i>Head and Neck Health Status Assessment Inventory</i>
Min-máx	minima-máxima
Pelveglossectomia	ressecção de soalho de boca e língua
PSS-HN	questionário de qualidade de vida <i>Performance Status Scale-Head and Neck Cancer</i>
SF-36	questionário de qualidade de vida <i>36- Item Short-Form Health Survey</i>
SWAL-QOL	<i>Quality of Life in Swallowing Disorders</i>
SOH	esvaziamento cervical supraomohioideo
TNM	Sistema Internacional de Classificação de tumores adotado pela UICC (União internacional contra o Câncer) (T: tumor primário; N: linfonodos regionais; M: metástase à distância).
T1 - T4	indica o tamanho do tumor de acordo com o diâmetro e extensão local
Tx	tumor primário não pode ser avaliado
UW-QOL	<i>University of Washington – Quality of Life</i>
VHI	questionário de qualidade de vida <i>Voice Handicap Index</i>
XQOL	<i>Xerostomia Quality of Life</i>

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	2
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivo Específico	10
3	MATERIAL E MÉTODOS	12
3.1	CrITÉrios de Inclusão	12
3.2	CrITÉrios de Exclusão	13
3.3	Análise Estatística	16
4	RESULTADOS	19
4.1	Caracterização dos pacientes	19
4.2	<i>VHI (Voice Handicap Index)</i> : Índice de Desvantagem Vocal	23
4.2.1	<i>VHI</i> – Caracterização das Respostas referentes aos diferentes domínios	25
4.3	<i>SWAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders)</i> : Qualidade de vida em Disfagia	27
4.3.1	<i>SWAL-QOL</i> – Caracterização das Respostas referentes aos diferentes domínios	30
4.4	Caracterização e comparação da qualidade de vida em voz (VHI) e em deglutição (SWAL-QOL) por grupos:	33
4.4.1	Estadiamento	33
4.4.2	Reconstrução	36
4.4.3	Radioterapia	39
4.4.4	Tempo de pós-tratamento	42
5	DISCUSSÃO	46
5.1	Tema e Metodologia	46

5.2	Resultados	50
5.2.1	Caracterização dos pacientes	50
5.2.2	<i>VHI (Voice Handicap Index)</i> : Índice de Desvantagem Vocal	52
5.2.3	<i>SWAL-QOL(Quality of Life in Swallowing Disorders)</i> : Qualidade de Vida em Disfagia	55
5.3	Caracterização e comparação da qualidade de vida em voz (VHI) e em deglutição (SWAL-QOL) por grupos:	57
5.3.1	Estadiamento	58
5.3.2	Reconstrução	60
5.3.3	Radioterapia	63
5.3.4	Tempo de pós-tratamento	67
6	CONCLUSÃO	73
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS

Anexo I	Comitê de Ética
Anexo II	Ficha de Registro de Dados
Anexo III	Consentimento pós-informado
Anexo IV	<i>VHI (Voice Handicap Index)</i> : Índice de Desvantagem Vocal (JACOBSON et al. 1997)
Anexo V	<i>SWAL-QOL(Quality of Life in Swallowing Disorders)</i> : Qualidade de Vida em Disfagia (McHORNEY et al. 2002)
Anexo VI	Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário <i>VHI</i> (JACOBSON et al. 1997) de acordo com o estadiamento*(n=29)
Anexo VII	Distribuição de frequências das variáveis da alimentação ingeridos na última semana anterior a entrevista do questionário <i>SWAL-QOL</i> (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento (n=26)
Anexo VIII	Distribuição de frequências da variável da auto-classificação

- da saúde no questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento (n=26)
- Anexo IX** Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo a realização ou não da reconstrução (n=29)
- Anexo X** Distribuição de frequências das variáveis da alimentação ingeridos na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não da reconstrução (n=29)
- Anexo XI** Distribuição de frequências da variável da auto-classificação da saúde no questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo a realização ou não da reconstrução (n=29)
- Anexo XII** Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo com a realização ou não da radioterapia (n=29)
- Anexo XIII** Distribuição de frequências das variáveis da alimentação na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29)
- Anexo XIV** Distribuição de frequências da variável da auto-classificação da saúde do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29)
- Anexo XV** Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo o tempo pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29)
- Anexo XVI** Distribuição de frequências das variáveis da alimentação na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o tempo de pós-

tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29)

Anexo XVII Distribuição de frequências das variáveis da auto-classificação da saúde do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o tempo de pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29)

Anexo XVIII Anais da 6th International Conference on Head and Neck Cancer

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A voz e a deglutição são funções que têm como objetivos a sobrevivência do indivíduo e sua qualidade de vida. Em condições oncológicas, as estruturas que participam das funções de voz e de deglutição, como cavidade oral, faringe e laringe, por vezes necessitam de tratamentos agressivos que consistem de ressecções amplas, parciais ou totais. A depender do tratamento cirúrgico e/ou radioterápico do câncer de cabeça e pescoço, como de possíveis reconstruções, e da localidade da estrutura envolvida, podemos esperar modificações da fisiologia da voz e da deglutição (KOWALSKI et al. 2000; MAGRIN et al. 2000; TEIXEIRA e HIRATA 2000).

As mudanças nos aspectos físicos e funcionais da fonoarticulação e da deglutição após a cura do tumor podem trazer consequências indesejáveis em termos sociais e psicossociais, acarretando maior ou menor impacto na qualidade de vida dos indivíduos, a depender de sua representação pessoal e da necessidade de interação social, familiar ou profissional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito multidimensional, que tenta incorporar a percepção do indivíduo com relação aos diferentes aspectos da sua vida, e que pode ser definido de várias maneiras.

Durante a fonoarticulação, a língua tem seu papel de destaque, sendo responsável pela maioria dos pontos articulatorios da língua portuguesa, dentre eles

os fonemas consonantais linguodentais, línguo-palatais, línguo-velares, fricativos, grupos consonantais e arquifonemas, exercendo importante papel na fala (DWORKIN 1982; VICENTE et al. 1997; CAETANO 1998). Na produção da voz o padrão de sua forma, função e tonicidade, auxilia na manutenção adequada da ressonância vocal (CARRARA-DE ANGELIS et al. 2002). A língua também é uma das estruturas mais importantes do processo de deglutição orofaríngea, cabendo a ela a função de manipulação, preparo e ejeção do bolo alimentar em direção ao esôfago (GAZIANO 2002, SU et al 2003).

O tratamento cirúrgico do câncer de língua, portanto, associado ou não à reconstrução e/ou à radioterapia, acarreta em maior ou menor grau alterações vocais, de fala e de deglutição. Estas alterações, vivenciadas por estes indivíduos no seu dia-a-dia, podem trazer sentimentos de frustração, desânimo, vergonha e constrangimento diante de seus familiares, amigos ou no ambiente de trabalho. Estes sentimentos podem levar o paciente a ter uma vida anti-social em alguns casos, evitando comunicar-se, assim como a realizar cada vez mais suas refeições sozinho e não se alimentando na frente de outras pessoas, principalmente em locais públicos, resultando no isolamento social num dos momentos mais agradáveis do convívio interpessoal que é o comer e o beber.

Avaliar a qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição se faz necessário para se conhecer qual o verdadeiro impacto das alterações vivenciadas no momento da comunicação e da alimentação. O conhecimento deste impacto pode direcionar a opção de tratamento em alguns casos, como também direcionar o maior empenho por parte dos profissionais de saúde quanto aos aspectos que contribuem para uma

melhor reabilitação do processo de comunicação e de deglutição (COSTA NETO et al. 2000; LIST et al. 2000; ROGERS et al. 2002a).

O trabalho de RAMPLING et al. (2003), realizado com pacientes com câncer de cabeça e pescoço, submetidos a tratamento radioterápico, sugerem que a aplicação de questionários específicos ocorra momentos antes da primeira consulta, durante a sua permanência na sala de espera. Estas informações podem oferecer ao clínico uma visão geral dos aspectos mais importantes para a qualidade de vida daquele indivíduo, e assim estes dados poderão ajudar no direcionamento do diálogo entre os mesmos, desde as formas de tratamento até as seqüelas inevitáveis.

Existem inúmeros questionários que avaliam a qualidade de vida de forma genérica que podem ser usados em diferentes enfermidades, um exemplo é o 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36) (HOBART et al. 2002), recomendado para pacientes oncológicos, pacientes pós-AVC, doença do neurônio motor, doença de Parkinson, esclerose múltipla, entre outras aplicações. Existem ainda questionários mais específicos, tendo como embasamento as conseqüências específicas de cada doença para cada pessoa em particular (conhecidos como questionários doença-específico), como por exemplo, para câncer de cabeça e pescoço: UW-QOL, FACT-HN, e EORTC-H&N35 (SCHLIEPHAKE e JAMIL 2002; FISHER et al. 2003), elaborados por áreas de domínio, desde funções mentais e sociais até sintomas específicos como deglutição e fala. Estes últimos aspectos são avaliados de forma abrangente, variando de 2 a 5 questões. Alguns estudos de voz, fala e deglutição são apresentados baseando-se nestes questionários, específicos para a enfermidade, porém genéricos para estas questões:

- ✓ SCHLIEPHAKE e JAMIL (2002) estudaram pacientes submetidos à cirurgia oncológica para câncer oral, e observaram que a qualidade de vida relacionada ao aspecto de fala e de deglutição foi pior para o grupo com defeito anterior largo ($p=0,008$ e $0,001$, respectivamente) do que para os que tinham defeito posterior. O grupo submetido à reconstrução miocutânea também apresentou piores resultados ($p=0,011$ e $0,038$, respectivamente) do que o grupo com retalho fasciocutâneo.
- ✓ HAMMERLID e TAFT (2001) encontraram qualidade de vida significativamente pior para o domínio deglutição para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, após três anos do tratamento, quando comparados com 135 indivíduos normais.
- ✓ FISHER et al. (2003) realizaram uma análise do efeito do estimulante pilocarpina sobre a xerostomia e a qualidade de vida após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Encontraram que a pilocarpina melhora o funcionamento salivar, no entanto, este resultado não foi “percebido como ideal” pelos pacientes. Referem que a radioterapia mostrou impacto negativo sobre a qualidade de vida uma vez que interfere na habilidade dos pacientes para comer, deglutir e degustar após o tratamento. Quanto ao aspecto fala, não foi observado nenhum impacto negativo.

O uso de questionários específicos para avaliar qualidade de vida se faz necessário quando se deseja um alto grau de precisão entre determinadas modalidades de tratamento. GLIKLICH et al. (1997) realizaram uma comparação entre o questionário genérico de qualidade de vida (SF-36) e os questionários doença-específicos para câncer de cabeça e pescoço (PSS-HN, UW-QOL, H&NS) e

entre estes últimos. Verificaram que existiu uma baixa correlação dos itens avaliados no questionário genérico quando comparado com os específicos, para o escore geral e para os diferentes domínios, como o de comunicação e de deglutição. Observaram uma alta correlação dos mesmos itens entre os diferentes questionários específicos de câncer de cabeça e pescoço quando comparados entre si. Estes autores concluem que há aspectos únicos do paciente com câncer de cabeça e pescoço que não são adequadamente avaliados por medidas de saúde geral, e sugerem que uma análise completa da qualidade de vida nestes pacientes deveria abranger avaliações gerais e específicas.

Embora avanços consideráveis estejam sendo feitos na avaliação de resultados fisiológicos em voz e em deglutição, há algumas lacunas, especialmente as relacionadas à qualidade de vida nesta área (McHORNEY et al. 2000a; BEHLAU 2001). Como o resultado fisiológico nem sempre é sinônimo da percepção do paciente e de seu bem-estar, há a premência por avaliações em saúde dentro da perspectiva do paciente.

Apesar de existirem inúmeras ferramentas genéricas ou específicas de determinadas doenças, assim como diferentes medidas de *status* funcional (McHORNEY et al. 2000a), há praticamente uma ausência de dados que permitam a utilização no campo de clínica e pesquisa em pacientes com distúrbio da fonoarticulação e/ou de deglutição. Estes indivíduos freqüentemente se referem a limitações, a dificuldades e até mesmo a impedimentos, tanto de natureza física como emocional, social ou profissional, devido ao distúrbio fonoarticulatório ou à disfagia. É freqüente que tais alterações não sejam adequadamente reconhecidas, diagnosticadas e tratadas (EKBERG et al. 2002).

Recentemente, questionários específicos foram elaborados para avaliar o impacto de alterações vocais (*Voice Handicap Index - VHI* – JACOBSON et al. 1997) e de alterações de deglutição (*Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL* - McHORNEY et al. 2000a e b; McHORNEY et al. 2002) na qualidade de vida dos indivíduos. Um questionário de qualidade de vida em fala seria de grande contribuição para este estudo, porém este não foi encontrado no levantamento bibliográfico.

Uma vez que as seqüelas de voz, fala e deglutição após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço são consideradas pelos pacientes como as mais devastadoras (CARRARA-DE ANGELIS 2002), análises de qualidade de vida dos distúrbios da fonoarticulação e da deglutição são necessárias para a compreensão de como diferentes modalidades de tratamento afetam estas funções, como também compreender a experiência do paciente ao lidar com estas dificuldades específicas. Além disso, estas ferramentas são importantíssimas para uma melhor avaliação dos programas de reabilitação (McHORNEY et al. 2000a).

COSTA NETO et al. (2000) afirmam que a expectativa da equipe médica com relação às intervenções com os pacientes com câncer de cabeça e pescoço é a de que sejam proporcionadas condições de vida mais funcionais, adaptadas e satisfatórias. No entanto, para estes autores, nem sempre o que se traduz como condição de adaptação, comodidade e prazer para a equipe médica é visto com o mesmo entusiasmo pelos pacientes.

Não há dados específicos na literatura sobre qualidade de vida, com enfoque nos aspectos de voz e de deglutição de pacientes com câncer de língua. O que

encontramos são domínios quanto à deglutição e à comunicação associados a outros domínios de saúde dentro de questionários multidimensionais.

Encontramos um único trabalho utilizando o SWAL-QOL, realizado por GENDEN et al. (2003), comparando qualidade de vida entre pacientes com e sem reconstrução palatomaxilar. Os autores observaram que a qualidade de vida relacionada à deglutição dos pacientes que realizaram reconstrução microcirúrgica fasciocutânea era superior quando comparada ao grupo de pacientes com prótese obturadora.

O presente trabalho pretende contribuir com a escolha das melhores condutas a serem tomadas no processo de reabilitação, sob o foco do paciente, direcionando as decisões a serem tomadas baseadas nos aspectos que ele considera como pontos cruciais para a sua qualidade de vida.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a qualidade de vida relacionada às alterações de voz e de deglutição, em pacientes tratados por câncer de língua, através de questionários específicos (*VHI e SWAL-QOL*).

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever e comparar a qualidade de vida relacionada às alterações de voz e de deglutição, em pacientes tratados por câncer de língua, nos diferentes grupos: estadiamento inicial (T1+T2) e avançado (T3+T4), com e sem reconstrução, com e sem radioterapia e com intervalo de pós-tratamento maior ou menor/igual a 24 meses.

MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que buscou conhecer a qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição de pacientes com tumor primário de língua após 1 (um) ano de tratamento oncológico cirúrgico. A população estudada teve início e término do tratamento oncológico entre janeiro de 2000 a maio de 2003. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer A. C. Camargo sob o nº 488/03 (Anexo I).

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

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os pacientes tratados por tumores malignos (carcinoma epidermóide) de língua independente de sexo, idade e forma de tratamento curativo (cirurgia com ou sem reconstrução e/ou radioterapia), tratados no departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A. C. Camargo. Todos os pacientes apresentavam mínimo de 1 (um) ano pós-término do tratamento oncológico.

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes que se recusaram a participar do estudo, aqueles com diagnóstico de AVC por apresentarem déficit na compreensão e/ou expressão da comunicação, recidiva, ou com doença em atividade.

Os pacientes tratados pelo departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A. C. Camargo foram triados a partir do levantamento dos registros cirúrgicos arquivados no SAME (Serviço de Arquivamento Médico) de todos os pacientes tratados entre janeiro de 2000 a maio de 2003.

Uma vez identificados os pacientes que realizaram cirurgias parciais ou totais de língua (glossectomias e pelveglossectomias), procedeu-se o levantamento dos prontuários dos pacientes, coletando os dados de identificação pessoal, dados clínicos e dados da reabilitação (Ficha de Registro de Dados, Anexo II), selecionando aqueles que preenchiam os critérios de inclusão.

Identificados os pacientes, entrevistas individuais foram agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos. Na entrevista, o paciente era devidamente esclarecido das finalidades do trabalho em questão e, após assinatura do Consentimento Pós-informado (Anexo III), respondia aos questionários *VHI* e *SWAL-QOL* (Anexos IV e V, respectivamente). Os questionários foram aplicados por dois fonoaudiólogos treinados, sendo obedecido o critério da não existência de nenhum contato prévio entre o paciente e o mesmo. Os questionários foram aplicados em salas tranquilas e silenciosas no departamento de Fonoaudiologia do Hospital do Câncer A. C. Camargo.

Os questionários utilizados foram constituídos da seguinte forma:

1. *VHI (Voice Handicap Index)*: Índice de Desvantagem Vocal (Anexo IV), questionário com 30 questões que abrangem aspectos funcionais, emocionais e físicos relacionados aos distúrbios da voz (JACOBSON et al. 1997). Sua pontuação varia de 0 a 40, sendo 0 o melhor escore e 40 o pior, 40 é o escore máximo para cada domínio. Os escores são definidos pela soma dos valores respondidos por domínios, que podem variar de 0 a 40. O escore final é determinado pela soma dos 3 domínios, podendo variar de 0 a 120, lembrando que quanto mais próximo do valor máximo, pior é a qualidade de vida

2. *SWAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders)*: Qualidade de Vida em Disfagia – (Anexo V), ferramenta com 44 questões que avaliam 10 domínios de qualidade de vida (fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas, seleção do alimento, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga) (McHORNEY et al. 2002). Obtidas as respostas, todo o questionário teve seus valores convertidos numa pontuação variável de 0 a 100, onde 0 corresponde a um escore ruim e 100 a um escore bom, sendo 100, o escore máximo para cada domínio. Após a conversão, os valores de cada resposta dentro de cada domínio foram somados para cada paciente e o resultado foi então dividido pelo número de questões do referente domínio analisado, sendo a resultante, o valor do escore do domínio. Por Exemplo, para o domínio Fardo:

Modelo aplicado ao paciente:

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes Verdade	Difícilmente verdade	Nunca verdade
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil.	1	<u>2</u>	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior perturbação da minha vida.	1	2	<u>3</u>	4	5

Modelo da conversão da pontuação:

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Difícilmente verdade	Nunca verdade
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil.	0	<u>25</u>	50	75	100
Meu problema de deglutição é a maior perturbação da minha vida.	0	25	<u>50</u>	75	100

Identificando o valor do Domínio Fardo:

Supondo que o paciente respondesse os valores assinalados (em destaque), o escore do domínio seria: $25 + 50 \div 2$ (número de questões do referido domínio) = 37,5.

As questões referentes aos domínios sono e fadiga se encontram no questionário *SWAL-QOL* no mesmo quadro de perguntas apresentadas aos pacientes, sendo um total de cinco perguntas, duas correspondem ao domínio sono e três ao domínio fadiga. A segunda e a quarta perguntas correspondem ao domínio sono e a primeira, terceira e quinta perguntas ao domínio fadiga. As normas para determinar o valor do escore seguem os mesmos princípios anunciados acima e exemplificado com o domínio fardo.

O escore final do questionário representa a somatória de todos os escores dos diferentes domínios dividido pelo número dos domínios somados ($n=10$).

Este questionário foi traduzido e adaptado para o português, seguindo as regras de tradução e adaptação transcultural propostas nos trabalhos de GUILLEMIN et al. (1993) e BEATON et al. (2000).

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística do estudo foi de caráter descritivo, utilizando-se:

- Para as variáveis categóricas, a distribuição de frequências:

Clínicas: TNM, tipo da lesão, cirurgia, reconstrução, esvaziamento, radioterapia, fonoterapia, tempo de sonda e traqueostomia.

Questionários de qualidade de vida: referentes aos resultados obtidos nos questionários por meio da análise por domínios e escore final (utilizados nos questionários VHI e SWAL-QOL) caracterizando – os na casuística como um todo e em diferentes grupos - estadiamento inicial e avançado; com e sem reconstrução; com e sem radioterapia e com intervalo de tempo pós-tratamento maior ou menor/igual de 24 meses. Os indivíduos que apresentaram, na classificação TNM, o estadiamento Tx, não fizeram parte da análise estatística quando na análise por grupos.

- Para as variáveis contínuas ou numéricas (qualidade de vida) foram utilizadas as medidas de tendência central e de variabilidade. O teste não paramétrico *U de Mann-Whitney* com nível de significância de 5% foi adotado para

comparar as variáveis dos questionários de qualidade de vida com relação às variáveis categóricas (escores).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Encontramos no período de janeiro/2000 a maio/2003, 44 pacientes com diagnóstico de tumor de língua, vivos, tratados no Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo. Vinte e nove pacientes participaram do estudo após exclusão por diferentes fatores, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes diagnosticados e tratados com tumor de língua entre janeiro de 2000 a maio de 2003 e dos casos excluídos e elegíveis participantes do estudo.

Categoria	Frequências absolutas
Pacientes com diagnóstico e tratamento de tumor primário em língua (01/2000 e 05/2003)	95
- Óbitos	46
- Pacientes com doença em atividade fora de possibilidades terapêuticas oncológicas	05
- Vivos elegíveis	44
Excluídos:	
- Recusa	05
- AVC (seqüelas de linguagem)	02
- Recidiva (orofaringe, tireóide)	02
- Insucesso no contato por telefone e telegrama	06
Elegíveis:	
- Participantes do estudo	29

Os vinte e nove pacientes participantes do estudo, tratados por tumor de língua, possuíam as seguintes características:

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

Variável	Categoria	n (%) / medidas
Sexo	Masculino	20 (69,0)
	Feminino	9 (31,1)
Raça	Branca	27 (97,1)
	Negra	1 (3,5)
	Amarela	1 (3,5)
Idade (anos)	Mínimo-máximo	34 - 82
	Mediana	54
	Média $\pm$ desvio padrão	54,93 $\pm$ 11,62
Escolaridade	Até 1º grau	9 (31,1)
	Até o 2º grau	6 (20,7)
	3º grau	14 (48,3)
Estado civil	Nunca casou	4 (13,8)
	Casado	22 (75,9)
	Separado	1 (3,8)
	Viúvo	2 (6,9)
Fumo	Nunca fumou	9 (31,1)
	Parou antes do tratamento	18 (62,1)
	Continuou após tratamento	2 (6,9)
Álcool	Nunca bebeu	8 (27,6)
	Parou antes do tratamento	16 (55,2)
	Continuou após tratamento	5 (17,2)

Quanto à neoplasia:

Tabela 3 - Distribuição da casuística segundo a classificação TNM (WITTEKIND e SOBIN 2002).

Variável	Categoria	n (%)
Tumor	T1 + T2	20 (69,0)
	T3 + T4	6 (20,7)
	Tx	3 (10,3)
N (linfonodos)	N0	21 (72,5)
	N+	7 (24,1)
	Nx	1 (3,5)
M (metástase)	M0	29 (100,0)

Quanto ao tratamento realizado:

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

Variável	Categoria	n (%) / medidas
Tipo de cirurgia	Glossectomias/Pelveglossectomias parciais	25 (86,3)
	Glossectomias/Pelveglossectomias totais	04 (13,7)
Estruturas associadas à ressecção da lesão primária	Nenhuma	3 (10,3)
	Soalho de boca	23 (79,3)
	Soalho de boca + mandíbula	2 (6,9)
	Soalho + faringe	1 (3,4)
Tratamento realizado	Cirurgia	14 (48,3)
	Cirurgia + radioterapia	3 (10,3)
	Cirurgia + reconstrução	3 (10,3)
	Cirurgia + reconstrução + radioterapia	9 (31,0)
Descrição da reconstrução	Sutura primária	17 (58,6)
	Microcirurgia	6 (20,7)
	Miocutânea	6 (20,7)
Tipo de retalho	Nenhum	17 (58,6)
	Peitoral maior	2 (6,9)
	Ante-braquial	4 (13,8)
	Retoabdominal	2 (6,9)
	Lateral do braço	2 (6,9)
	Platisma	2 (6,9)
Esvaziamento cervical	Não realizou	11 (37,9)
	Supraomohioideo	14 (48,9)
	Radical clássico	1 (3,4)
	SOH + radical clássico	2 (6,9)
	SOH + radical modificado	1 (3,4)
Radioterapia	Não fez	17 (58,6)
	Pós-operatória	12 (41,4)
Dose de radioterapia (Gy)	Variação	5040 - 7000
	Mediana	6040
	Média ± desvio padrão	6090 ± 46,70

SOH: supraomohioideo

Quanto à realização de reabilitação fonoaudiológica e ao tempo de uso de sonda e de traqueostomia:

Tabela 5 - Distribuição da casuística de acordo com características clínicas e de tratamento relacionadas à reabilitação fonoaudiológica.

Variável	Categoria	n (%) / medidas
Fonoterapia	Não realizou	17 (58,6)
	Realizou	12 (41,4)
Tempo de fonoterapia (meses)	Mínima - máxima	14 dias – 24
	Mediana	4
	Média $\pm$ dp	7,44 $\pm$ 7,26
Número de sessões	Mínima - máxima	2 - 34
	Mediana	12,5
	Média $\pm$ dp	12,25 $\pm$ 8,69
Final da fonoterapia	Alta	9 (75,0)
	Desistência	3 (25,0)
Tempo de sonda (n=28)	Mínima - máxima	0 dia – 12 meses
	Mediana	14 dias
	Média $\pm$ dp	1,8 $\pm$ 3,25 meses
Tempo de Traqueostomia (n=15)	Mínima - máxima	5 dias - 9 meses
	Mediana	15 dias
	Média $\pm$ dp	1,64 $\pm$ 2,72 meses

4.2 VHI (VOICE HANDICAP INDEX): ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL

No questionário VHI, na descrição da utilização do uso da voz foi obtida a seguinte caracterização:

Tabela 6 - Distribuição de frequências de acordo com as variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997).

Variável	Categoria	n (%)
Profissional da voz	Sim	5 (17,24)
	Não	24 (82,75)
Profissional da música	Não	29 (100)
Necessita ativamente da voz primeiramente	Profissão	7 (24,14)
	Atividades fora do trabalho	1 (3,45)
	Conversação diária	21 (72,41)
Necessita ativamente da voz para o canto, por ser:	Profissão	0 (0,0)
	Atividades fora do trabalho	0 (0,0)
	Nenhuma das alternativas. Não é cantor.	29 (100)
Auto-classificação da voz como atividade de fala	Quieto (1)	3 (10,34)
	Quieto (2)	5 (17,24)
	Conversador (3)	9 (31,03)
	Conversador (4)	4 (13,79)
	Conversador (5)	1 (3,45)
	Conversador (6)	0 (0,0)
	Extremamente conversador (7)	7 (24,14)

Considerando que o valor máximo do escore final do VHI é 120 e dos domínios isoladamente é 40, e que quanto maior o valor do escore, pior o resultado na avaliação da qualidade de vida relacionada às alterações de voz, o presente trabalho obteve através deste questionário os seguintes dados:

Tabela 6.1 - Distribuição de frequências de acordo com as medidas de tendência central e de variabilidade relacionadas aos diferentes domínios e escore final, do questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997).

Variável	Mínimo - máximo	Mediana	Média $\pm$ dp
Funcional	0 - 35	7	9,93 $\pm$ 8,70
Físico	0 - 40	3	5,75 $\pm$ 8,85
Emocional	0 - 40	2	5,41 $\pm$ 8,47
Escore Final	0 - 115	11	21,10 $\pm$ 23,50

4.2.1 *VHI* - Caracterização das Respostas referentes aos diferentes domínios

A distribuição das repostas das principais queixas das alterações vocais questionadas nos diferentes domínios do *VHI* serão apresentadas a seguir:

Tabela 6.1.1 - Distribuição da casuística de acordo com as respostas do *VHI* (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio funcional.

Respostas	n (%)
Minha voz faz com que eu tenha dificuldade de ser entendido	20 (68,96)
As pessoas têm dificuldades de me entender em lugares barulhentos	20 (68,96)
Minha família tem dificuldade em ouvir-me quando eu falo com eles de um lado para outro na minha casa	10 (34,48)
Eu uso pouco o telefone relação ao que eu gostaria de usar	07 (24,14)
Eu tento evitar grupos de pessoas por causa da minha voz	07 (24,14)
Eu não falo com amigos, vizinhos ou parentes muito frequentemente por causa da minha voz	04 (13,79)
As pessoas pedem para eu repetir o que falei quando estão conversando comigo pessoalmente	18 (62,06)
As dificuldades da minha voz restringem a minha vida social e pessoal	06 (20,69)
Eu me mantenho fora dos bate-papos por causa da minha voz	04 (13,79)
O problema da minha voz altera o meu rendimento salarial	03 (10,34)

Tabela 6.1.2 - Distribuição da casuística de acordo com as respostas do *VHI* (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio físico.

Respostas	n (%)
Falta-me ar quando eu falo	05 (17,24)
O som da minha voz varia durante o dia	06 (20,69)
As pessoas falam “o que há de errado com a sua voz?”.	06 (20,69)
O som da minha voz é áspero e seco	09 (31,03)
Eu sinto que tenho que forçar para sair a minha voz	05 (17,24)
A clareza da minha voz é imprevisível	08 (27,58)
Eu tento mudar a minha voz para um som diferente	03 (10,34)
Eu me esforço muito para falar	05 (17,24)
Minha voz é pior à noite	02 (6,90)
Minha voz desaparece na metade da conversa	02 (6,90)

Tabela 6.1.3 - Distribuição da casuística de acordo com as respostas do *VHI* (JACOBSON et al. 1997), referente ao domínio emocional.

Respostas	n (%)
Eu fico tenso quando estou falando com outras pessoas por causa da minha voz	08 (27,58)
As pessoas parecem ficar irritadas por causa da minha voz	03 (10,34)
Eu acho que algumas pessoas não entendem o problema da minha voz	07 (24,14)
Minha voz me perturba	09 (31,03)
Eu sou um pouco extrovertido em razão do meu problema vocal	06 (20,68)
Minha voz me faz incapacitado	02 (6,90)
Eu me sinto aborrecido quando as pessoas me pedem para repetir	07 (24,14)
Eu fico envergonhado quando as pessoas falam para eu repetir	03 (10,34)
Minha voz faz com que eu me sinta incompetente	04 (13,79)
Eu me sinto humilhado em razão do meu problema vocal	02 (6,90%)

4.3 *SWAL-QOL (QUALITY OF LIFE IN SWALLOWING DISORDERS): QUALIDADE DE VIDA EM DISFAGIA*

O questionário SWAL-QOL traz questões quanto à via de alimentação e consistência alimentar no período da realização da entrevista, obtendo para os vinte e nove pacientes a seguinte distribuição:

Tabela 7 - Distribuição de frequências das variáveis relacionadas à alimentação, na última semana anterior à entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002).

Variável	Categoria	n (%)
Você se alimenta por sonda?	Não	28 (96,5)
	Sim	1 (3,4)
Descrição da melhor consistência ou textura da comida na última semana	Está se alimentando normalmente com alimentos mais difíceis de mastigar como carne, pipoca, pão, salada e arroz	25 (86,2)
	Está comendo alimentos leves, fáceis de mastigar como frutas, vegetais cozidos e sopas cremosas	3 (10,3)
	Toda a alimentação é pela sonda	1 (3,4)
Descrição da melhor consistência de líquidos na última semana	Ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café	27 (93,1)
	Ingere líquidos um pouco mais espessos como iogurte líquido	2 (6,9)

Quanto à auto-classificação da saúde, obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 7.1 - Distribuição de frequências da variável auto-classificação da saúde do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002).

Variável	Categoria	n (%)
Você diria que a sua saúde é:	Ruim	1 (3,4)
	Regular	4 (13,8)
	Boa	7 (24,2)
	Muito Boa	8 (27,6)
	Excelente	9 (31,0)

Considerando que para o SWAL-QOL, quanto mais próximo os escores estiverem de 100, melhor a qualidade de vida relacionada à deglutição, encontramos:

Tabela 7.2 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade relacionadas às variáveis do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002).

Variável	Mínima - máxima	Mediana	Média ± dp
Fardo	0 – 100	87,5	79,74 ± 26,60
Desejo de se alimentar	0 - 100	90	71,55 ± 31,25
Frequência dos Sintomas	21,4 - 100	87,5	81,27 ± 18,96
Seleção do alimento	0 - 100	87,5	76,29 ± 30,13
Comunicação	50 - 100	87,5	83,18 ± 17,44
Medo	0 - 100	100	80,81 ± 28,78
Saúde Mental	20 - 100	100	84,31 ± 22,18
Função social	5 - 100	100	79,31 ± 30,46
Sono	0 - 100	100	86,64 ± 25,20
Fadiga	0 - 100	100	84,47 ± 22,91
Escore final	41,14 - 100	83,47	80,91 ± 16,79

4.3.1 *SWAL-QOL* - Caracterização das Respostas referentes aos diferentes domínios

A seguir serão apresentadas as principais queixas dos pacientes tratados por tumor de língua vivenciados no momento de suas refeições e a representação de suas dificuldades nos diferentes aspectos de sua vida. Nas Tabelas de 7.2.1 a 7.2.10, encontraremos a distribuição das respostas dos pacientes referentes ao conhecimento dos diferentes domínios: fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga.

Tabela 7.2.1 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio fardo.

Respostas	n (%)
Lidar com o meu problema de deglutição é muito difícil.	12 (41,38)
Meu problema de deglutição é a maior perturbação da minha vida.	02 (6,90)

Tabela 7.2.2 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio desejo de se alimentar.

Respostas	n (%)
Na maioria dos dias, não me importo se como ou não.	05 (17,24)
Levo mais tempo para comer do que outras pessoas.	16 (55,17)
Estou raramente com fome.	09 (31,03)
Levo muito tempo para comer a minha refeição.	12 (41,38)
Não tenho mais prazer em comer.	07 (24,14)

Tabela 7.2.3 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio frequência dos sintomas.

Respostas	n (%)
Tosse	05 (17,24)
Engasgo quando se alimenta	05 (17,24)
Engasgo com líquidos	05 (17,24)
Apresento saliva grossa ou secreção	11 (37,93)
Vômito	02 (6,90)
Enjôo	02 (6,90)
Dificuldades na mastigação	14 (48,27)
Excesso de saliva ou secreção	07 (24,14)
Pigarros	05 (17,24)
A comida pára na garganta	07 (24,14)
A comida pára na boca	12 (41,38)
Bebida ou comida saem pelo nariz	02 (6,90)
Tosse para retirar o líquido ou a comida para fora da boca quando estes estão parados	05 (17,24)

Tabela 7.2.4 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio seleção de alimento.

Respostas	n (%)
Saber o que posso ou não posso comer é um problema para mim	10 (34,48)
É difícil de achar alimentos que posso e gosto de comer.	04 (13,79)

Tabela 7.2.5 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio comunicação.

Respostas	n (%)
As pessoas têm dificuldades em me entender	09 (31,03)
Tem sido difícil me comunicar claramente	03 (10,34)

Tabela 7.2.6 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio medo.

Respostas	n (%)
Tenho medo de me engasgar quando me alimento	08 (27,59)
Preocupo-me em ter pneumonia	05 (17,24)
Tenho medo de me engasgar com líquidos	06 (20,68)
Nunca sei quando vou engasgar	04 (13,79)

Tabela 7.2.7 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio saúde mental.

Respostas	n (%)
Meu problema de deglutição me deprime	06 (20,68)
Ter que tomar muito cuidado quando bebo ou como me aborrece	05 (17,24)
Tenho estado desanimado com o meu problema de deglutição	03 (10,34)
Meu problema de deglutição me frustra	04 (13,79)
Fico impaciente em lidar com meu problema de deglutição	05 (17,24)

Tabela 7.2.8 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio função social.

Respostas	n (%)
Não saio para comer devido ao meu problema de deglutição	08 (27,59)
Meu problema de deglutição torna difícil ter uma vida social	05 (17,24)
Meu trabalho ou minhas atividades de lazer mudou pelo meu problema de deglutição	06 (20,68)
Programas sociais e férias não me satisfazem devido ao problema de deglutição	05 (17,24)
Meu papel com família e amigos têm mudado devido ao problema de deglutição	03 (10,34)

Tabela 7.2.9 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio sono.

Respostas	n (%)
Tem problema para dormir	05 (17,24)
Tem problema para manter-se dormindo	03 (10,34)

Tabela 7.2.10 - Distribuição das respostas do *SWAL-QOL*, referente ao domínio fadiga.

Respostas	n (%)
Sente-se fraco	03 (10,34)
Sente-se cansado	07 (24,14)
Sente-se exausto	04 (13,79)

4.4 CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ (VHI) E EM DEGLUTIÇÃO (SWAL-QOL) POR GRUPOS:

4.4.1 Estadiamento

A qualidade de vida relacionada às alterações vocais apresentou resultado com diferença estatística para o domínio funcional ($p=0.021$), sendo os pacientes com estadiamento avançado os que apresentaram escores mais elevados, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 8 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo com o estadiamento* (n=26).

Variável	Categoria	Estadiamento		p
		T1+T2 (n=20)	T3+T4 (n=06)	
Funcional	Min - máx.	0 - 35	7 - 26	0,021
	Mediana	06	16,5	
	Média ± dp	8,65 ± 8,39	16,83 ± 8,23	
Físico	Min - máx.	0 - 40	0 - 12	0,975
	Mediana	3,5	04	
	Média ± dp	6,9 ± 10,17	4,66 ± 4,67	
Emocional	Min - máx.	0 - 40	0-15	0,950
	Mediana	02	04	
	Média ± dp	6,35 ± 9,59	5 ± 5,58	
Escore Final	Min - máx.	0 - 115	7 - 45	0,222
	Mediana	11	27	
	Média ± dp	21,9 ± 26,84	26,5 ± 12,29	

* *Estadiamento Tx excluído*; Min - máx.: Mínimo – máximo; dp : desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

Os resultados demonstram que a qualidade de vida relacionada à deglutição apresentou escores inferiores para os pacientes com estadiamento avançado comparado aos pacientes com estadiamento inicial, não só para o escore final (p=0,051), mas também para os domínios desejo de se alimentar (p=0,022), frequência dos sintomas (p=0,020), comunicação (p=0,053) e medo (p=0,046), todos com valores de p com significância estatística (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento* (n=26).

Variável	Categoria	Estadiamento		p
		T1+T2 (n=20)	T3+T4 (n=06)	
Fardo	Min - máx.	37,5 - 100	0 - 100	0,106
	Mediana	100	75	
	Média ± dp	83,7 ± 21,49	60,41 ± 39,06	
Desejo de se alimentar	Min - máx.	0 - 100	0 - 100	0,022
	Mediana	90	37,5	
	Média ± dp	77 ± 26,57	40,83 ± 33,82	
Frequência dos Sintomas	Min - máx.	53,6 - 100	21,4 - 91,07	0,020
	Mediana	88,39	59,80	
	Média ± dp	85,43 ± 13,74	60,40 ± 23,95	
Seleção do alimento	Min - máx.	0-100	0 - 100	0,165
	Mediana	100	62,5	
	Média ± dp	78,75 ± 29,27	60,41 ± 35,72	
Comunicação	Min - máx.	50 - 100	50 - 100	0,053
	Mediana	87,5	68,75	
	Média ± dp	85,62 ± 15,85	68,75 ± 18,95	
Medo	Min - máx.	43,7 - 100	0 - 100	0,046
	Mediana	100	40,6	
	Média ± dp	86,87 ± 19,96	51,03 ± 41,16	
Saúde Mental	Min - máx.	20 - 100	40 - 100	0,073
	Mediana	100	62,5	
	Média ± dp	88,25 ± 19,75	67,5 ± 27,52	
Função social	Min - máx.	5-100	20 - 100	0,163
	Mediana	100	55	
	Média ± dp	83,25 ± 29,03	60 ± 36,19	
Sono	Min - máx.	0 - 100	75 - 100	0,459
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	85 ± 28,85	95,83 ± 10,20	
Fadiga	Min - máx.	0 - 100	75 - 100	0,395
	Mediana	83,3	100	
	Média ± dp	81,23 ± 25,92	91,66 ± 12,90	
Escore final	Min - máx.	44,11-100	41,14 - 99,1	0,051
	Mediana	86,02	65,41	
	Média ± dp	83,74 ± 13,79	65,68 ± 20,70	

*Estadiamento Tx excluído; Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*.

4.4.2 Reconstrução

Não foram encontrados escores elevados na qualidade de vida relacionada à voz em nenhuma das análises para os pacientes com ou sem reconstrução, seja por domínios ou no escore final (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997), de acordo com a realização ou não da reconstrução (n=29).

Variável	Categoria	Reconstrução		P
		SIM (n=12)	NÃO (n=17)	
Funcional	Min - máx.	0 - 26	0 - 35	0,103
	Mediana	10	6	
	Média ± dp	12,25 ± 8,20	8,29 ± 8,90	
Físico	Min - máx.	0 - 13	0 - 40	0,283
	Mediana	2	3	
	Média ± dp	3,08 ± 4,07	7,64 ± 10,80	
Emocional	Min - máx.	0 - 15	0 - 40	0,593
	Mediana	5	2	
	Média ± dp	5,4 ± 5,49	6,41 ± 10,11	
Escore Final	Min - máx.	0 - 45	0 - 115	0,625
	Mediana	17	10	
	Média ± dp	19,33 ± 13,96	22,35 ± 28,78	

Min - máx.: Mínimo - máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

Observamos que houve um p com valor marginal para a qualidade de vida relacionada à deglutição entre os grupos com ou sem reconstrução. Os resultados

demonstram que a qualidade de vida relacionada à deglutição apresentou escores inferiores para os pacientes submetidos à reconstrução, com valores apresentando diferença estatística para os domínios fardo ($p=0,007$), desejo de se alimentar ($p=0,012$), frequência dos sintomas ($p=0,013$), seleção dos alimentos ($p=0,029$) e sono ($p=0,025$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de reconstrução (n=29).

Variável	Categoria	Reconstrução		P
		SIM (n=12)	NÃO (n=17)	
Fardo	Min - máx.	0 - 100	50 - 100	0,007
	Mediana	75	100	
	Média ± dp	63,54 ± 31,73	91,17 ± 14,49	
Desejo de se alimentar	Min - máx.	0 - 100	0 - 100	0,012
	Mediana	52,5	95	
	Média ± dp	56,25 ± 29,70	82,35 ± 28,34	
Frequência dos Sintomas	Min - máx.	21,4 - 91,07	53,6 - 100	0,013
	Mediana	78,54	94,6	
	Média ± dp	71,71 ± 20,86	88,01 ± 14,58	
Seleção do alimento	Min - máx.	0 - 100	0 - 100	0,029
	Mediana	50	100	
	Média ± dp	63,54 ± 29,89	85,29 ± 27,68	
Comunicação	Min - máx.	50 - 100	50 - 100	0,086
	Mediana	75	100	
	Média ± dp	77,08 ± 16,71	87,5 ± 17,11	
Medo	Min - máx.	0 - 100	43,7 - 100	0,254
	Mediana	87,5	100	
	Média ± dp	71,35 ± 36,0	87,49 ± 21,08	
Saúde Mental	Min - máx.	40 - 100	20 - 100	0,233
	Mediana	85	100	
	Média ± dp	79,16 ± 23,43	87,94 ± 21,21	
Função social	Min - máx.	5 - 100	30 - 100	0,131
	Mediana	90	100	
	Média ± dp	66,25 ± 38,97	88,52 ± 19,02	
Sono	Min - máx.	75 - 100	0 - 100	0,025
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	97,91 ± 7,21	78,67 ± 30,22	
Fadiga	Min - máx.	33,3 - 100	0 - 100	0,131
	Mediana	100	83,3	
	Média ± dp	89,57 ± 21,07	80,86 ± 24,07	
Escore final	Min - máx.	41,14 - 99,1	44,11 - 100	0,063
	Mediana	75,76	88,3	
	Média ± dp	73,97 ± 18,30	85,81 ± 14,20	

Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

4.4.3 Radioterapia

As possíveis alterações vocais vivenciadas pelos pacientes irradiados e não-irradiados não apresentaram valores com impacto negativo, ou seja escores elevados, para a qualidade de vida relacionada à voz. Nenhuma das análises apresentou resultados com significância estatística, como demonstrado na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997), de acordo com a realização ou não da radioterapia (n=29).

Variável	Categoria	Radioterapia		P
		SIM	NÃO	
		(n=12)	(n=17)	
Funcional	Min - máx.	0 - 26	0 - 35	0,316
	Mediana	9	6	
	Média ± dp	10,66 ± 7,08	9,41 ± 9,86	
Físico	Min - máx.	0 - 12	0 - 40	0,398
	Mediana	2	3	
	Média ± dp	3,58 ± 4,50	7,29 ± 10,83	
Emocional	Min - máx.	0 - 8	0 - 40	0,149
	Mediana	0	2	
	Média ± dp	2,58 ± 3,42	7,41 ± 10,36	
Escore Final	Min - máx.	0 - 30	0 - 115	0,841
	Mediana	17	11	
	Média ± dp	16,83 ± 10,78	24,11 ± 29,38	

Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

Quanto à realização ou não da radioterapia como tratamento adjuvante, observamos que os pacientes submetidos à radioterapia pós-operatória apresentaram

escores inferiores comparado aos pacientes que não realizaram a radioterapia, revelando resultados com diferença estatística para os domínios fardo ($p=0,007$), desejo de se alimentar ($p=0,004$), frequência dos sintomas ($p=0,015$), saúde mental ($p=0,049$) e sono ($p=0,025$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29).

Variável	Categoria	Radioterapia		p
		SIM (n=12)	NÃO (n=17)	
Fardo	Min - máx.	0 - 100	25 - 100	0,007
	Mediana	75	100	
	Média ± dp	66,66 ± 28,37	88,97 ± 21,59	
Desejo de se alimentar	Min - máx.	20 - 100	0 - 100	0,004
	Mediana	52,5	95	
	Média ± dp	55,41 ± 21,99	82,94 ± 32,30	
Frequência dos Sintomas	Min - máx.	51,78 - 91,07	21,4 - 100	0,015
	Mediana	75,88	94,6	
	Média ± dp	74,4 ± 14,15	86,12 ± 20,75	
Seleção do alimento	Min - máx.	50 - 100	0 - 100	0,421
	Mediana	81,25	100	
	Média ± dp	75 ± 23,23	77,20 ± 34,86	
Comunicação	Min - máx.	50 - 100	50 - 100	0,390
	Mediana	75	87,5	
	Média ± dp	80,20 ± 17,23	85,29 ± 17,80	
Medo	Min - máx.	25 - 100	0 - 100	0,333
	Mediana	87,5	100	
	Média ± dp	74,47 ± 29,49	85,29 ± 28,29	
Saúde Mental	Min - máx.	40 - 100	20 - 100	0,049
	Mediana	75	100	
	Média ± dp	77,91 ± 19,36	88,82 ± 23,48	
Função social	Min - máx.	5 - 100	30 - 100	0,093
	Mediana	82,5	100	
	Média ± dp	65 ± 38,37	89,41 ± 18,69	
Sono	Min - máx.	75 - 100	0 - 100	0,025
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	97,92 ± 7,22	78,68 ± 30,22	
Fadiga	Min - máx.	66,6 - 100	0 - 100	0,196
	Mediana	100	83,3	
	Média ± dp	91,66 ± 12,82	79,39 ± 27,19	
Escore final	Min - máx.	49,67 - 99,1	41,14 - 100	0,101
	Mediana	73,08	88,3	
	Média ± dp	76,3 ± 15,26	84,17 ± 17,5	

Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

4.4.4 Tempo de pós-tratamento

Na análise do VHI, encontramos valores discretamente aumentados para os pacientes com tempo de pós-tratamento maior que 24 meses nos três diferentes domínios funcional, físico e emocional, e no escore final, sem que estes resultados tenham apresentado valores com diferença estatística (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997), de acordo com o Tempo Pós-Tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).

Variável	Categoria	Tempo em meses		P
		≤ 24 (n=19)	> 24 (n=10)	
Funcional	Min - máx.	0 - 26	1 - 35	0,133
	Mediana	6	9	
	Média ± dp	8,63 ± 8,21	12,4 ± 9,50	
Físico	Min - máx.	0 - 25	0 - 40	0,097
	Mediana	2	6	
	Média ± dp	4,05 ± 6,55	9 ± 11,85	
Emocional	Min - máx.	0 - 15	0 - 40	0,087
	Mediana	0	7,5	
	Média ± dp	3,21 ± 4,98	9,6 ± 12,00	
Escore Final	Min - máx.	0 - 59	7 - 115	0,084
	Mediana	10	26,5	
	Média ± dp	15,89 ± 17,14	31 ± 31,05	

Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

Ao considerarmos o tempo pós-tratamento dos pacientes com tumor de língua com intervalo de tempo maior ou menor/igual que 24 meses, observamos resultados semelhantes entre os grupos, tanto nos valores do escores final quanto nos 10 diferentes domínios. Todos estes resultados não apresentaram diferença estatística (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das medidas de tendência central e de variabilidade das variáveis do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o tempo de pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).

Variável	Categoria	Tempo em meses		P
		≤ 24 (n=19)	> 24 (n=10)	
Fardo	Min - máx.	0 - 100	37,5 - 100	0,882
	Mediana	100	87,5	
	Média ± dp	78,94 ± 29,18	81,25 ± 22,24	
Desejo de se alimentar	Min - máx.	0 - 100	35 - 100	0,674
	Mediana	90	87,5	
	Média ± dp	69,47 ± 33,61	75,5 ± 27,43	
Frequência dos Sintomas	Min - máx.	21,4 - 100	58,9 - 100	0,782
	Mediana	89,28	82,14	
	Média ± dp	81,66 ± 20,47	80,53 ± 16,7	
Seleção do alimento	Min - máx.	0 - 100	0 - 100	0,695
	Mediana	100	81,25	
	Média ± dp	77,63 ± 29,63	73,75 ± 32,515	
Comunicação	Min - máx.	50 - 100	0 - 100	0,682
	Mediana	87,5	81,25	
	Média ± dp	84,21 ± 17,09	81,25 ± 18,86	
Medo	Min - máx.	0 - 100	31,2 - 100	0,738
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	78,61 ± 30,99	84,99 ± 25,04	
Saúde Mental	Min - máx.	20 - 100	40 - 100	0,743
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	82,89 ± 23,41	87 ± 20,57	
Função social	Min - máx.	20 - 100	5 - 100	0,267
	Mediana	100	82,5	
	Média ± dp	83,68 ± 27,73	71 ± 35,10	
Sono	Min - máx.	0 - 100	75 - 100	0,218
	Mediana	100	100	
	Média ± dp	81,58 ± 29,57	96,25 ± 8,44	
Fadiga	Min - máx.	0 - 100	66,6 - 100	0,673
	Mediana	83,3	100	
	Média ± dp	82 ± 26,4	89,16 ± 14,20	
Escore final	Min - máx.	41,14 - 100	58,01 - 100	0,963
	Mediana	84,42	80,42	
	Média ± dp	80,33 ± 17,81	82,02 ± 15,51	

Min - máx.: Mínimo – máximo; dp: desvio padrão; valor de p obtido pelo teste *U de Mann-Whitney*

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A discussão terá início com aspectos relacionados à definição do tema, metodologia utilizada na presente pesquisa, e previsão para a determinação do número da nossa casuística. Em seguida discorreremos sobre a caracterização dos pacientes, qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição para a casuística geral e para os diferentes grupos previamente definidos: estadiamento, reconstrução, radioterapia e tempo de pós-tratamento.

5.1 TEMA E METODOLOGIA

O tempo mínimo de pós-tratamento foi definido a partir do conhecimento de estudos prévios que citam que os escores após 1 (um) ano do término do tratamento para câncer de cabeça e pescoço voltam a apresentar valores próximos aos encontrados no pré-operatório (HAMMERLID e TAFT 2001; HAMMERLID et al. 2001; SCHLIEPHAKE e JAMIL 2002; PARLIAMENT et al. 2004). Relacionam-se tais resultados ao fato de que o período crítico do tratamento passou, assim como os efeitos agudos da radioterapia e o término de um provável processo de reabilitação. A partir de então, geralmente ocorrem à adaptação e aceitação das possíveis seqüelas ainda existentes após um tempo maior de pós-tratamento.

No entanto, apesar destes resultados mostrarem-se favoráveis, existem características específicas das alterações da fonoarticulação e da deglutição nos pacientes com tumor de língua, ainda não estudadas, que merecem ser melhor

compreendidas (McHORNEY et al. 2000; BEHLAU 2001; EKBERG et al. 2002). No intuito de se conhecer a representação destas alterações nos pacientes tratados por tumor de língua é que elegemos os questionários *VHI* e *SWAL-QOL*.

A inexistência de um questionário de qualidade de vida em fala nos obrigou a utilizarmos o questionário de vida em voz para desta forma tentarmos conhecer o impacto de possíveis alterações vivenciadas durante o processo de comunicação.

JACOBSON et al. (1997) desenvolveram o questionário *VHI* com o intuito de conhecer a qualidade de vida dos indivíduos que apresentavam distúrbios vocais, uma vez que era de conhecimento na literatura que as disfonias poderiam ter um impacto devastador na vida diária e na qualidade de vida, e que poucos instrumentos tentavam avaliar tal questão.

O questionário *VHI* é composto por três domínios - funcional, emocional e físico -, com 10 questões em cada. Permite também caracterizar o uso profissional da voz, a necessidade de seu uso e a autoclassificação da mesma como atividade de fala. Trata-se do único questionário na área de fonoarticulação, validado para o português (JOTZ e DORNELES 2000), e por este motivo selecionado.

McHORNEY et al. (2000a e b; 2002) desenvolveram um questionário específico para avaliar a qualidade de vida relacionada à deglutição, denominado *SWAL-QOL*. Este instrumento possui escalas desenvolvidas para diferenciar indivíduos com deglutições normais de pacientes com disfagia orofaríngea, neurológica ou mecânica, sendo também sensível para diferenciar a severidade da mesma, definida clinicamente. A população estudada para atingir tais objetivos foi composta por pacientes com câncer, doenças vasculares, doença neurológica degenerativa, doenças respiratórias obstrutiva, outras doenças neurológicas, trauma,

condições médicas crônicas, demência, outras razões, razões desconhecidas e indivíduos sem disfagias. Os 10 domínios avaliados pelo *SWAL-QOL* são o fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas, seleção do alimento, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga.

Até o presente momento, não existe qualquer instrumento de qualidade de vida em deglutição, validado para o português. Dentre os questionários específicos publicados (CHEN et al. 2001 e McHORNEY et al. 2002), o *SWAL-QOL* foi eleito mesmo sabendo da sua não validação transcultural, por ser o instrumento mais completo para avaliar a influência das alterações de deglutição sobre os diferentes aspectos da qualidade de vida.

Realizamos um levantamento bibliográfico em busca de normas para a validação e adaptação transcultural e encontramos os trabalhos de GUILLEMIN et al. (1993) como o mais citado na literatura nacional e internacional, e o trabalho de BEATON et al. (2000) que trata da atualização do trabalho de GUILLEMIN et al. (1993), o qual também faz parte da versão atualizada. Os passos propostos por estes autores são a tradução, a retrotradução, a adaptação cultural e a aplicação do questionário numa determinada amostra, sendo utilizados por diversos outros pesquisadores, como MEDEIROS et al. (1998); CANTARELLI et al. (1999); CICONELLI et al. (1999); SZECKER et al. (1999); FELDER-PUIG et al. (2000); BAE et al. (2001); KOJIMA et al. (2002); TAMANINI et al. (2003); DE CAMPOS et al. (2003) e EL MEIDANY et al. (2003a e b).

Da metodologia acima referida, resolvemos utilizar a versão traduzida e adaptada para o português, seguindo os itens de tradução por dois bilíngües brasileiros, retro-tradução por um bilíngüe com o inglês sendo a primeira língua,

adaptação cultural pela equipe de Fonoaudiologia do Hospital A.C. Camargo e aplicação do questionário na população de pacientes com tumor de língua após 1 (um) ano do término do tratamento. A validação propriamente dita não foi realizada devido à abrangência da população estudada no questionário original. Vale ressaltar que os parâmetros avaliados neste questionário fazem, de maneira semelhante, parte das culturas brasileira e americana, e não foram necessárias grandes modificações no processo de tradução e adaptação do questionário para o português. A validação transcultural está sendo realizada e a população deste estudo servirá como contribuição futura para a mesma.

Uma vez determinados os instrumentos a serem utilizados, passamos então a identificar a casuística da presente pesquisa.

Baseados nos dados do Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A.C. Camargo, de que 41 casos novos de câncer de língua foram tratados em 1999, esperávamos que a nossa casuística fosse constituída por 120 pacientes tratados no período de janeiro de 2000 a maio de 2003. No entanto, em nossa coleta encontramos 95 pacientes diagnosticados e tratados pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia no período estabelecido, sendo que destes, apenas 44 pacientes estavam vivos e livres de doença. Sendo assim, a nossa amostra ficou com 29 pacientes elegíveis (Tabela 1).

5.2 RESULTADOS

5.2.1 Caracterização dos pacientes

Os dados encontrados na caracterização do nosso estudo estão de acordo com os dados encontrados na literatura. Segundo o PARKIN et al. (1997), a incidência de câncer no Brasil para homens é de 11,5 e para mulheres é de 2,6 por 100.000 habitantes. KOWALSKI et al. (2002) citam que o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comumente encontrado, sendo a maior incidência em homens com idade acima de 40 anos, com o hábito de consumo de álcool e fumo. O estágio de maior incidência no diagnóstico é o estágio III e IV com 85% dos pacientes. Em nossa casuística encontramos que, dos vinte e nove pacientes que participaram deste estudo, 20 eram do sexo masculino, 54,93 anos foi a idade média encontrada, e o hábito de fumar e o consumo de bebida alcoólica foram interrompidos antes do início do tratamento para 18 e 16 pacientes, respectivamente (Tabela 2). Quanto à característica do tumor, a presença do estágio inicial foi encontrada em 20 pacientes, onde também a ausência de linfonodo positivo no pescoço foi encontrada na maioria dos casos, em 21 deles (Tabela 3). Estes dados estão de acordo com os achados de HAMMERLID et al. (1997 e 1999), no qual os pacientes com estágios avançados morrem dentro do primeiro ano após o tratamento.

Vale ressaltar que o tempo mínimo de um ano de pós-tratamento foi fator de inclusão para os pacientes deste estudo. Em nossa casuística foram levantados 95 pacientes tratados no período da nossa coleta, sendo 51 destes pacientes excluídos por óbito e pacientes com doença em atividade fora de possibilidades terapêuticas oncológicas, população esta que poderia aumentar o número de casos avançados.

Os tumores com estadiamento inicial normalmente tem como indicação terapêutica curativa a realização de cirurgia parcial ou radioterapia exclusiva, ambos com a mesma taxa de sobrevida (MAGRIN et al. 2000; TEIXEIRA e HIRATA 2000; KOWALSKI et al. 2000 e 2002). Nos casos cirúrgicos, a radioterapia pós-operatória não é normalmente indicada, a não ser em casos selecionados que apresentam risco de comprometimento linfonodal. Quando a cirurgia é indicada, esta pode ser associada à reconstrução do local, podendo ser microcirúrgica ou miocutânea, com diferentes tipos de retalho (KOWALSKI et al. 2002). O retalho lateral do braço seguido do antebraquial são os mais indicados para cirurgias de tumores em estádios iniciais, e o reto abdominal, peitoral maior e o gracil, os mais indicados para tumores avançados (FARIA 2002).

Nesta amostra, o tratamento curativo mais indicado foi a cirurgia parcial (glossectomias/pelveglossectomias) em 25 pacientes, sendo a sutura primária sem a necessidade de utilização de retalho, a forma de reconstrução de maior ocorrência. Considerando os casos elegíveis e submetidos à reconstrução miocutânea ou microcirúrgica, o retalho antebraquial foi o mais indicado, sendo realizado em 4 pacientes.

Quando o tratamento eletivo do pescoço foi indicado, o esvaziamento cervical supraomohioideo foi realizado na maior parte dos pacientes, em 14 deles. Para os casos em que a radioterapia se fez necessária para o tratamento adjuvante do pescoço, observamos a sua indicação pós-operatória em 12 pacientes, com dose média de radiação de 6090Gy (Tabela 4).

Após o tratamento curativo do tumor, surgem as seqüelas esperadas da fonoarticulação e da deglutição (DWORKIN 1982; VICENTE et al. 1997;

CAETANO 1998). Para os pacientes submetidos às cirurgias parciais, são esperadas alterações temporárias, com bons resultados após o processo de reabilitação. Para os pacientes com cirurgias totais, que necessitam de mais de uma modalidade de tratamento, esperamos alterações mais severas em ambas as funções. Nestes casos, o objetivo da reabilitação são as compensações e adaptações funcionais, uma vez que a normalidade fisiológica não é possível de ser recuperada (VICENTE et al. 1997; FURIA et al. 2000, LIST et al. 2000, ROGERS et al. 2002a; CARRARA-DE ANGELIS et al. 2002).

Nesta casuística, a realização da fonoterapia foi necessária para 12 pacientes visando a reabilitação do processo de voz, fala e/ou deglutição. Os casos que não realizaram fonoterapia foram os casos mais precoces, em função do bom resultado funcional.

FURIA et al. (2001) analisaram a inteligibilidade de fala de pacientes glossectomizados e sua resposta à fonoterapia. Pacientes glossectomizados totais e subtotais apresentaram melhora significativa deste parâmetro após a reabilitação fonoaudiológica, o que não aconteceu com pacientes submetidos a ressecções menores, embora tenha havido uma tendência à melhora da comunicação.

Dos vinte e nove pacientes presentes neste estudo, 28 deles necessitou do uso da sonda nasoenteral como via de alimentação alternativa em algum momento do pós-operatório, tendo como tempo médio de utilização 1,8 mês, o que indica uma recuperação, no mínimo parcial, da função de deglutição. A traqueostomia também teve sua indicação para 15 pacientes, sendo o tempo médio de sua utilização de 1,64 mês (Tabela 5).

5.2.2 *VHI (Voice Handicap Index): Índice de Desvantagem Vocal*

Na observação dos dados referentes à caracterização do uso da voz, observamos que os pacientes são usuários ativos da voz, principalmente na conversação diária, classificando-se entre conversadores moderados e extremamente conversadores (Tabelas 6). Não houve diferença desta distribuição entre os diferentes grupos (Anexos VI, IX, XII e XV). Estas informações sugerem que alterações no padrão vocal que interferem na efetividade de comunicação podem trazer modificações nos aspectos relacionado à qualidade de vida para estes pacientes.

Considerando que a fala é o principal parâmetro alterado nos pacientes submetidos a cirurgia de língua e que as alterações relacionadas ao aspecto voz são o de menor percepção e distinção para os pacientes, acreditamos que em alguns momentos da aplicação do questionário *VHI* os pacientes apresentavam como interpretação para a maior parte de suas respostas o aspecto fala ao invés de voz. Neste momento quando o entrevistador tinha esta percepção na resposta do paciente, este não inferia auxiliando com explicações.

A análise dos nossos dados, entretanto, demonstra baixos escores, ou seja, bons escores, para a qualidade de vida relacionada à voz para pacientes com tumor de língua após 1 (um) ano do tratamento cirúrgico. O domínio funcional do questionário *VHI* mostrou valores discretamente aumentados quando comparados com os escores dos demais domínios, para a casuística geral dos 29 pacientes (Tabela 6.1). Como a maior parte de nossa casuística consiste de pacientes com tumores iniciais, as seqüelas vocais esperadas (incluindo articulação) são geralmente discretas, e muitas vezes não são nem identificadas pelos mesmos. Além disso,

apenas 5 pacientes utilizavam a voz profissionalmente (Tabela 6), o que reduz a necessidade de uso máximo da mesma.

Quando avaliamos os diferentes domínios separadamente, observamos alguns resultados interessantes. O domínio funcional do *VHI*, mais relacionado com a inteligibilidade da fala durante o processo de comunicação, evidenciou que as questões relacionadas com dificuldades de ser entendido por outras pessoas, referida por 68,96% dos pacientes, é o aspecto que mais incomoda esta população (Tabela 6.1.1). Estes dados estão de acordo com a nossa impressão clínica, na qual observamos que o fator clareza da fala e inteligibilidade são os aspectos dos quais os pacientes mais se queixam.

As questões relacionadas ao desempenho físico mais pontuadas foram que o som da voz era áspero e seco (31,03%), sendo a clareza da voz imprevisível para 27,58% e 20,69% dos pacientes foram questionados sobre “o que há de errado com sua voz”, como mostra a tabela 6.1.2. Quanto ao aspecto emocional do questionário *VHI*, 27,58% dos pacientes referem que ficam tensos para falar com outras pessoas por causa da voz e que 24,14% dos pacientes acham que as pessoas não entendem o seu problema vocal e que se sentem aborrecidos quando as pessoas lhes pedem para repetir (Tabela 6.1.3).

O resultado do domínio emocional de certa forma confirma os dados encontrados no domínio funcional, no qual demonstra que as alterações relacionadas à inteligibilidade da comunicação são os fatores que influenciam no resultado da qualidade de vida em voz para estes pacientes.

Acreditamos que o *VHI* não é o melhor instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada às alterações observadas na inteligibilidade de fala.

Consideramos que há necessidade de construção de um questionário em qualidade de vida em fala, que seja adequadamente criado transpondo situações do cotidiano que reproduzam momentos de comunicação em diferentes contextos (familiares, amigos e no ambiente de trabalho), e que consiga avaliar de maneira mais próxima do real o uso funcional da fala e o impacto de suas alterações de inteligibilidade sobre a qualidade de vida.

KARNEL et al. (1999) afirmam que o conhecimento do paciente sobre os resultados de fala após tratamento para o câncer de cabeça e pescoço, é importante para a escolha das diferentes opções terapêuticas, sendo a inteligibilidade da fala e a qualidade da voz os parâmetros mais afetados na comunicação destes pacientes, referidas pelos mesmos e por seus fonoaudiólogos. Os autores utilizaram em seu estudo, os questionários doença-específico para câncer de cabeça e pescoço (UW-QOL e o PSS-HN e o HNHSI), em pacientes com tumor em cavidade oral (22), laringe(25), faringe(11) e outros(4). Observaram que o julgamento das alterações de fala apresentou alta associação entre fonoaudiólogos e pacientes, sendo melhor para o parâmetro inteligibilidade de fala do que para qualidade vocal.

No trabalho de revisão de literatura realizado por HOGIKYAN e ROSEN (2002), estes reconhecem a utilidade da aplicação de questionários que analisam as desordens vocais sobre a qualidade de vida durante a avaliação inicial da severidade da doença e no pós-operatório, promovendo assim documentação baseada em evidência, da efetividade do tratamento realizado. Este tipo de conduta é importante não só para o *feedback* do clínico, mas também para os próprios pacientes, que podem observar sua evolução através de dados mais objetivos.

5.2.3 *SWAL-QOL - Quality of Life in Swallowing Disorders: Qualidade de Vida em Disfagia*

Conhecer a forma de alimentação dos pacientes no período da entrevista nos auxilia a fazer algumas inferências nos diferentes aspectos analisados no *SWAL-QOL*. Neste estudo encontramos que grande parte da nossa população apresentava alimentação exclusiva via oral sem restrições de consistências alimentares, tanto de comida quanto de bebida (Tabela 7). Esta mesma população apresentou o auto-julgamento da saúde entre boa e excelente (Tabelas 7.1), dados que não mostraram-se diferentes quando analisados nos diferentes grupos (Anexos VII, VIII, X, XI, XIII, XIV, XVI, XVII). Com estes dados, podemos esperar bons resultados da qualidade de vida em relação à deglutição.

A análise dos nossos dados confirma a nossa expectativa, demonstrando escores elevados, ou seja, bons escores, para a qualidade de vida relacionada à deglutição para os pacientes com tumor de língua após 1 (um) ano do tratamento cirúrgico (Tabela 7.2). O domínio desejo de se alimentar do *SWAL-QOL* mostrou valor discretamente baixo em relação ao valor da média, ao se comparar com os escores dos demais domínios para a casuística geral dos 29 pacientes (Tabela 7.2). Este domínio está relacionado ao prazer e ao tempo para se alimentar. Estas características, como serão demonstradas a seguir, estão associadas à extensão cirúrgica levando a importantes modificações na fisiologia da deglutição e da gustação, assim como à radioterapia.

Quando falamos que a qualidade de vida em relação à deglutição apresentou bons escores, não poderíamos esperar que 41,38% dos pacientes referissem que lidar com o problema de deglutição é muito difícil (Tabela 7.2.1). Embora a caracterização

da consistência alimentar (comida e líquidos) tenha se mostrado sem restrições para a maioria dos pacientes, observamos que 55,17% dos pacientes referiram levar mais tempo para comer do que outras pessoas e que 41,38% destes indivíduos levam muito tempo para comer a própria refeição (Tabela 7.2.2). Encontramos ainda nesta mesma população que 48,27% dos pacientes referem dificuldades na mastigação, 41,38% referem que a comida para na boca, que 37,93% apresenta saliva grossa ou secreção (Tabela 7.2.3), e 34,48% referem que saber o que pode e o que não pode comer é um problema para eles (Tabela 7.2.4).

O medo de engasgar quando se alimenta foi referido por 27,59% dos pacientes e 20,68% têm medo de engasgar com líquidos (Tabela 7.2.6). Todas as dificuldades e frustrações experienciadas por estes pacientes levam-nos a referir que para 20,68% deles, o problema de deglutição os deprimem (Tabela 7.2.7), 27,59% referem não sair para comer devido ao seu problema de deglutição e 20,68% referem que o seu trabalho e sua atividade de lazer mudaram devido ao seu problema de deglutição (Tabela 7.2.8). Estas informações estão de acordo com a nossa observação de que, pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de língua têm dificuldades específicas, físicas, emocionais e sociais, e que estas devem ser compreendidas pelos diferentes profissionais de saúde. Estes dados também confirmam nossa hipótese inicial de que os questionários de qualidade de vida geral (HOBART et al. 2002), e em especial para cabeça e pescoço (GLIKLICH et al. 1997; SCHLIEPHAKE e JAMIL 2002; FISHER et al. 2003), não conseguem realizar tal registro das queixas dos pacientes, devido à abrangência de suas perguntas.

5.3 CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ (*VHI*) E EM DEGLUTIÇÃO (*SWAL-QOL*) POR GRUPOS:

A caracterização e comparação dos resultados de qualidade de vida em voz e em deglutição, separadas por grupos, permite demonstrar como pacientes com diferentes estadiamentos, formas de tratamento e intervalo de tempo pós-tratamento se comportam para os mesmos parâmetros analisados.

Apresentaremos a seguir os principais achados encontrados no presente estudo para os diferentes grupos:

5.3.1 Estadiamento

Os escores encontrados para a qualidade de vida em voz não apresentaram valores elevados, o que demonstra bons resultados. Encontramos apenas piores resultados para o domínio funcional para pacientes com estadiamento avançado (Tabela 8). Este resultado confirma um dado clínico importante, o de que quanto maior o tumor e conseqüentemente a extensão cirúrgica, maior o impacto no desempenho da comunicação. Como referido anteriormente, o domínio funcional refletiu o desempenho da inteligibilidade de fala, principalmente para o grupo de pacientes aqui estudados.

ROGERS et al. (2002b) analisaram a qualidade de vida e compararam com a função clínica após cirurgia primária de 130 pacientes com tumor oral ou orofaríngeo. Encontraram que alguns dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida neste grupo foram o tamanho do tumor, tipo de cirurgia, realização

de radioterapia adjuvante, local do tumor, extensão da ressecção, fala, deglutição e estado dentário. Observaram também que a propulsão da língua até os 6 meses apresenta forte relação com o domínio fala do questionário UW-QOL.

Com o objetivo de avaliar o tipo e a extensão do prejuízo da fala seguido de glossectomia parcial para pacientes com estágio I e II pequenos, HELLER et al. (1991) avaliaram 10 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico sem reconstrução. Os autores concluíram que a qualidade da fala após glossectomias parciais é mais uma função de mobilidade de língua do que da quantidade de língua restante, e que este tipo de cirurgia pode ser executada sem nenhuma inabilidade pós-operatória.

Quando passamos a analisar os resultados referentes à qualidade de vida em deglutição, considerando a análise apenas do escore final do *SWAL-QOL*, os pacientes com estadiamento avançado apresentaram pior escore do que os pacientes com estadiamento inicial, com diferença estatística entre os grupos. Na análise dos domínios separadamente, encontramos resultados com diferença estatística nos domínios desejo de se alimentar, frequência dos sintomas, comunicação e medo (Tabela 9). Estes resultados também são esperados devido à agressividade do tumor e forma de tratamento necessária para a cura.

Dentre as principais características de alterações esperadas no processo de deglutição para os pacientes com estadiamento avançado, as dificuldades de mastigação e manipulação do bolo tendem a aumentar o tempo de trânsito oral favorecendo a presença de estases em cavidade oral e recessos faríngeos, assim como podem favorecer penetração e/ou aspiração laríngea (FURIA et al. 2000). O aumento do tempo de mastigação e deglutição podem afetar, por sua vez, o aspecto psicossocial (MARCHESAN 1999).

O pior escore para o domínio comunicação de pacientes com estadiamento avançado segue o mesmo raciocínio apresentado para o domínio funcional do *VHI*, e está relacionado com a ressecção ampliada do principal articulador dos fonemas da fala, dificultando a inteligibilidade da comunicação.

Encontramos o resultado aumentado para o domínio medo, geralmente associados às situações de engasgos durante suas refeições, como também a complicações associadas à disfagia, como as pneumonias. Este dado pode por vezes estar associado a pouca informação por parte do paciente sobre as possíveis formas de minimizar estes sintomas, reforçando a necessidade de uma orientação detalhada.

Nossos achados, de certa forma, estão de acordo com os resultados de SCHLIEPHAKE e JAMIL (2002), que avaliaram através do EORTC QLQ-H&N C35 83 pacientes com câncer oral. Encontraram que os pacientes com tumor com estadiamento avançado apresentaram pior qualidade de vida no domínio deglutição, quando comparado aos pacientes com estadiamento inicial.

Infelizmente não conseguimos um número mais expressivo de pacientes com estadiamento avançado, pois é grande a taxa de morte dentro do primeiro ano após o tratamento, assim como observado por HAMMERLID e TAFT (2001).

5.3.2 Reconstrução

Os resultados da qualidade de vida relacionada à voz não apresentaram valores altos, ou seja, apresentaram bons resultados, para ambos os grupos com e sem reconstrução. Nenhuma das análises apresentou resultado com diferença estatística (Tabela 10). Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida em deglutição encontramos que os pacientes com reconstrução apresentaram o escore

final inferior aos pacientes sem reconstrução, apresentando o valor de p marginal (Tabela 11). Na análise por domínios encontramos os domínios fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas e seleção do alimento com valores apresentando resultado com diferença estatística, sendo os valores inferiores para os pacientes com reconstrução.

A população em estudo apresenta como uma das principais características o estágio inicial do tumor. Estes, em sua grande maioria não necessitaram de reconstrução. Portanto, com estes dados esperaríamos para esta população, sem reconstrução, pouca ou nenhuma alteração no desempenho vocal e conseqüentemente na qualidade de vida. Pacientes com tumores em estágio avançado, por sua vez, geralmente necessitam de reconstrução do local operado e é nítido, em nossa clínica e em diferentes estudos (SALIBIAN et al. 1990; 1993; URKEN et al. 1994; RUHL et al. 1997; YAMAMOTO et al. 1998; KIYOKAWA et al. 1999; LYOS et al. 1999; SU et al. 2003; KIMATA et al. 2003; HASEGAWA-JOHNSON et al. 2003), o ganho funcional adquirido. Apesar disso, em nossa casuística não foi possível a observação do ganho funcional da reconstrução demonstrado pela qualidade de vida, devido à grande diferença entre os grupos quanto ao estadiamento. Dos doze pacientes que realizaram reconstrução, seis deles apresentaram tumor com estadiamento inicial e seis avançado, enquanto que os pacientes que não realizaram reconstrução somavam dezessete. Esta distribuição da amostra interferiu na coerência dos resultados encontrados.

Os pacientes com cirurgias mais extensas com indicação de reconstrução, normalmente apresentam qualidade vocal pastosa e nasalidade associada à imprecisão articulatória. Estes aspectos contribuem para uma fala com redução da

inteligibilidade, considerações estas que não são esperadas para os pacientes com estadiamento inicial (CARRARA-DE ANGELIS et al. 2002). Assim, não podemos considerar o resultado do *VHI* para os pacientes com reconstrução, resultados estes que apresentaram um discreto aumento no valor do escore final e do domínio funcional.

A nossa impressão se confirma de certa forma com alguns trabalhos como o de ROGERS et al. (2002b) no qual afirmam que os pacientes submetidos ao tratamento para câncer oral e orofaríngeo apresentam melhor qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com tumores pequenos, cirurgia simples sem reconstrução complexa e não requerendo radioterapia adjuvante. Como anteriormente citado no item estadiamento, HELLER et al. (1991) afirmam que a qualidade da fala após glossectomias parciais é mais uma função de mobilidade de língua do que da quantidade de língua restante.

ROGERS et al. (2002a) afirmam que as técnicas de reconstrução com transferência de tecido livre tem um importante efeito no tratamento de câncer de cavidade oral, e que muitos dos maiores déficits funcionais têm sido aliviados pela reconstrução. Apesar do conhecimento dos avanços desta técnica, referem que ainda é possível encontrar dificuldades em assuntos de particular importância como: fala, deglutição, mastigação, reabilitação oral, nutrição, funcionamento do ombro e aparência.

Em alguns casos de glossectomias parciais seguidas de reconstrução microcirúrgica pode-se encontrar um certo grau de mobilidade da língua favorecendo uma melhor função do órgão. Apesar de tais resultados, é possível encontrarmos alterações de fala e de voz sem portanto prejudicarem a efetividade da comunicação.

SCHLIEPHAKE et al. (1996 e 1998) referem que a reconstrução miocutânea indicada para pacientes com defeitos largos geralmente oferece resultados funcionais ruins. Os autores ressaltam a importância da mobilidade da língua remanescente neste tipo de reconstrução e da interferência deste aspecto sobre a qualidade de vida relacionada à saúde.

KIYOKAWA et al. (1999) realizaram um estudo com três pacientes glossectomizados totais, defendendo a utilização da reconstrução com o músculo retoabdominal colocado em forma de bolsa com excesso de pele na largura e no comprimento. Os autores afirmam que para a produção da fala é importante a reconstrução da língua em contato com o palato e assim defendem que o seu método mantém a altura e a morfologia da língua reconstruída. Afirmam ainda que este é um método extremamente efetivo para a recuperação da deglutição e articulação após a glossectomia total. A principal contra-indicação acontece quando o músculo retoabdominal não pode ser utilizado.

ROGERS et al. (2002a) afirmam que um preditor significativo da mudança na qualidade de vida relacionada à saúde foi o tipo de cirurgia indicada, podendo este ser laser, fechamento primário ou fechamento com reconstrução.

A melhor preservação da função das estruturas ressecadas no tratamento de câncer oral e orofaríngeo tende a apresentar uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde, como mostra o trabalho de ROGERS et al. (2002b), com 130 pacientes com câncer oral e orofaríngeo, utilizando o UW-QOL. Estes autores afirmam também que a propulsão da língua tem uma forte relação com o domínio deglutição até os 12 meses.

Acreditamos que seria ideal a realização de um estudo com populações com mesmo local de tumor e de estadiamento, e com diferentes técnicas de reconstrução, para assim podermos afirmar sobre a influência da técnica de reconstrução sobre a qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição.

5.3.3 Radioterapia

Não encontramos escores com valores elevados no *VHI* e nenhum resultado com diferença estatística, comparando-se pacientes submetidos ou não à radioterapia (Tabela 12). O resultado apresentado no domínio funcional do *VHI*, no qual aparecem escores um pouco aumentados em comparação aos demais domínios, pode estar relacionado com o campo de radiação no qual normalmente a laringe, em especial a prega vocal, está inserida. Além disso, obviamente o componente ressecção ampliada da língua está associado, pois normalmente são os pacientes com estadiamento avançado que tem indicação de radioterapia pós-operatória.

A ação da radiação sobre a laringe pode trazer a presença de edema e/ou rigidez da região, com redução da elevação laríngea, trazendo consequência direta sobre a qualidade da produção vocal associado à reversão dos efeitos mecânicos do tumor, como citam PAULOSKI et al. (1998). A depender da alteração do padrão vocal, por exemplo, rouquidão decorrente do aumento da massa da prega vocal devido ao edema, rigidez de mucosa, associados a outras características como imprecisão articulatória, pode haver redução da inteligibilidade da fala, diminuindo assim a efetividade da comunicação.

PAULOSKI et al. (1998) analisaram a fala e a deglutição de pacientes irradiados e não irradiados no pós-cirúrgico de pacientes com câncer oral.

Encontraram que a radiação não tem impacto sobre a articulação e inteligibilidade de fala, e observaram que apenas um fonema nasal foi significativamente pior para os pacientes irradiados. Este resultado reflete o impacto da radiação essencialmente sobre a função laríngea.

RAMPLING et al. (2003) avaliaram se era possível e se valeria à pena conhecer a qualidade de vida na clínica da radioterapia para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, com 92 pacientes apresentando tumor em laringe, faringe ou outros. Os autores fizeram uma crítica ao questionário UW-QOL, por não avaliar assuntos relacionados às alterações de voz e fadiga no primeiro ano pós-tratamento. Estes autores acrescentaram a este questionário tais questões e observaram que estas informações são importantes devido às alterações de voz serem seqüelas esperadas da radioterapia, e por verificarem a alta incidência destas respostas nesta população.

GRAEFF et al. (2000) compararam a qualidade de vida de pacientes com tumor em cabeça e pescoço, separando a população por local do tumor e tratamento realizado. Verificaram que os pacientes com tumor em cavidade oral e orofaringe submetidos à cirurgia seguido de radioterapia tiveram pior escore no intervalo de seis meses após o tratamento para o domínio fala (EORTC C30) do que pacientes não irradiados. No entanto, para este mesmo domínio, no questionário EORTC H&N35, os escores foram baixos para ambos os grupos. Este estudo confirma a necessidade de um instrumento específico direcionado para o estudo de qualidade de vida relacionado à fala, pois os dois questionários, um genérico e um específico, para câncer de cabeça e pescoço, analisados neste estudo, apresentam resultados diferentes para a mesma população e o mesmo domínio.

PARLIAMENT et al. (2004) estudaram a qualidade de vida de 22 pacientes irradiados com câncer em cabeça e pescoço, sendo 12 com câncer em cavidade oral. Encontraram que o domínio fala apresentou resultados abaixo da linha-base de referência, no primeiro mês pós-tratamento, com melhora no terceiro mês, porém mantendo-se abaixo da linha-base, e somente apresentando aumento considerável no 12º mês de pós-tratamento. Este estudo demonstra que, quanto mais distante do período dos efeitos agudos da radioterapia, melhor é a qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada à deglutição demonstrou valores inferiores para os pacientes irradiados, não só para o escore final mas também para os diferentes domínios analisados. Encontramos resultados com diferença estatística para os domínios fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas, saúde mental e sono (Tabela 13). Os quatro primeiros domínios acima citados possivelmente estão relacionados à agressividade do tratamento radioterápico e suas seqüelas, como edema, dor, fibrose, rigidez, redução da propriocepção da endolaringe, redução da elevação laríngea, alteração da produção da saliva e paladar, e até mesmo pela limitação de movimento cervical decorrente do tratamento. Acreditamos que estes aspectos sejam responsáveis pelos resultados aqui encontrados, nos quais trazem impactos diretos sobre o processo de mastigação e deglutição.

PAULOSKI et al. (1998) afirmam que a radiação tem maior impacto sobre o processo de deglutição do que sobre parâmetros relacionados à comunicação. Um dos efeitos esperados da radioterapia segundo GAZIANO (2002) é a redução do movimento da língua, além dos demais efeitos já citados anteriormente e

extensivamente citados na literatura, os quais modificam diretamente o processo de deglutição.

A cirurgia associada à radioterapia para pacientes com câncer oral leva os pacientes a vivenciarem disfagia, sendo esta alteração responsável pelos baixos escores encontrados no domínio comer do questionário HNQOL (TERREL et al. 2004). A radioterapia foi o fator que teve associação negativa para este domínio, apresentando resultado com diferença estatística ($p < 0,01$).

Os resultados dos domínios desejo de se alimentar, frequência dos sintomas e saúde mental confirmam os achados do trabalho de RAMPLING et al. (2003) com pacientes irradiados, no qual afirmam que, após um ano de tratamento radioterápico, seus efeitos crônicos como produção de saliva, gustação e deglutição, afetam a qualidade de vida e contribuem para a ansiedade e depressão, ambas com impacto negativo nas atividades da vida diária dos pacientes.

Os nossos achados não estão de acordo com o resultado de GRAEFF et al. (2000) no qual afirmam que para os domínios deglutição, comer socialmente, gustação e olfato do questionário EORTC H&NC35, os escores foram baixos para ambos os grupos de pacientes com cirurgia exclusiva ou com cirurgia associado a radioterapia para portadores de câncer oral e orofaríngeo.

Com o conhecimento de que a xerostomia causada pela radioterapia pode prejudicar a deglutição, FISHER et al. (2003) realizaram um estudo com 121 pacientes com câncer em cabeça e pescoço, utilizando um estimulante de produção de saliva chamado pilocarpina e com pacientes utilizando placebo. Encontraram que, apesar do uso concomitante da pilocarpina com a radioterapia prevenir a xerostomia, infelizmente não foi encontrado nenhum impacto positivo para a qualidade de vida,

avaliado através do questionário UW-QOL. Ao se comparar os resultados encontrados no pré-tratamento, estabelecidos como valores padrão, com os resultados após três e seis meses de pós-tratamento com radioterapia, foi confirmado que este tipo de tratamento tem impacto na habilidade dos pacientes para comer, deglutir e degustar após o tratamento com radiação.

5.3.4 Tempo de pós-tratamento

A qualidade de vida relacionada à voz não apresentou diferença estatística para o escore final e para os diferentes domínios entre ambos os grupos (Tabela 14). O que encontramos foram valores discretamente elevados para os pacientes com tempo maior que 24 meses, principalmente para o domínio funcional e para o escore final. Acreditamos que a falta de esperança em melhorar os aspectos alterados em sua fala, uma vez que o tempo de reabilitação se passou, e todo o investimento possível deva ter ocorrido e que, portanto, constatarem que as características alteradas em sua produção fonoarticulatória tornam-se permanentes. Somam-se a estes aspectos o fato da adaptação a sua condição vivenciada na comunicação e deglutição e subjetivamente, acreditamos, com a satisfação da cura do câncer não avaliada neste estudo.

HAMMERLID et al. (2001) afirmam que a qualidade de vida relacionada à saúde tem demonstrado que problemas com nutrição, dor e comunicação são comuns em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço e que a doença tem impacto na família e na vida social.

Neste estudo, não encontramos resultados de deglutição com diferença estatística para nenhum dos parâmetros analisados, assim como não houve

superioridade dos escores para nenhuma das populações (Tabela 15). Este resultado sugere que a acomodação, compensação e adaptação dos distúrbios da deglutição presentes antes e após 24 meses favorecem a uma qualidade de vida relacionada à deglutição sem consideráveis diferenças entre os grupos, mostrando que quanto maior o tempo de pós-tratamento, menor o impacto dos distúrbios da deglutição sobre a qualidade de vida.

Nossos resultados, apesar de terem sido avaliados num único momento, concordam com os achados de HAMMERLID et al. (2001), que mostram que após um ano de tratamento para câncer de cabeça e pescoço, os escores de qualidade de vida relacionada à saúde são similares aos do diagnóstico, com poucas exceções.

PARLIAMENT et al. (2004) encontraram, em 22 pacientes irradiados, sendo 12 com câncer de cavidade oral, utilizando os questionários UW-QOL e o XQOL (questionário em xerostomia), que o domínio comer/deglutição teve o pior resultado aos 12 meses de pós-tratamento. Além disso, o domínio comer/mastigação apresentou os piores resultados no primeiro e no 12º mês de pós-tratamento. Este estudo demonstra que o efeito agudo da radioterapia tem principalmente maior impacto na mastigação, enquanto que o efeito tardio atua tanto no processo de mastigação quanto de deglutição, uma vez que as alterações tornam-se permanentes.

SCHLIEPHAKE e JAMIL (2002) avaliaram 83 pacientes com câncer em soalho de boca utilizando EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-H&N C35, aplicados em quatro momentos (pré-operatório, três, seis e 12 meses pós-tratamento). Encontraram que o aspecto alterado da deglutição aumentou significativamente no pós-operatório ($p=0,008$) mas diminuiu até o final do período de observação, para um nível comparável aos valores pré-operatórios ($p=0,081$).

Estes autores referem que os níveis dos escores melhoraram até o final do primeiro ano após o tratamento, mas não alcançaram os valores pré-tratamento durante este tempo.

RAMPLING et al. (2003) afirmam que, se a principal preocupação do paciente pode ser identificada, então sua reabilitação pode ser melhor direcionada para os assuntos que lhe são mais importantes. Afirmam ainda que, se os clínicos são colecionadores de dados de qualidade de vida sobre assuntos de preocupação para os pacientes, então devem oferecer tais informações no período pré-tratamento, com orientações mais exatas das prováveis seqüelas de seu tratamento e sua subsequente recuperação. Utilizam como exemplo questões sobre mastigação e gustação no primeiro ano pós-tratamento e sua evolução com uma melhora gradativa. Segundo os autores, estas informações tranquilizam os pacientes, pelo fato de saberem que isto acontece com outras pessoas e que apresentam melhora com o passar do tempo.

Apesar de não termos a amostra esperada, além de caracterizarmos as seqüelas funcionais de pacientes tratados por tumor de língua, a nossa casuística conseguiu ser sensível e demonstrar diferenças nos resultados de qualidade de vida em voz no domínio funcional para os pacientes com estadiamento inicial e avançado, e na qualidade de vida relacionada à deglutição, para os pacientes com diferentes estadiamento e indicação da radioterapia. Quanto ao *SWAL-QOL*, este se mostrou sensível não só na identificação dos pacientes com ou sem disfagia, mas também quanto ao grau de severidade da disfagia, principalmente na análise por domínio, para os grupos estadiamento e radioterapia. O grau de severidade da disfagia analisado no *SWAL-QOL* está relacionado com a expectativa clínica de que quanto maior as alterações nas fases da deglutição esperada para cada tipo de tratamento,

pior será o resultado da qualidade de vida no escore geral ou nos diferentes domínio analisados. No presente estudo esperávamos pior desempenho da deglutição para os pacientes com estadiamento avançado e irradiados, por exemplo, e estes dados se confirmaram com os resultados obtidos no SWAL-QOL.

É possível que alguns dos resultados que se mostraram próximos da significância estatística o fossem numa amostra mais representativa, mas, por se tratar de um estudo transversal descritivo, não estendemos o período de tempo previamente definido.

Todas as informações aqui encontradas nos levam a pensar em como a equipe de saúde pode atuar com este grupo de pacientes, com tumor de língua, visando minimizar suas queixas. A atuação dos profissionais envolvidos deve focar, além obviamente dos aspectos de cura e tempo de sobrevida, a melhor qualidade de vida possível (COSTA NETO et al. 2000; LIST et al. 2000; ROGERS et al. 2002a). Este estudo demonstra que a qualidade de vida deste grupo de pacientes está relacionada à mobilidade e ejeção da língua remanescente sempre que possível, favorecendo o desempenho fisiológico da fonoarticulação e da deglutição, os quais serão maximizadas pela equipe de reabilitação. Os profissionais de saúde, médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos, dentre outros, podem também auxiliar com orientações baseadas nos principais aspectos pontuados por estes pacientes. Um exemplo de orientação a ser dado é a questão do medo à alimentação, o que pode por vezes retardar a efetiva reabilitação da disfagias.

Além disso, reconstruções que favoreçam uma melhor produção fonoarticulatória, preparo e ejeção de bolo mais eficientes devem, sempre que possível, serem almejadas.

Com relação à reabilitação fonoaudiológica propriamente dita, estes dados contribuem para sua prática, que deve ter o foco "do paciente" e não "do clínico" ou "no paciente". Isto significa que a terapia fonoaudiológica deve objetivar a melhora da inteligibilidade de fala, que, nestes pacientes está associada à maximização da articulação, eliminação de compensações negativas o mais precocemente possível e, para pacientes irradiados, ao aspecto intensidade de fala. Para a deglutição, além das orientações já citadas acima, o fonoaudiólogo deve enfatizar os alimentos que o paciente pode comer ou deve evitar, o que fazer quando engasgar, além de técnicas específicas que devem estar direcionadas para maximizar a fase preparatória, aumentar a eficiência da ejeção de língua na fase oral, reduzir o tempo de trânsito oral e faríngeo, minimizar as estases, prevenir e eliminar penetrações e aspirações laríngeas.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Da análise da qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição, podemos concluir que:

- a Pacientes com tumor de língua, principalmente em estádios iniciais, apresentaram bons escores para a qualidade de vida relacionada à voz , sendo o domínio funcional e mais especificamente o fator inteligibilidade o aspecto mais pontuado.
- b A qualidade de vida relacionada à deglutição também apresentou bons escores, sendo os aspectos relacionados a como lidar com os problemas de deglutição, tempo de refeição, prazer para comer, mastigação, parada de alimento na boca e garganta, engasgos e o conhecimento das restrições alimentares os fatores mais pontuados nos diferentes domínios avaliados.
- c A qualidade de vida relacionada à voz não apresentou superioridade evidente para os pacientes nos diferentes grupos.
- d A qualidade de vida relacionada à deglutição apresentou superioridade para os pacientes com estadiamento inicial e sem radioterapia.

- e Na análise por domínio para a qualidade de vida relacionada à voz observamos que o domínio funcional apresentou melhor resultado para os pacientes com estadiamento inicial do que para os pacientes com estadiamento avançado. Este resultado representa efetividade da comunicação associada à inteligibilidade da fala.

- f Na análise por domínios para a qualidade de vida relacionada à deglutição observamos que os domínios fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas e seleção do alimento apresentaram, sistematicamente, piores resultados de qualidade de vida para os pacientes com estadiamento avançado e com radioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bae SC, Lee HS, Yun HR, Kim TH, Yoo DH, Kim SY. Cross-cultural adaptation and validation of Korean Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) and Lequesne Osteoarthritis Indices for clinical research. **Osteoarthritis Cartilage** 2001; 9:746-50.

Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de voz. In: Behlau M, editor. **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.120-1.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine** 2000; 25:3186-91.

Cantarelli FB, Simões MFJ, Oliveira LM, Ferraz MB, Szejnfeld VL. Qualidade de vida em pacientes com fraturas por osteoporose: adaptação cultural, reprodutibilidade e validação do “Osteoporosi Assessment Questionnaire- OPAQ”. **Rev Bras Reumatol** 1999; 39:9-18.

Carrara-de Angelis E, Barros APB, Martins NMS. Fonoaudiologia. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p.121-6.

Caetano ARV. Estudo das alterações fonoarticulatórias encontradas na fala de pacientes submetidos a glossectomias totais e parciais. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD, editores. **Tópicos em fonoaudiologia 1997/1998**. São Paulo: Editora Lovise; 1998. p.267-93.

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

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

Costa Neto SB, Araújo TCCF, Curado MP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. **Acta Oncol Bras** 2000; 20:96-104.

de Campos CC, Manzano GM, de Andrade LB, Castelo Filho A, Nobrega JA. Tradução e validação de gravidade dos sintomas e do estado funcional na síndrome do túnel do carpo. **Arq Neuropsiquiatr** 2003; 61:51-5.

Dworkin JP. Glossectomy: a case report. **Arch Phys Med Rehabil** 1982; 63:182-3.

El Meidany YM, El Gaafary MM, Ahmed I. Cross-cultural adaptation and validation of an Arabic Health Assessment Questionnaire for use in rheumatoid arthritis patients. **Joint Bone Spine** 2003a; 70:195-202.

El Meidany YM, El Gaafary M, Ahmed I. Adapitation et validation d'une version arabe du questionnaire HAQ pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoid. **Rev Rhum Engl Ed** 2003b; 70:401-7.

Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psiclogicological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. **Disphagia** 2002; 17:139-46.

Faria JCM. Reconstruções em cabeça e pescoço In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p.411-6.

Felder-Puig R, Frey E, Sonnlleithner G, et al. German cross-cultural adaptation of the Health Utilities Index and its application to a sample of childhood cancer survivors. **Eur J Pediatr** 2000; 159:283-8.

Fisher J, Scott C, Scarantino CW, et al. Phase III quality of life study results: impact on patients' quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head-and-neck cancer - RTOG 97-09. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2003; 56:832-6.

Furia CBL, Carrara-de Angelis, E, Martins NMS, Barros APB, Carneiro B, Kowalski LP. Video fluoroscopic evaluation after glossectomy. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2000; 126:378-83.

Furia CLB, Kowalski LP, Latorre MRD, et al. Speech intelligibility after glossectomy and speech rehabilitation. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2001; 127:877-83.

Gliklich RE, Goldsmith TA, Funk GF. Are head and neck specific quality of life measures necessary. **Head Neck** 1997; 19:474-80.

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

Genden EM, Okay D, Stepp MT, et al. Comparison of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatamaxillary reconstruction. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2003; 129:775-80.

Gillespie MB, Brodsky MB, Day TA, Lee FS, Martin-Harris B. Swallowing-related quality of life after head and neck cancer treatment. **Laryngoscope** 2004; 114:1362-7.

Graeff A, Leeuw JRJ, Ros WJG, et al. Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer. **Head Neck** 2000; 22:398-407.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol** 1993; 46:1417-32.

Hammerlid E, Bjordal K. A prospective longitudinal quality of life study of patients with head and neck cancer. **Otolaryngol Head Neck Surg** 1997; 116:666-73.

Hammerlid E, Persson LO. Quality of life of psychosocial intervention in head and neck cancer patients. **Otolaryng Head Neck Surg** 1999; 120: 507.16

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.

Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer: a longitudinal study. **Head Neck** 2001; 23:113-25.

Hasegawa-Johnson M, Pizza S, Alwan A, Cha JS, Haker K. Vowel category dependence of the relationship between palate height, tongue height, and oral area. **J Speech Lang Hear Res** 2003; 46:738-53.

Heller KS, Levy J, Sciubba JJ. Speech patterns following partial glossectomy for small tumors of the tongue. **Head Neck** 1991; 13:340-3.

Hogikyan N, Rosen CA. A review of outcome measurements for voice disorders. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2002; 126:562-72.

Hobart JC, Williams LS, Moran K, Thompson AJ. Quality of life measurement after stroke - uses and abuses of the SF-36. **Stroke** 2002; 33:1348-56.

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.

Jotz GP, Dornelles S. Auto-avaliação da voz: Voice Handicap Index. **Arq Medicos** 2000; 3:43-50.

Karnel LH, Funk GF, Tomblin JB, Hoffman HT. Quality of life measurements of speech in the head and neck cancer patient population. **Head Neck** 1999; 21:229-38.

Kiyokawa K, Tai Y, Inoue Y, Yanaga H, Mori K, Nakashima T. Functional reconstruction of swallowing and articulation after total glossectomy without laryngectomy: money pouch-like reconstruction method using rectus abdominis myocutaneous flap. **Plast Reconstr Surg** 1999; 104:2015-20.

Kimata Y, Sakuraba M, Hishinuma S, et al. Analysis of the relations between the shape of the reconstructed tongue and postoperative functions after subtotal or total glossectomy. **Laryngoscope** 2003; 113:905-9.

Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, Kawai M, Nagaya T, Tokudome S. Cross-cultural validation of the beck depression inventory - II in Japan. **Psychiatry Res** 2002; 110:291-9.

Kowalski LP, Carvalho AL, Magrin J. Cirurgia reparadora em câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-deAngelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise; 2000. p.127-33.

Kowalski LP, Carvalho AL, Pellizzon AC. Carcinoma da boca. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p.411-6.

List MA Stracks J, Colangelo L, et al. How do head and neck cancer patients prioritize treatment outcomes before initiating treatment? **J Clin Oncol** 2000; 18:877-84.

Lyos AT, Evans GR, Perez D, Schusterman MA. Tongue reconstruction: outcomes with the rectus abdominis flap. **Plast Reconstr Surg** 1999; 103:442-9.

Marchesan IQ. Deglutição-normalidade. In: Furkim AM, Santini CS, editores. **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-Fono; 1999.p.3-18.

Magrin J, Kowalski LP, Carvalho AL. Carcinoma de boca. In: Carrara-de Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise; 2000a. p.61-6.

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

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

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

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR, Menezes AP. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver burden scale". **Rev Bras Reumatol** 1998; 38:193-9.

[OMS] Organização Mundial de Saúde-Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL – **Versão em português dos instrumentos de qualidade de vida desenvolvimento do WHOQOL - OMS (WHOQOL)** 1998. Disponível em <URL:<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>> [2004 jun 1].

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. **Cancer incidence in five continents vol.VII**. Lyon: IARC; 1997. (IARC Scientific Pu, nº 143).

Parliament MB, Scrimger RA, Anderson SG, et al. Preservation of oral health-related quality of life and salivary flow rates after inverse-planned intensity-modulated radiotherapy (IMRT) for head-and-neck cancer. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2004; 58:663-73.

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

Rampling T, King H, Mais KL, et al. Quality of life measurement in the head and neck cancer radioterapy clinic: is it feasible and worthwhile? **Clin Oncol (R Coll Radiol)** 2003; 15:205-10.

Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. **Br J Oral Maxillofacial Surg** 2002a; 40:11-8.

Rogers SN, Laher H, Overend L, Lowe D. Importance-rating using the University of Washington quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. **J Cranio-Maxillofacial Surg** 2002b; 30:125-32.

Ruhl CM, Gleich LL, Gluckman JL. Survival, function, and quality of life after total glossectomy. **Laryngoscope** 1997; 107:1316-21.

Salibian AH, Allison GR, Rappaport I, Krugman ME, McMicken BL, Etchepare TL. Total and subtotal glossectomy: function after microvascular reconstruction. **Plast Reconstr Surg** 1990; 85:513-6.

Salibian AH, Allison GR, Strelzow VV, et al. Secondary microvascular tongue reconstruction: functional results. **Head Neck** 1993; 15:389-97.

Schliephake H, Ruffert K, Schneller T. Prospective study of the quality of life of cancer patients after intraoral tumor surgery. **J Oral Maxillofac Surg** 1996; 54:664-70.

Schliephake H, Schmelzeisen R, Schonweiler R, Schneller T, Altenbernd C. Speech, deglutition and life quality after intraoral tumour resection: a prospective study. **Int J Oral Maxillofac Surg** 1998; 27:99-105. Erratum in: **Int J Oral Maxillofac Surg** 1998; 27:322.

Schliephake H, Jamil MU. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2002; 31:427-33.

Szecker N, Medin G, Furlong WJ, Feeny DH, Barr RD, Depauw S. Preliminary translation and cultural adaptation of health utilizes index questionnaires for application in Argentina. **Int J Cancer** 1999; 12:119-24.

Su WF, Hsia YJ, Chang YC, Chen SG, Sheng H. Functional comparison after reconstruction with a radial forearm free flap or a pectoralis major flap for cancer of the tongue. **Otolaryngol Head Neck Surg** 2003; 128:412-8.

Tamanini JT, D'Ancona CA, Botega NJ, Rodrigues Netto N Jr. Validação do “Kings Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:203-11.

Teixeira MS, Hirata CHW. Propedêutica no câncer de boca e orofaringe. In: Carrara-de Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise; 2000. p.47-52.

Terrel JE, Ronis DL, Fowler KE, et al. Clinical predictors Quality of life in patients with head and neck cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 130:401-8.

Urken ML, Moscoso JF, Lawson W, Biller HF. A systematic approach to functional reconstruction of the oral cavity following partial and total glossectomy. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1994; 120:589-601.

Vicente LCC, Forte AP, Martins L, Soneghet R. Tumores de cavidade oral e orofaringe - atuação fonoaudiológica. In: Lopes Filho O, editor. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; 1997. p.1079-102.

Yamamoto Y, Sugihara T, Furuta Y, Fukuda S. Functional reconstruction of the tongue and deglutition muscles following extensive resection of tongue cancer. **Plast Reconstr Surg** 1998; 102:993-1000.

Wittekind Ch, Sobin LH. **TNM classification of malignant tumors**. 6th ed. New York: Wiley-Liss; 2002. Head and neck tumors; p.19-22.

ANEXO I

Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética -

CENTRO DE TRATAMENTO E PESQUISA
**HOSPITAL
DO CÂNCER**
A. C. CAMARGO

São Paulo, 30^{de} abril de 2003.

À
Sra.
Anna Karinne Costa Bandeira

Ref.: Projeto de Pesquisa n.º 488/03
"Qualidade de vida relacionada à deglutição e a voz em pacientes com câncer de língua".

Seu projeto de pesquisa, acima mencionado, foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer em sua última reunião de 29.04.2003. Os membros desta comissão aprovaram a realização deste estudo. Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhados à secretaria do CEP dentro de 12 meses.

Atenciosamente,


Dr. Daniel Deheinzelin
Vice - Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa

C.C.
Profª. Dra. Elisabete Carrara de Angelis

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Rua Prof. Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo – SP CEP 01509-900
PABX(0XX11)3272-5000 ramal 1117

ANEXO II

Ficha de Registro de Dados (página 1 / 2)



I) IDENTIFICAÇÃO

ID _____

Nome: _____ RGH: _____

Sexo: (1) M ☐ (2) F ☐ Idade: _____ ☐

Data de Nascimento ____/____/____ ☐☐☐

Estado Civil: S(1) C(2) V(3) D(4) ☐

Filhos: Não (0) Sim (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 .. ☐

Trabalha atualmente: (0) Não (1) Sim.. ☐

Fumo: (0) nunca (1) parou (2) mantém o vício ☐

Álcool: (0) nunca (1) parou (2) mantém o vício ☐

TRATAMENTOS REALIZADOS

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

(0)N0 (1) N1 (2) N2 (3) N3 (4)Nx . ☐

(1) M0 (2)M1 (3) Mx ☐

Sítio da lesão Primária: ☐

(1) Língua (2) Soalho de boca (3) Mandíbula (4) Máx.ila (5)Palato duro (6)
Palato mole (7) Retromolar (8) Loja amigdaliana (9) Mucosa jugal (10) Faringe
(11)Laringe

Tipo de Cirurgia: ☐

(1) Glossectomia total (2) glossectomia subtotal (3) Glossectomia parcial (4)
pelveglossectomia parcial (5) pelveglossectomia total (6) PGM

Estruturas associadas Cirurgia: ☐☐☐☐

(1) Língua (2) Soalho de boca (3) Mandíbula (4) Máx.ila (5)Palato duro (6) Palato
mole (7) Retromolar (8) Loja amigdaliana (9) Mucosa jugal (10) Faringe
(11)Laringe

Tratamento: ☐☐☐☐

(1) Cirurgia (2) Radioterapia exclusiva (3) Radioterapia adjuvante (4) quimioterapia
adjuvante (4)Reconstrução

Ficha de Registro de Dados (página 2 / 2)

Descrição da reconstrução: ☐

(1) Sutura primária (2) Regional (3) Microcirurgia à distância (4) Miocutânea

Tipo de retalho: ☐

(1) peitoral maior (2) ante -braquial (3) reto abdominal (4) platisma

(5) lateral do braço (6) outros _____

Esvaziamento Cervical: ☐

(0) Não (1) SOH (2) Radical (3) Radical modificado (4) Clássico (5) Outro

Tipo: _____

Radioterapia: ☐

(0) Não (1) Pré-op (2) Pós-op Dose: _____

REABILITAÇÃO:

Fonoterapia: (0) Não (1) Sim. ☐

Data: Início ☐

Término: ☐

Nº de sessões: ☐

Final da fonoterapia : (1)alta (2) desistiu ☐

Sonda:

Data: Início: ☐

Término: ☐

Traqueo:

Data: Início ☐

Término: ☐

ANEXO III -

Consentimento Pós-Informado (página 1 / 2)



ID _____

ESTUDO DESCRITIVO TRANSVERSAL DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À DEGLUTIÇÃO E À VOZ APÓS TRATAMENTO PARA CÂNCER DE LÍNGUA.

Introdução

Convidamos você a participar de um estudo que se pretende conhecer a visão do paciente tratado por tumor de língua sobre a sua qualidade de vida relacionada a deglutição e à voz.

Por vezes a compreensão da equipe médica e da área de saúde sobre a qualidade de vida de seus pacientes não reflete a verdadeira impressão vivenciada pelos próprios pacientes.

O objetivo deste estudo é descrever como os pacientes avaliam sua qualidade de vida relacionada à deglutição e à voz após o tratamento oncológico para tumor de língua independente do tipo de tratamento realizado (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia).

A participação neste estudo é completamente voluntária. Você terá tempo suficiente para decidir se quer participar ou não. Se decidir não participar, seu médico vai lhe oferecer o melhor tratamento disponível.

Se concordar em participar deste estudo, o pesquisador (um fonoaudiólogo) pedirá o seu consentimento por escrito. Então, você será convidado a preencher 4 questionários que avaliarão a sua interpretação sobre a sua qualidade de vida relacionada à deglutição e à voz.

Para sua inclusão no estudo será necessário que você tenha no mínimo 1 ano de término do tratamento para tumor de língua.

Aplicação dos Questionários

Se você decidir participar do estudo, você receberá 4 questionários sobre qualidade de vida: *VHI* avalia qualidade de vida em voz, *SWAL-QOL* que avalia qualidade de vida em deglutição. Todos os protocolos constam de perguntas objetivas. A duração estimada para a aplicação destes protocolos é de aproximadamente 40 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 oncológico de câncer de língua. Será possível conhecermos qual o impacto da alteração da deglutição e/ou de voz na sua qualidade de vida, para com isso tentarmos minimizá-lo.

Este estudo também poderá trazer benefícios futuros para outros pacientes com dificuldades de deglutição ou de voz após o tratamento de câncer de língua.

Não há qualquer risco esperado na realização deste estudo.

Descontinuação do Estudo

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

Registro dos Pacientes

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

Dúvidas

Se qualquer 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 Anna Karinne Costa Bandeira

Tel. 3272-5123/ 52124

Por favor guarde estas informações para consulta futura.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Li e entendi este folheto de informações ao paciente e formulário de consentimento compostos de 2 páginas. Concordo voluntariamente em participar do estudo acima. Entendo que mesmo após ter assinado o formulário de consentimento, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem dizer o motivo, e sem detrimento ao meu tratamento presente ou futuro pelo médico.

Recebi uma cópia deste folheto de informações ao paciente e formulário de consentimento para levar comigo.

Em:.....2003

Nome por extenso:

Assinatura:

Investigador:(Nome)

.....(Assinatura)

ANEXO IV

VHI (VOICE HANDICAP INDEX): Índice de Desvantagem Vocal (JACOBSON et al. 1997) (página 1 /2)



Nome: _____ Data: ____/____/____

RGH _____ ID _____

Não preencher este espaço:

Profissional da voz: () Sim () Não / Profissional da Música: () Sim () Não

Notas: F: _____ / P: _____ E: _____ // Total (somar todos os valores): _____

Preencher daqui para baixo:

Eu necessito ativamente da minha voz primeiramente para:

- a) minha profissão (qual: _____)
- b) atividades fora do trabalho (comunidade, organizações, clubes,...)
- c) conversação diária

Eu necessito ativamente da minha voz para o canto, por ser

- a) minha profissão (cantor - primeiramente, estudante da área de voz)
- b) atividades fora do meu trabalho (coral, cantor de banda – membro secundário)
- c) nenhuma das acima. Eu não canto.

Eu classifico (em números) a minha voz como atividade de fala da seguinte forma (coloque um círculo):

1	2	3	4	5	6	7
Quieto	Conversador			Extremamente Conversador		

Instruções: Este questionário tem sido utilizado para as pessoas que descrevem as suas vozes e as repercussões dela em suas vidas. Circule o número que você tem experimentado com mais frequência.
0 = Nunca 1 = Quase Nunca 2 = Algumas Vezes 3 = Quase Sempre 4 = Sempre

Parte I – F

- 1) Minha voz faz com que eu tenha dificuldade de ser entendido. 0 1 2 3 4
- 2) As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos. 0 1 2 3 4
- 3) Minha família tem dificuldade em ouvir-me quando eu falo com eles de um lado para outro na minha casa. 0 1 2 3 4
- 4) Eu uso pouco o telefone em relação ao que eu gostaria de usar. 0 1 2 3 4
- 5) Eu tento evitar grupos de pessoas por causa da minha voz. 0 1 2 3 4
- 6) Eu não falo com amigos, vizinhos e parentes muito freqüentemente por causa da minha voz. 0 1 2 3 4
- 7) As pessoas pedem para eu repetir o que falei quando estão conversando comigo pessoalmente. 0 1 2 3 4
- 8) As dificuldade da minha voz restringem a minha vida social e pessoal. 0 1 2 3 4
- 9) Eu me mantenho fora dos bate-papos por causa da minha voz. 0 1 2 3 4
- 10) O problema da minha voz altera o meu rendimento salarial. 0 1 2 3 4

VHI (VOICE HANDICAP INDEX): Índice de Desvantagem Vocal (JACOBSON et al.

1997) (página 2 /2)

Parte II – P

- 1) Falta-me ar quando eu falo. 0 1 2 3 4
- 2) O som da minha voz varia durante o dia. 0 1 2 3 4
- 3) As pessoas falam “O que há de errado com a sua voz?” 0 1 2 3
- 4) O som da minha voz é áspero e seco. 0 1 2 3 4
- 5) Eu sinto que eu tenho que forçar para sair minha voz. 0 1 2 3 4
- 6) A clareza da minha voz é imprevisível. 0 1 2 3 4
- 7) Eu tento mudar minha voz para um som diferente. 0 1 2 3 4
- 8) Eu me esforço muito para falar. 0 1 2 3 4
- 9) Minha voz é pior a noite. 0 1 2 3 4
- 10) Minha voz desaparece na metade da conversa. 0 1 2 3 4

Parte III – E

- 1) Eu fico tenso quando estou falando com outras pessoas por causa da minha voz. 0 1 2 3 4
- 2) As pessoas parecem ficar irritadas por causa da minha voz. 0 1 2 3 4
- 3) Eu acho que algumas pessoas não entendem o problema da minha voz. 0 1 2 3 4
- 4) Minha voz me perturba. 0 1 2 3 4
- 5) Eu sou um pouco extrovertido em razão do meu problema vocal. 0 1 2 3 4
- 6) Minha voz me faz incapacitado. 0 1 2 3 4
- 7) Eu me sinto aborrecido quando as pessoas me pedem para repetir. 0 1 2 3 4
- 8) Eu fico envergonhado quando as pessoas falam para eu repetir. 0 1 2 3 4
- 9) Minha voz faz com que eu me sinta incompetente. 0 1 2 3 4
- 10) Eu me sinto humilhado em razão do meu problema vocal. 0 1 2 3 4

ANEXO V

SWAL-QOL (Quality of life in Swallowing Disorders): Qualidade de Vida em Disfagia (McHORNEY et al. 2002) (página 1/ 6)



Instruções para Completar os Estudos da *Qualidade de Vida em Disfagia* - *SWAL-QOL*

Esse questionário foi feito para saber como seu problema de deglutição tem afetado sua qualidade de vida dia - a - dia.

Por favor, tenha atenção para ler e responder cada questão. Algumas questões podem parecer iguais às outras, mas cada uma é diferente.

Exemplo de como as questões irão estar neste protocolo.

1 No último mês quantas vezes você sentiu os sintomas abaixo:

	Sempre	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez
Sentiu-se fraco	1	2	3	4	5

Obrigada por fazer parte deste estudo!!!!

NOTA IMPORTANTE: Entendemos que você pode ter vários problemas físicos. Algumas vezes é difícil separá-los das dificuldades de deglutição, mas esperamos que você dê o seu melhor para se concentrar somente nas dificuldades de deglutição. Obrigada pelo seu esforço em completar este questionário.

SWAL-QOL (McHORNEY et al. 2002)

1 Abaixo estão algumas questões gerais que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbios de deglutição. No último mês, o quanto às questões a seguir tem sido verdadeiras para você? (circular um número em cada linha)

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Um pouco verdade	Nunca verdade
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil.	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior perturbação de minha vida.	1	2	3	4	5

SWAL-QOL (Quality of life in Swallowing Disorders): Qualidade de Vida em Disfagia
(McHORNEY et al. 2002) (página 2 / 6)

- 2 Abaixo estão alguns aspectos da alimentação do dia-a-dia relatados pelos pacientes com distúrbios de deglutição. No último mês, o quanto essas questões tem sido verdadeiras para você? (circular um número em cada linha)

	Sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Um pouco verdade	Nunca verdade
Na maioria dos dias, não me importo se como ou não.	1	2	3	4	5
Levo mais tempo para comer do que outras pessoas.	1	2	3	4	5
Estou raramente com fome.	1	2	3	4	5
Levo muito tempo para comer minha refeição.	1	2	3	4	5
Não tenho mais prazer em comer.	1	2	3	4	5

- 3 Abaixo estão alguns problemas físicos que as pessoas com distúrbios de deglutição podem apresentar. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada um destes problemas como resultado do seu problema de deglutição? (circular um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Difícilmente	Nunca
Tosse	1	2	3	4	5
Engasgo quando se alimenta	1	2	3	4	5
Engasgo com líquidos	1	2	3	4	5
Apresento saliva grossa ou secreção	1	2	3	4	5
Vômito	1	2	3	4	5
Enjôo	1	2	3	4	5
Dificuldades na mastigação	1	2	3	4	5
Excesso de saliva ou secreção	1	2	3	4	5
Pigarros	1	2	3	4	5
A comida pára na garganta	1	2	3	4	5
A comida pára na boca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida escorrem da boca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida saem pelo nariz	1	2	3	4	5
Tosse para retirar o líquido ou a comida para fora da boca quando estes estão parados	1	2	3	4	5

SWAL-QOL (Quality of life in Swallowing Disorders): Qualidade de Vida em Disfagia
(McHORNEY et al. 2002) (página 3/ 6)

- 4 Responda algumas perguntas sobre como os problemas de deglutição têm afetado sua alimentação no último mês. (circular um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso ou não posso comer é um problema para mim	1	2	3	4	5
É difícil de achar alimentos que posso e gosto de comer	1	2	3	4	5

- 5 No último mês, qual a frequência que as afirmativas abaixo sobre a comunicação aplicam-se a você devido a seu problema de deglutição? (circular um número em cada linha)

	Todas as vezes	Maior parte das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez
As pessoas têm dificuldade em me entender	1	2	3	4	5
Tem sido difícil me comunicar claramente	1	2	3	4	5

- 6 Abaixo estão algumas preocupações que as pessoas com problema de deglutição às vezes mencionam. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada uma dessas preocupações? (circular um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Difícilmente	Nunca
Tenho medo de engasgar quando me alimento	1	2	3	4	5
Preocupo – me em ter pneumonia	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar com líquidos	1	2	3	4	5
Nunca sei quando vou engasgar	1	2	3	4	5

SWAL-QOL (Quality of life in Swallowing Disorders): Qualidade de Vida em Disfagia
(McHORNEY et al. 2002) (página 4 / 6)

7 No último mês, quanto as afirmativas a seguir têm sido verdadeiras devido ao seu problema de deglutição? (circular um número em cada linha)

	Quase sempre verdade	Muitas vezes verdade	Algumas vezes verdade	Um pouco verdade	Nunca verdade
Meu problema de deglutição me deprime	1	2	3	4	5
Ter que tomar muito cuidado quando bebo ou como me aborrece	1	2	3	4	5
Tenho estado desanimado com meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição me frustra	1	2	3	4	5
Fico impaciente em lidar com meu problema de deglutição	1	2	3	4	5

8 Pense em sua vida social no último mês. Como poderia concordar ou discordar das afirmativas a seguir? (circular um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo totalmente
Não saio para comer devido ao meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição torna difícil ter uma vida social.	1	2	3	4	5
Meu trabalho ou minhas atividades de lazer mudaram pelo problema de deglutição	1	2	3	4	5
Programas sociais e férias não me satisfazem devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu papel com família e amigos têm mudado devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5

9 No último mês, quantas vezes você sentiu algum desses sintomas físicos? (circular um número em cada linha)

	Todas as vezes	A maioria das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez
Sente-se fraco?	1	2	3	4	5
Tem problema para dormir?	1	2	3	4	5
Sente-se cansado?	1	2	3	4	5
Tem problema para manter-se dormindo?	1	2	3	4	5
Sente-se exausto?	1	2	3	4	5

SWAL-QOL (Quality of life in Swallowing Disorders): Qualidade de Vida em Disfagia (McHORNEY et al. 2002) (página 5 / 6)

- 10 Hoje, você recebe algum tipo de alimento (comida ou líquido) por sonda? (1) Não (2) Sim
- 11 Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência ou textura da comida que você vem se alimentando mais frequente nesta última semana:
- A- Circule esta se você está se alimentando com uma dieta normal, com uma variedade de alimentos, incluindo alimentos mais difíceis de mastigar como carne, cenoura, pão, salada e pipoca.
 - B- Circule esta, se você está comendo alimentos macios, fáceis de mastigar como caçarola, frutas em conserva, vegetais cozidos, raízes e sopas cremosas.
 - C- Circule esta, se você está comendo alimentos mais pastosos, passadas no liquidificador ou processador.
 - D- Circule esta se a maior parte de sua alimentação tem sido via sonda, porém algumas vezes toma sorvete, pudim , purê de maçã e outras comidas saborosas.
 - E- Circule esta caso toda sua alimentação seja pela sonda.
- 12 Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência dos líquidos que tem ingerido na última semana.
- A- Circule esta se você ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café.
 - B- Circule esta se você ingere líquidos um pouco mais espessos como suco de tomate ou néctar de damasco. Este tipo de líquido goteja lentamente da colher quando você vira para baixo.
 - C- Circule esta se você ingere líquidos moderadamente espessos, como milkshake. Este tipo de líquido é difícil de sugar pelo canudo, como um milkshake muito grosso, ou goteja da colher lentamente, gota a gota, quando a colher é inclinada, como se fosse mel.
 - D- Circule esta se você ingere líquidos bem engrossados, como o pudim. Este tipo de líquido muito espesso, fixa-se na colher quando esta for virada.
 - E- Circule esta se você não ingere líquidos pela boca ou tem-se limitado a gelo picado.
- 13 Você diria que sua saúde é:

(1) Ruim (2) Satisfatória (3) Boa (4) Muito Boa (5) Excelente

Questões gerais sobre você

Quando é seu aniversário? / /
 dia mês ano

Qual é a sua idade?

Seu sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Qual é sua raça ou grupo étnico?

(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Ignorada

Qual a sua graduação? (0) analfabeto (1) 1º grau completo (2) 1º grau incompleto
(3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto (5) 3º grau completo

Qual seu estado civil? (1) Nunca casou (2) Casado (3) Divorciado
(4) Separado (5) Viúvo

Alguém te ajudou responder essas questões?
(1) Não, respondi sozinho (2) Sim, alguém me ajudou responder

Como alguém te ajudou a responder essas questões?
(1) Leu as questões e/ou escreveu as respostas que você deu
(2) Respondeu as questões para você
(3) Foi ajudado de outra forma

_____/_____/_____
dia mês ano

Comentários:
Você tem algum comentário sobre esse questionário? Agradecemos os comentários gerais ou sobre perguntas específicas, especialmente se tiver alguma que não ficou clara ou confusa para você.

Obrigada por completar o estudo dos cuidados com a deglutição!

ANEXO VI

Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo com o estadiamento* (n=29).

Variável	Categoria	Estadiamento n (%)	
		T1+T2	T3+T4
Profissional da voz	Sim	5 (100,0)	0 (0,0)
	Não	15 (62,5)	6 (25,0)
Profissional da música	Não	20 (69,0)	6 (20,7)
Necessita ativamente da voz primeiramente	Profissão	7 (100,0)	0 (0,0)
	Atividades fora do trabalho	1 (100,0)	0 (0,0)
	Conversação diária	12 (57,1)	6 (28,6)
Necessita ativamente da voz para o canto, por ser:	Profissão(cantor primeiramente, estudante da área de voz)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Atividades fora do trabalho(coral, cantor de banda – membro secundário)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Nenhuma das alternativas. Não é cantor.	20 (69,0)	6 (20,7)
Autoclassificação da voz como atividade de fala	Quieto (1)	3 (100,0)	0 (0,0)
	Quieto (2)	5 (100,0)	0 (0,0)
	Conversador (3)	5 (55,6)	3 (33,3)
	Conversador (4)	2 (50,0)	2 (50,0)
	Conversador (5)	1(100,0)	0 (0,0)
	Conversador (6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Extremamente conversador (7)	4 (57,1)	1 (14,3)

* *Estadiamento Tx excluído.*

ANEXO VII

Distribuição de frequências das variáveis da alimentação ingeridos na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento* (n=26).

Variável	Categoria	Estadiamento n (%)	
		T1+T2	T3+T4
Você se alimenta por sonda?	Não	20 (71,4)	05 (17,9)
	Sim	0 (0,0)	1 (100,0)
Descrição da melhor consistência ou textura da comida na última semana	Está se alimentando normalmente com alimentos mais difíceis de mastigar como carne, pipoca, pão, salada e arroz	17 (68,0)	05 (20,0)
	Está comendo alimentos leves, fáceis de mastigar como frutas, vegetais cozidos e sopas cremosas	03 (100,0)	0 (0,0)
	Toda a alimentação for pela sonda	0 (0,0)	1 (100)
Descrição da melhor consistência de líquidos na última semana	Ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café	20 (74,1)	04 (14,8)
	Ingere líquidos um pouco mais espessos como iogurte líquido	0 (0,0)	2 (100,0)

* *Estadiamento Tx excluído.*

ANEXO VIII

Distribuição de frequências da variável da auto-classificação da saúde no questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo o estadiamento* (n=26).

Variável	Categoria	Estadiamento	
		n (%)	
		T1+T2	T3+T4
Você diria que a sua saúde é:	Ruim	1 (100,0)	0 (0,0)
	Regular	4 (100,0)	0 (0,0)
	Boa	3 (42,9)	3 (42,9)
	Muito Boa	5 (62,5)	2 (25,0)
	Excelente	7 (77,8)	1 (11,1)

* *Estadiamento Tx excluído.*

ANEXO IX

Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo a realização ou não da reconstrução (n=29).

Variável	Categoria	Reconstrução n (%)	
		SIM	NÃO
Profissional da voz	Sim	2 (40,0)	3 (60,0)
	Não	10 (41,7)	14 (58,3)
Profissional da música	Não	12 (41,4)	17 (58,6)
Necessita ativamente da voz primeiramente	Profissão	6 (85,7)	1 (14,3)
	Atividades fora do trabalho	0 (0,0)	1 (100,0)
	Conversação diária	6 (28,6)	15 (71,4)
	Profissão(cantor primeiramente, estudante da área de voz)	0 (0,0)	0 (0,0)
Necessita ativamente da voz para o canto, por ser:	Atividades fora do trabalho (coral, cantor de banda – membro secundário)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Nenhuma das alternativas. Não é cantor.	12 (41,4)	17 (58,6)
Autoclassificação da voz como atividade de fala	Quieto (1)	0 (0,0)	3 (100,0)
	Quieto (2)	2 (40)	3 (60,0)
	Conversador (3)	3 (33,3)	6 (66,7)
	Conversador (4)	4 (100,0)	0 (0,0)
	Conversador (5)	0 (0,0)	1(100,0)
	Conversador (6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Extremamente conversador (7)	3 (42,9)	4 (57,1)

ANEXO X

Distribuição de frequências das variáveis da alimentação ingeridos na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não da reconstrução (n=29).

Variável	Categoria	Reconstrução n (%)	
		SIM	NÃO
Você se alimenta por sonda?	Não	11(39,3)	17(60,7)
	Sim	1(100,0)	0 (0,0)
Descrição da melhor consistência ou textura da comida na última semana	Está se alimentando normalmente com alimentos mais difíceis de mastigar como carne, pipoca, pão, salada e arroz	8 (32,0)	17(68,0)
	Está comendo alimentos leves, fáceis de mastigar como frutas, vegetais cozidos e sopas cremosas	3 (100,0)	0 (0,0)
	Toda a alimentação for pela sonda	1(100,0)	0 (0,0)
Descrição da melhor consistência de líquidos na última semana	Ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café	10 (37,0)	17(63,0)
	Ingere líquidos um pouco mais espessos como iogurte líquido	2(100,0)	0 (0,0)

ANEXO XI

Distribuição de frequências da variável da auto-classificação da saúde no questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo a realização ou não da reconstrução (n=29).

Variável	Categoria	Reconstrução	
		n (%)	
		SIM	NÃO
Você diria que a sua saúde é:	Ruim	0 (0,0)	1 (100,0)
	Regular	2 (50,0)	2 (50,0)
	Boa	4 (57,1)	3 (42,9)
	Muito Boa	3 (37,5)	5 (62,5)
	Excelente	3 (33,3)	6 (66,7)

ANEXO XII

Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo com a realização ou não da radioterapia (n=29).

Variável	Categoria	Radioterapia n (%)	
		SIM	NÃO
Profissional da voz	Sim	2 (40,0)	3 (60,0)
	Não	10 (41,7)	14 (58,3)
Profissional da música	Não	12 (41,4)	17 (58,6)
Necessita ativamente da voz primeiramente	Profissão	5 (71,4)	2 (28,6)
	Atividades fora do trabalho	0 (0,0)	1 (100,0)
	Conversação diária	7 (33,3)	14 (66,7)
Necessita ativamente da voz para o canto, por ser:	Profissão(cantor primeiramente, estudante da área de voz)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Atividades fora do trabalho (coral, cantor de banda – membro secundário)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Nenhuma das alternativas. Não é cantor.	12 (41,4)	17 (58,6)
Autoclassificação da voz como atividade de fala	Quieto (1)	0 (0,0)	3 (100,0)
	Quieto (2)	0 (0,0)	5 (100,0)
	Conversador (3)	5 (55,6)	4 (44,4)
	Conversador (4)	4 (100,0)	0 (0,0)
	Conversador (5)	0 (0,0)	1 (100,0)
	Conversador (6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Extremamente conversador (7)	3 (42,9)	4 (57,1)

ANEXO XIII

Distribuição de frequências das variáveis da alimentação na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29).

Variável	Categoria	Radioterapia n (%)	
		SIM	NÃO
Você se alimenta por sonda?	Não	11 (39,3)	17 (60,7)
	Sim	1 (100,0)	0 (0,0)
Descrição da melhor consistência ou textura da comida na última semana	Está se alimentando normalmente com alimentos mais difíceis de mastigar como carne, pipoca, pão, salada e arroz	9 (36,0)	16 (64,0)
	Está comendo alimentos leves, fáceis de mastigar como frutas, vegetais cozidos e sopas cremosas	2 (66,7)	1 (33,3)
	Toda a alimentação for pela sonda	1 (100,0)	0 (0,0)
Descrição da melhor consistência de líquidos na última semana	Ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café	11 (40,7)	16 (59,3)
	Ingere líquidos um pouco mais espessos como iogurte líquido	1 (50,0)	1 (50,0)

ANEXO XIV

Distribuição de frequências da variável da auto-classificação da saúde do questionário *SWAL-QOL* (McHORNEY et al. 2002) de acordo com a realização ou não de radioterapia (n=29).

Variável	Categoria	Radioterapia	
		n (%)	
		SIM	NÃO
Você diria que a sua saúde é:	Ruim	0 (0,0)	1 (100,0)
	Regular	1 (25,0)	3 (75,0)
	Boa	3 (42,9)	4 (57,1)
	Muito Boa	3 (37,5)	5 (62,5)
	Excelente	5 (55,6)	4 (44,4)

ANEXO XV

Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao uso da voz referidas no questionário *VHI* (JACOBSON et al. 1997) de acordo o tempo pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).

Variável	Categoria	Tempo (meses) n (%)	
		≤ 24	> 24
Profissional da voz	Sim	5 (100,0)	0 (0,0)
	Não	14 (58,3)	10 (41,7)
Profissional da música	Não	19 (65,5)	10 (34,5)
Necessita ativamente da voz primeiramente	Profissão	6 (85,7)	1 (14,3)
	Atividades fora do trabalho	1 (100,0)	0
	Conversação diária	12 (57,1)	9(42,9)
Necessita ativamente da voz para o canto, por ser:	Profissão(cantor primeiramente, estudante da área de voz)	0 (0,0)	0 (0,0)
		0 (0,0)	0 (0,0)
	Atividades fora do trabalho (coral, cantor de banda – membro secundário)	19 (65,5)	10 (34,5)
	Nenhuma das alternativas. Não é cantor.		
Autoclassificação da voz como atividade de fala	Quieto (1)	2 (66,7)	1 (33,3)
	Quieto (2)	3 (60,0)	2 (40,0)
	Conversador (3)	4 (44,4)	5 (55,6)
	Conversador (4)	3 (75,0)	1 (25,0)
	Conversador (5)	1 (100,0)	0 (0,0)
	Conversador (6)	0 (0,0)	9 (0,0)
	Extremamente conversador (7)	6 (85,7)	1 (14,3)

ANEXO XVI

Distribuição de frequências das variáveis da alimentação na última semana anterior a entrevista do questionário *SWAL-QOL* (McHorney et al. 2002) de acordo o tempo de pós-tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).

Variável	Categoria	Tempo (meses) n (%)	
		≤ 24	> 24
Você se alimenta por sonda?	Não	18 (64,3)	10 (35,7)
	Sim	1 (100,0)	0 (0%)
Descrição da melhor consistência ou textura da comida na última semana	Está se alimentando normalmente com alimentos mais difíceis de mastigar como carne, pipoca, pão, salada e arroz	16 (64,0)	9 (36,0)
	Está comendo alimentos leves, fáceis de mastigar como frutas, vegetais cozidos e sopas cremosas	2 (66,7)	1 (33,3)
	Toda a alimentação for pela sonda	1 (100,0)	0 (0,0)
Descrição da melhor consistência de líquidos na última semana	Ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café	17 (63,0)	10 (37,0)
	Ingere líquidos um pouco mais espessos como iogurte líquido	2 (100,0)	0 (0,0)

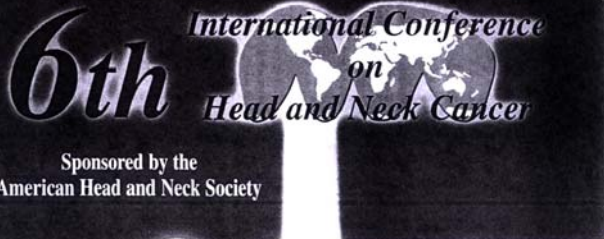
ANEXO XVII

Distribuição de frequências das variáveis da auto-classificação da saúde do questionário *SWAL-QOL* (McHorney et al. 2002) de acordo o tempo de pós- tratamento, menor/igual ou maior que 24 meses (n=29).

Variável	Categoria	Tempo em meses	
		n (%)	
		≤ 24	> 24
Você diria que a sua saúde é:	Ruim	1 (100,0)	0 (0,0)
	Regular	4 (100,0)	0 (0,0)
	Boa	4 (57,1)	3 (42,9)
	Muito Boa	3 (37,5)	5 (62,5)
	Excelente	7 (77,8)	2 (22,2)

ANEXO XVIII

Anais da 6th International Conference on Head and Neck Cancer



6th International Conference on Head and Neck Cancer

Sponsored by the
American Head and Neck Society



Final Program and Abstract Book

Conference Chairman
Ashok R. Shaha, MD

Program Chairman
Ernest A. Weymuller, Jr., MD

Conference Manager
Concepts in Meetings & Events

1805 Ardmore Blvd.
Pittsburgh, PA 15221-4407
Phone: (412) 243-5156
Fax: (412) 243-5160
E-mail: conceptsmtg@aol.com

August 7 thru August 11, 2004

Marriott

Wardman Park
Washington, DC USA

s363

QUALITY OF LIFE RELATED TO SWALLOWING AND VOICE AFTER TONGUE CANCER TREATMENT

A.K.C.Bandeira¹, E.H.M.Azevedo¹, J.G.Vartanian¹, I.N.Nishimoto¹, L.P.Kowalski¹, E.Carrara-de-Angelis¹

¹Hospital do Cancer A C Camargo, Sao Paulo Brazil

Introduction: Physical and functional changes in swallowing and voice after tongue cancer treatment may influence social and psychosocial aspects of the patients adjustment, which may result in a minor or major impact on their quality of life. The objective of this study was to evaluate the quality of life related to swallowing and voice functions in tongue cancer treated patients, measured by the use of specific questionnaires on life quality. **Methods:** The eligibility criteria were: previously untreated patients with squamous cell carcinoma of the oral tongue who were submitted to treatment from January, 2000 to May, 2003. Patients were interviewed by a speech pathologist using specific questionnaires for quality of life assessment related to swallowing (SWAL QOL, McHorney et al, 2002), and to voice (Voice Handicap Index, VHI, Jakobson et al, 2000). **Results:** A total of 20 patients were included in the study, with a median of 53.4 years. Most tumors were at early stages (T1/T2 in 65%). All patients were submitted to surgical treatment, and 55% underwent postoperative radiation therapy. In the stratified analysis of tumor stage and the use of coadjuvant radiotherapy, advanced tumor and irradiated patients presented a significant impact on the swallowing-related to quality of life scores, mainly related to burden, eating duration, symptom frequency, fear and social aspects. Regarding social aspects, approximately one-third of irradiated patients had lower swallowing-related quality of life scores, being the questions 01Cdon019t dine out due to my swallowing problem, my work and my entertainment activities changed due to my swallowing problem and social life and vacation don't satisfy me anymore due to my swallowing problem01D the most frequently reported. About 50.0% of advanced tumor patients reported that they don019t dine out due to their swallowing problem, against 16.7% of the early tumor patients. Regarding the speech-related quality of life evaluation, the main alterations were related to social environment, with lower scores largely prevailing in the advanced tumor patients (p=0.008) and irradiated patients (p=0.619). 83.8% of advanced tumor patients and 54.5% of irradiated patients chose the item 01Cpeople have difficulty in understanding me in noisy places01D as the most impaired question. **Conclusions:** This study showed that the impact on the patients quality of life regarding voice was mainly related to social aspects, especially in advanced tumors and irradiated patients. The burden, eating duration, symptom frequency, fear and social aspects were the most associated to swallowing-related quality of life alteration in both groups, advanced tumors and irradiated patients.