



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

CARLA MORÉS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À DEGLUTIÇÃO EM
PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Mituuti Kitani.
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Pimenta
Rolim.

FLORIANÓPOLIS

2020

CARLA MORÉS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À DEGLUTIÇÃO EM
PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de conclusão de curso de Fonoaudiologia
da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientador: Profa. Dra. Cláudia Mituuti Kitani.
Co-orientador: Profa. Dra. Maria Rita Pimenta
Rolim.

FLORIANÓPOLIS

2020

Qualidade de vida relacionada à deglutição em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Quality of life related to swallowing in patients with head and neck cancer

Calidad de vida relacionada con la deglución en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Resumo

Introdução: embora diferentes tipos de carcinoma possam se desenvolver na região de cabeça e pescoço, o carcinoma espinocelular é o mais frequente na região de boca, tipicamente associado ao etilismo, tabagismo e a má higiene oral. A dificuldade de deglutição se faz presente na QV dos pacientes devido aos impactos causados pelo tratamento. **Objetivo:** mensurar o impacto do câncer de boca sobre a qualidade de vida relacionada à deglutição e saúde bucal em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, após tratamento médico. **Métodos:** participaram do estudo dez pacientes em pós-tratamento médico para câncer de cabeça e pescoço, advindos dos Ambulatórios de Câncer de Cabeça e Pescoço e Núcleo de Odontologia Hospitalar da XXXXXX. Eles foram submetidos aos questionários de qualidade de vida *MD Anderson, Oral Health Impact Profile* e *SWAL-QOL*. **Resultados:** os domínios emocional e funcional do MD Anderson obtiveram médias positivas, enquanto o domínio físico mostrou-se prejudicado. 40% dos participantes foram classificados com alto índice de impacto negativo na saúde bucal. As dimensões “desconforto psicológico” e “deficiência” impactam negativamente na QV dos pacientes. “Atividade” e “saliva” foram os problemas mais relatados, mostrando que, “saliva”, “humor” e “mastigação” foram os três domínios mais importantes na visão dos pacientes em relação ao *UW-QOL*. **Conclusão:** os pacientes mostraram impacto negativo na QV em relação à saúde bucal devido a dores na região de boca e dentes, além de estresse, limitações das atividades diárias e saliva, pelas consequências ao tratamento de Câncer de Cabeça e Pescoço.

Palavras-chave: Deglutição; Neoplasia de cabeça e pescoço; Qualidade de vida; Transtornos de deglutição.

Abstract

Introduction: although many different carcinoma types can develop in the neck and head region, epidermoid carcinoma is the most frequent in the mouth region, typically associated with alcoholism, smoking and poor oral hygiene. The difficulty in agglutination is present in the Patients' QOL due to impacts caused by treatment.

Objective: measure the impact of oral cancer on quality of life related to swallowing and oral health in patients with head and neck cancer after medical treatment.

Methods: 10 patients participated on study in medical post-treatment for head and neck cancer, coming from the head and neck cancer ambulatory Hospital Dentistry Center of the XXXXXXXX. They were submitted the quality of life questions *MD. Anderson, Oral Health Impact Profile* and *SWAL – QOL*. **Results:** the emotional and functional dominions of the MD. Anderson got good averages, while the physical domain shown damaged. 40% of participants were hated with a high index of impact on oral health. The dimensions “psychological discomfort” and “deficiency” negatively impact on patients QOL. “activity” and “spittle” were the problems most reported, showing that, “spittle”, “humor” and “chewing” were the three most important domains on patient's view in relation to UW-QOL. **Conclusion:** patients showed a negative impact on quality of life in relation to oral health due to pain in the mouth and teeth, in addition to stress, limitations in daily activities and spittle, due to the consequences of treating head and neck cancer.

Keywords: Deglutition; Head and neck neoplasm; Quality of life; Swallowing disorders.

Resumen

Introducción: aunque pueden desarrollarse diferentes tipos de carcinoma en la región de la cabeza y el cuello, el carcinoma de células escamosas es el más frecuente en la región bucal, típicamente asociado a alcoholismo, tabaquismo y mala higiene bucal. La dificultad para tragar está presente en la CV de los pacientes debido a los impactos provocados por el tratamiento. **Objetivo:** medir el impacto del cáncer bucal en la calidad de vida relacionada con la deglución y la salud bucal en pacientes con cáncer de cabeza y cuello después del tratamiento médico. **Metodos:** participaron del estudio diez pacientes en postratamiento médico por cáncer de cabeza y cuello, de las Clínicas Ambulatorias de Cáncer de Cabeza y Cuello y del Centro de

Odontología Hospitalaria del XXXXXX sometidos a cuestionarios de calidad de vida *MD. Anderson, Oral Health Impact Profile* y *SWAL-QOL*. **Resultados:** los dominios emocionales y funcionales del MD. Anderson obtuvo promedios positivos, mientras que el dominio físico se vio afectado. El 40% de los participantes fueron clasificados como de alto impacto negativo en la salud bucal. Las dimensiones "malestar psicológico" y "discapacidad" tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. "Actividad" y "saliva" fueron los problemas más reportados, mostrando que "saliva", "humor" y "masticar" eran los tres dominios más importantes en la visión de los pacientes de la *UW-QOL*. **Conclusión:** los pacientes mostraron un impacto negativo en la CV en relación a la salud bucal por dolor en la boca y dientes, así como estrés, limitaciones en las actividades diarias y saliva, por las consecuencias del tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello.

Palabras clave: Deglución; Neoplasia de cabeza y cuello; Calidad de vida; Trastornos de la deglución.

Introdução

O câncer de cabeça e pescoço compõe 3% de todos os tipos de neoplasias malignas. O distúrbio pode causar sequelas nos pacientes, podendo haver comprometimento nos aspectos de nutrição, fonação e respiração, causando possíveis alterações psicológicas e limitações nas atividades cotidianas. Seu tratamento modifica a comunicação oral e a interação social, consideradas funções vitais básicas¹.

Em dados apresentados pela Associação de Câncer de Boca e Garganta², no Brasil o câncer de boca isoladamente é o 4º tipo de tumor mais frequente, tendo a maior parte da população diagnosticada já em fase avançada - em torno de 65% dos casos - sendo considerado caso de saúde pública.

A disfagia é um sintoma comum em pacientes oncológicos, uma vez que ocasiona anormalidades que afetam as fases da deglutição, devido às consequências de cirurgia e da radioterapia nas regiões em que as estruturas que participam da deglutição possuem grande adjacência entre elas. O diagnóstico é feito pelo fonoaudiólogo e sua detecção precoce é imprescindível para minimizar suas intercorrências³.

Dentre as manifestações clínicas da disfagia podem estar presentes as dificuldades de mastigação e deglutição, o que leva esse paciente a ter quadros de aspiração de alimento para a via aérea, pneumonia, desnutrição e desidratação.⁴

Como consequência da disfagia o paciente pode passar a ter episódios de aspiração e pneumonia aspirativa, sendo assim, sofrendo impactos diretamente na sua qualidade de vida, visto que esse paciente começa a sentir desconforto para se alimentar⁵.

Uma vez que esse paciente passa a sentir que não consegue realizar com eficiência o ato de deglutir, ele passa a se isolar socialmente e muitas vezes evita o ato de comer. Esse indivíduo começará a procurar por novas maneiras e adaptações para poder realizar essa função, mas não necessariamente impactará positivamente em sua qualidade de vida⁶.

O câncer ocorre paralelamente a outros enfrentamentos e o profissional deve preservar a dignidade desse ser, caso atinja o estado de terminalidade, e estar atento em minimizar seus desconfortos físicos e psicossociais, visto que a doença causa impacto relevante no relacionamento interpessoal do indivíduo. O controle da QV tem grande importância para a condução terapêutica e possui grande significância na

sobrevida dos pacientes oncológicos, além de demonstrar a necessidade do apoio de familiares e do apoio psicológico durante o tratamento⁷.

Assim, o objetivo deste estudo foi mensurar o impacto do câncer de boca sobre a qualidade de vida relacionada à deglutição e saúde bucal em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, após tratamento médico.

Método

Trata-se de um estudo transversal com pacientes submetidos ao tratamento de neoplasias de cabeça e pescoço no XXXXXXXXXXXX. Este trabalho foi aprovado pelo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer CAAE - 99249018.7.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, advindos do ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Núcleo de Odontologia Hospitalar, diagnosticados com neoplasia de cabeça e pescoço, após 45 dias de término do tratamento. Foram excluídos do estudo pacientes com comprometimento neurológico e/ou cognitivo, aqueles que realizaram cirurgias de cabeça e pescoço não relacionadas ao câncer, e os que não colaboraram para a realização dos protocolos.

Para coleta de dados dos entrevistados foi criado um formulário com dados dos entrevistados, como: nome, idade, sexo, nível de escolaridade, uso de medicamentos durante o tratamento, procedimento de esvaziamento cervical, uso de tabaco e realização de terapia fonoaudiológica. Foram coletados, também, dados relacionados ao câncer, como o tipo do câncer, tempo de diagnóstico, tipo e informações do tratamento médico realizado (radioterapia, cirurgia ou demais tratamentos). Além disso, todos os pacientes recrutados responderam a três questionários de qualidade de vida específicos.

O questionário M.D. Anderson, teve como objetivo avaliar o impacto da disfagia na qualidade de vida de pacientes que foram submetidos ao tratamento para o câncer de cabeça e pescoço. É um protocolo autoadministrável, validado e traduzido para português por Guedes⁸. O MDADI é composto por 20 questões, subdivididas em uma questão global que avalia os aspectos gerais da QV relacionados à deglutição e três domínios sobre os quais outros 19 itens são distribuídos: emocional (E), físico (P), e

funcional (F). A questão global foi pontuada individualmente e a média pontuação de cada subescala (emocional, física e funcional) foi multiplicado por 20 para obter uma pontuação total que varia de zero (funcionamento extremamente baixo) a 100 (alto funcionamento). Um maior escore MDADI foi considerado indicativo de melhor funcionamento do dia-a-dia e qualidade de vida.

A aplicação do questionário OHIP-14 foi um dos instrumentos voltados para a saúde bucal, descrito por Slade⁹. Contém 14 questões divididas em sete dimensões com duas perguntas cada, tais como: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Aos pacientes, foi perguntado com que frequência eles percebem cada item presente em suas vidas nos últimos 12 meses. Cada resposta recebeu um valor, sendo: 4 (sempre), 3 (repetidamente), 2 (às vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca). As pontuações foram somadas e, quanto maior a pontuação, pior foi considerada a qualidade de vida relacionada à saúde oral do indivíduo.

Além disso, foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington - UW-QOL SCALE, traduzido e validado para português por Vartanian¹⁰, no qual avalia a saúde e qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, durante os últimos sete dias. O questionário é composto por 12 perguntas, onde cada item é pontuado de 0 a 100, sendo que as respostas podem ser pontuadas com 0, 25, 50, 75 ou 100. A pontuação é composta da média dos 12 domínios. Uma pontuação mais alta foi indicativa de melhor qualidade de vida.

Resultados

A amostra foi constituída por 10 pacientes, recrutados do Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e do Núcleo de Odontologia Hospitalar, no HU/UFSC. A partir dos resultados, verificou-se que a frequência de homens foi mais alta e a idade variou de 36 a 80 anos de idade, obtendo-se uma média de idade de 58 anos. Destes, 60% eram fumantes ou ainda fumam, e dois pacientes não informados. A caracterização dos pacientes quanto ao sexo, idade, hábito de fumar e realização de terapia fonoaudiológica encontram-se na Tabela 1. Os dados obtidos foram extraídos dos prontuários dos pacientes.

Como exposto na tabela 1, os tipos histológicos que se mostraram mais frequentes foram o carcinoma espinocelular e o carcinoma escamoso. Todos os pacientes efetuaram cirurgia e/ou radioterapia como forma de tratamento, sendo a

cirurgia o método utilizado por 80% destes. A amostra de dados quanto ao tipo histológico do tumor, sua respectiva localização e o tipo de tratamento realizado por cada paciente podem ser visualizados na tabela 2.

O levantamento dos escores e pontuação média das subescalas, quanto ao Questionário M.D. Anderson, pode ser visualizado nas tabelas 3, 4 e 5, separadas por seus respectivos domínios.

Pode-se observar na tabela 3 os valores dos escores e pontuação média do domínio Emocional (E) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário MD Anderson. Os subdomínios “E2” e “E3”, que questionam sobre a vergonha de hábitos alimentares e se outras pessoas se irritam por conta do seu problema de deglutição, obtiveram resultados iguais, sendo estes com as melhores pontuações. O subdomínio que recebeu a pontuação média mais baixa foi o “E3”, que se refere à tristeza pelo problema de deglutição.

A tabela 4 mostra os valores dos escores e pontuação média do domínio Funcional (F) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário MD Anderson. O domínio com a melhor média foi “F4” (Eu me sinto isolado por conta do meu problema de deglutição). Já “F2”, que questiona o paciente sobre se sentir à vontade para sair para comer com meus amigos, vizinhos e parentes, mostrou a pontuação média mais baixa.

A tabela 5, onde foram expostos os valores dos escores e pontuação média do domínio Físico (P) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário MD Anderson, mostra que o subdomínio “P6” foi melhor pontuado e, assim, classificado como a melhor média pontuada, sendo ela relativa à percepção do paciente em “deglutir é um grande esforço”. O domínio que recebeu pontuação média mais baixa foi “P1” (perda de peso devido ao problema de deglutição).

Dentre os três domínios (emocional, funcional e físico), o que apresentou a média total de escores mais baixa, e por consequência, o pior pontuado, foi o domínio “físico (P)”, com um valor total de 66,75. O domínio “emocional (E)” apresentou a melhor média total de escores, apresentando um valor final de 83,66, seguido do domínio “funcional (F)”, com valor de 80,4, sendo estes dois os domínios considerados bons.

O questionário OHIP-14 obteve uma média com valor referente à 15,9. O maior escore alcançado foi de 41, e o menor 1, para um escore máximo de 56 pontos. O levantamento dos escores está demonstrado na tabela 6, onde pode-se observar

que os pacientes que obtiveram índice inferior à média dos escores de 15,9 pontos foram classificados como baixo índice de impacto da saúde bucal na qualidade de vida (60% dos pacientes). Os pacientes que apresentaram média superior à média dos escores, foram classificados com alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida (40% dos pacientes).

Os itens que mostraram maior prevalência foram: “sentindo-se estressado” no domínio “desconforto psicológico” e, em seguida, “tem estado sem poder realizar as atividades diárias”, no domínio “deficiência”. Não houve algum domínio onde os pacientes, de forma geral, não demonstraram problemas em relação à saúde bucal. Os valores referentes a cada domínio e a média global dos escores de cada paciente, de acordo com o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL), podem ser visualizados na tabela 7.

A média de escore geral de qualidade de vida atingiu o valor de 71,29 pontos para pacientes de pós tratamento para o câncer de cabeça e pescoço. Os domínios que receberam pontuações médias mais baixa foram “atividade” e “saliva”. Os domínios “dor” e “recreação” obtiveram os melhores escores.

Discussão

Este estudo avaliou o impacto da qualidade de vida relacionada à deglutição e saúde bucal de pacientes que passaram por tratamentos do câncer de cabeça e pescoço, utilizando-se de protocolos objetivos.

A maioria dos indivíduos foi do sexo masculino, sendo ele constituído por 70% dos participantes, com média de 58 anos. Também, de forma geral, todos os pacientes foram diagnosticados com câncer na região de cavidade oral, corroborando assim, com os dados atuais descritos pelo INCA¹¹ no ano de 2020, onde estimou-se que o câncer de boca e cavidade oral atingiria, ao menos, 15.000 indivíduos, sendo destes, 11.180 homens acima dos 40 anos de idade.

Além da prevalência masculina, o carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais presente no estudo. Valle et al.¹² relatou ser o tipo histológico de câncer mais frequente localizado no âmbito de cabeça e pescoço e que o fumo está entre um dos principais agentes carcinogênicos. Ao menos, 60% dos entrevistados são ex-fumantes ou ainda são fumantes assíduos. Um deles, além do uso do tabaco, ainda faz uso de bebidas alcoólicas, o que segundo os autores, aumenta em 141 vezes as chances de aquisição ao câncer.

A partir dos achados do questionário de disfagia MD Anderson, os domínios “Emocional” e “Funcional” obtiveram médias finais acima de 80 pontos. Já para o domínio “Físico”, obteve-se uma média final relativamente baixa, sendo de 66,75 pontos.

Conforme o estudo de Andrade et al.¹³, que aplicou o protocolo em pacientes tratados com câncer de cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe, foi possível observar que os pacientes também obtiveram as piores médias finais no domínio “físico”, não encontrando-se prejuízos relevantes no aspecto “funcional” e observou-se que, mesmo os pacientes que apresentaram penetração/aspiração nas avaliações de videofluoroscopia, não obtiveram déficits relevantes no domínio funcional, mas o domínio físico manteve-se em destaque com piores escores. O presente estudo mostrou que os pacientes apresentaram limitações mínimas no domínio emocional, ponto este que não corrobora o autor em questão, onde foi possível observar que o domínio emocional também foi afetado. Os autores referem que os pacientes podem apresentar alterações no nível biológico, mas não necessariamente irão manifestar queixas ou mostrar traços ligados ao bem-estar e ao emocional.

Ademais, no estudo de Andrade et al.¹³ o questionamento envolvendo o bem-estar do paciente manteve-se presente juntamente a taxa de influência da disfagia no tratamento e como ela se torna perceptível nos questionários de qualidade de vida por meio de resultados negativos. De uma forma geral, um dos domínios mais prejudicados neste estudo foi o “físico”, onde todas as questões envolveram problemas relacionados à deglutição e o quão difícil é para o paciente se sentir seguro e confortável para realizar tal ação.

Para o instrumento OHIP-14, o estudo obteve uma média referente à 15,9 pontos. O maior escore alcançado foi de 41 e o menor 1, para um escore máximo de 56 pontos. Observou-se que apenas 40% dos participantes foram classificados com alto índice de impacto na saúde bucal na qualidade de vida.

O estudo de Barrios et al.¹⁴ mostrou que seus pacientes tratados para câncer oral ou orofaríngeo tiveram as dimensões “dor física” e “limitação funcional” mais afetadas, sendo essas, questões relacionadas à alimentação e a fala. O autor relatou em seu estudo que os pacientes tiveram, pelo menos, seis meses de pós-tratamento para participarem do estudo e que o fator desnutrição ou risco de desnutrição estavam presentes. Esses fatores podem resultar em implicações clínicas preocupantes para a qualidade de vida dos pacientes e mostrou que, mais da metade do público

estudado estava classificado à classe social mais baixa. Apesar da nutrição não ser um fator avaliado no presente estudo, sete dos dez pacientes relataram uma perda de peso considerável após o tratamento.

Nascimento et al.¹⁵ evidenciou uma média final de 11 pontos no protocolo OHIP-14 para pacientes submetidos à radioterapia devido ao diagnóstico de neoplasia maligna na região de cabeça e pescoço. Seus pacientes relataram “sempre” ou “repetidamente” como resposta às perguntas como: “sentiu que o sabor dos alimentos piorou?” e “incômodo ao comer algum alimento”. Além disso, o autor revelou que 100% de seus pacientes tinham a xerostomia como complicação oral, devido ao tratamento radioterápico de cabeça e pescoço, diferente do atual estudo, onde a taxa de queixa de xerostomia e uso de saliva artificial foi menor ou igual a 40%. Apenas três pacientes do atual estudo não realizaram RTx. Como relatou Vissink et al.¹⁶, a xerostomia pode trazer como consequência não apenas a sensação de boca seca, mas também a perda de paladar, dificuldades para pronunciar palavras, desconforto bucal e problemas de deglutição.

Yang et al.¹⁷ aplicou o protocolo OHIP-14 em um público majoritariamente masculino, tratados com cirurgia para o carcinoma espinocelular, com pelo menos 12 meses de pós-cirurgia. Dos 115 pacientes recrutados, 34 haviam feito cirurgia de ressecção mandibular. O autor revelou que o público, de modo geral, relatou que a cirurgia trouxe sérios danos à função oral dos mesmos. Apesar disso, ele mostra que o quesito “deficiência” foi a dimensão com melhor resultado, ou seja, demonstrou menor impacto na saúde bucal dos pacientes, e que as dimensões “limitação funcional” e “dor física” foram as que demonstraram impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Diferente do atual estudo, o quesito “deficiência” foi um dos mais afetados negativamente segundo os pacientes. Apesar de somente um paciente do presente trabalho apresentar ressecção mandibular, três pacientes apresentaram ressecção de palato e três de língua. Sabe-se que estas intervenções cirúrgicas causam impacto na mastigação e deglutição, como mostra Furia et al.¹⁸, onde os pacientes com ressecção de língua podem apresentar redução do movimento de mandíbula, dificuldades de preparação do bolo alimentar, estase de alimentos no palato duro, entre outros fatores. Segundo o estudo de Chen et al.¹⁹, pacientes com ressecção associada à radioterapia tem grande impacto na qualidade de vida, visto que há chances de desenvolver securas na cavidade oral, perda de saliva, feridas e trismo, levando em conta também, possíveis dificuldades para adaptação de prótese.

Todos estas consequências podem ter sido refletido no domínio deficiência deste trabalho.

Li et al.²⁰, aplicou o OHIP-14 em pacientes com câncer de língua submetidos à cirurgia de reconstrução imediata com retalho. O estudo, com grande participação masculina, comparou os pacientes que receberam dois tipos de reconstrução cirúrgica diferentes e observou-se que o “desconforto psicológico” e a “incapacidade social” se destacaram, devido à grande diferença de pontuação entre as duas. Os pacientes apresentaram melhor desempenho nos domínios “ombro”, além dos piores domínios em “aparência”. No atual estudo, apenas dois dos pacientes relataram algum tipo de cirurgia com retalho após tratamento cirúrgico para o câncer. Os três pacientes que realizaram cirurgia de língua também apresentaram piores escores nos domínios “desconforto psicológico” e “limitação funcional”, por terem relatado dificuldades de pronunciar palavras no pós-operatório.

Apenas 40% dos pacientes do presente estudo obtiveram pontuações superiores à média dos escores (15,9 pontos), sendo assim, foram classificados com alto impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. Os entrevistados relataram uma higiene bucal mais deficitária após iniciar o tratamento radioterápico, sendo que, dois deles alegaram que seus respectivos médicos não os informaram das possíveis consequências bucais que a radioterapia poderia causar. Além disso, a porcentagem foi composta por pacientes que mencionaram ser edêntulos totais ou edêntulos parciais antes mesmo de iniciar o tratamento.

Quanto ao questionário UW-QOL, o estudo obteve uma média de escore geral de 71,29 pontos. Os domínios que receberam pontuações médias mais baixas foram “atividade” (47,5) e “saliva” (43,2). Os domínios “dor” (95) e “recreação” (85) obtiveram os escores mais positivos.

Os autores Yang et al.¹⁷ e Li et al.²⁰, seguiram contribuindo para a comparação de dados do questionário UW-QOL. Yang et al.¹⁷ obteve como resposta para sua população tratada para carcinoma espinocelular a “saliva” como o pior domínio, juntamente da “mastigação”. No presente estudo, “saliva” também foi um dos domínios em evidência e os pacientes também trataram-se para CEC. Este domínio esteve presente devido às possíveis consequências da radioterapia.

Já Li et al.²⁰, encontrou a “mastigação” como a pior dimensão, seguindo da dimensão “fala” para sua população com câncer de língua. Diferente do encontrado no atual estudo, pois apenas 30% dos entrevistados foram diagnosticados com câncer

de língua, situados na região de borda, e nem todos apresentaram queixas de fala e mastigação após o tratamento.

O estudo de Angelo et al.²¹ sobre QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço evidenciou "mastigação" como domínio mais preocupante, seguido de "dor", "deglutição" e "saliva", mas que, mesmo os pacientes possuindo deficiências específicas em relação ao câncer, todos relataram, de forma geral, ter uma boa qualidade de vida. O autor também revelou que os pacientes que possuíam maior nível de escolaridade, por consequência, tinham melhor equilíbrio financeiro, logo possuíam empregos de destaque e benefícios, dentre esses, tratamento de saúde de qualidade, justificando assim, uma melhor qualidade de vida. No presente estudo, não foi realizada a análise do nível socioeconômico, mas como a esmagadora maioria possuía uma rede de apoio familiar, foi relatado a opção de ajuda (tanto financeira como pessoal), caso necessário.

Quando aplicado o UW-QOL no estudo de Bonzanini et al.²², evidenciou-se que a baixa qualidade de vida estava presente, principalmente, quando os pacientes eram diagnosticados com tumor avançado. 50% deles possuíam trismo e 75% deles exibiram hipossalivação. O autor também mostrou que, mesmo os entrevistados abaixo de 60 anos de idade indicaram baixa qualidade de vida em todas as subescalas do questionário, e que, os pacientes com câncer na região de boca e orofaringe demonstraram vantagem nas dimensões dor, deglutição, mastigação e saliva quando se comparados os pacientes com câncer na região de hipofaringe e laringe. Quando os pacientes eram classificados com tumor avançado, era evidente que as dimensões de dor, atividade, mastigação e saliva eram deficitárias. No presente estudo, os pacientes não relataram comorbidades semelhantes ou comorbidades na mesma frequência do estudo de Bonzanini et al.²⁵. Ademais, 90% dos entrevistados do presente estudo relataram que procuraram atendimento médico logo no início dos sintomas, demonstrando que não foram diagnosticados tardiamente.

No presente estudo, foi solicitado aos pacientes que respondessem a pergunta do UW-QOL referente aos seus três domínios mais importantes na última semana. Obteve-se como resposta "saliva", "humor" e "mastigação" como os três domínios mais importante na visão dos mesmos. Para todos os autores aqui citados, Yang et al.¹⁷, Li et al.²⁰, Angelo et al.²¹ e Bonzanini et al.²², a mastigação e saliva também foram os domínios mais relatados entre os entrevistados.

Conclusão

Pacientes tratados do câncer de cabeça e pescoço demonstraram impacto relativamente negativo na QV para o domínio físico (P) e positivo para os domínios emocional (E) e funcional (F), relacionados ao protocolo MD Anderson. A presença de estresse e de limitações das atividades diárias causados por problemas e/ou dores nos dentes e na boca resultou em deficiências e impactos psicológicos em 40% dos participantes, ocasionando impacto negativo na saúde bucal. O protocolo UW-QOL, escala mundialmente usada para câncer de cabeça e pescoço, mostrou que “atividade” e “saliva” foram os itens mais relatados negativamente entre pacientes. Assim como o domínio saliva, o humor e a mastigação foram os três domínios vistos como os mais importantes na última semana, segundo os entrevistados.

Houve algumas limitações neste estudo. Primeiro, os resultados poderiam ser mais volumosos, porém o tamanho da amostra foi reduzido. Em segundo lugar, houve heterogeneidade de localização dos cânceres. Apesar de todas as amostras serem cânceres de cabeça e pescoço, o impacto nas funções e na QV pode ser diferente. Houve falta de informações relacionadas às cirurgias e muito se baseou nos relatos dos pacientes.

Referências bibliográficas

1. Rodrigues AB, Cunha GH, Aquino CBQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA et al. Head and neck cancer: validation of a data collection instrument. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018; 71(4): 1899-1906
2. Associação de Câncer de Boca e Garganta. Tipo de Câncer [Internet]. Florianópolis: ACBG, 2018. Disponível em: <https://www.acbgbrasil.org/tipos-de-cancer/>
3. Chavoni RC, Silva PB, Ramos GHA. Nutritional status of patients from the head and neck service and its relationship with dysphagia in a cancer hospital of Paraná. *Revista de Cirurgia de Cabeça e Pescoço* (2014) v.43, nº 1, p. 35-41
4. Carrera M, Medrado A, Martins G, Lima H, Marques R, Costa A. SWALLOWING QUALITY OF LIFE AND HEAD AND NECK CANCER: LITERATURE REVIEW. *Journal of Dentistry & Public Health.* (2017) 8(1), 26-32
5. Gonçalves BFT, Bastilha GR, Costa CC, Mancopes R. Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 Ago 2]; 17(4): 1333-1340
6. Melo Filho MR, Rocha BA, Pires MBO, Fonseca ES, Freitas EM, Martelli JH et al. Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço. *Braz. j. otorhinolaryngol.* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Ago 22]; 79(1): 82-88
7. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 Apr [cited 2019 Ago 23]; 48(2): 357-367
8. Guedes RL, Angelis EC, Chen AY, Kowalski LP, Vartanian JG. Validation and application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in patients treated for head and neck cancer in Brazil. *Dysphagia.* 2013;28(1):24-32.
9. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4): 284-90.

10. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CL, Toyota J, McDowell JA et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2006; 28(12): 1115-21.
11. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Boca: Estatísticas [Internet]. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>
12. Valle CN, Passos RM, Gonçalves JT, Gomes C, Bastos AM, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. *Revista de Patologia do Tocantins*. v.3, n.4, 2016.
13. Andrade MS, Gonçalves AN, Guedes RL, Barcelos CB, Slobodtsov LD, Lopes Simone AC et al. Correlation between swallowing-related quality of life and videofluoroscopy after head and neck cancer treatment. *CoDAS* [Internet]. 2017 [cited 2020 Ago 2]; 29(1): e20150175
14. Barrios R, Tsakos G, García-Medina B, Martínez-Lara I, Bravo M. Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):2927-2933
15. Nascimento ML, Farias AB, Carvalho AT, Albuquerque RF, Ribeiro LN, Leão JC, Silva IHM. Impact of xerostomia on the quality of life of patients submitted to head and neck radiotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Nov 1;24 (6):e770-5.
16. Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev. Oral Biol Med*. 2003;14(3):199-212.
17. Yang W, Zhao S, Liu F, Sun M. Health-related quality of life after mandibular resection for oral cancer: Reconstruction with free fibula flap. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Jul 1;19 (4):e414-8.
18. Furia CL, Carrara AE, Martins NM, Barros AP, Carneiro B, Kowalski LP. Video fluoroscopic evaluation after glossectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000 Mar; 126(3):378-83.

19. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz. j. otorhinolaryngol.* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Sep 15]; 82(2): 177-183
20. Li W, Zhang P, Li R, Liu Y, Kan Q. Radial free forearm flap versus pectoralis major pedicled flap for reconstruction in patients with tongue cancer: Assessment of quality of life. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016;21(6):e737-e742.
21. Angelo AR, Medeiros AC, De Biase RCCG. Quality of life in patients with cancer of the head and neck. *Rev Odontol. UNESP.* 2010; 39(1): 1-7.
22. Bonzanini LIL, Soldera EB, Ortigara GB, Schulz RE, Antoniazzi RP, Ardenghi TM, Ferrazzo KL. Clinical and sociodemographic factors that affect the quality of life of survivors of head and neck cancer. *Support Care Cancer.* 2020 Apr;28(4):1941-1950.
23. Angelo AR, Medeiros AC, De Biase RCCG. Quality of life in patients with cancer of the head and neck. *Rev Odontol. UNESP.* 2010; 39(1): 1-7.
24. Bonzanini LIL, Soldera EB, Ortigara GB, Schulz RE, Antoniazzi RP, Ardenghi TM, Ferrazzo KL. Clinical and sociodemographic factors that affect the quality of life of survivors of head and neck cancer. *Support Care Cancer.* 2020 Apr;28(4):1941-1950.

TABELA 1 Características individuais dos pacientes (n=10), quanto ao sexo, idade, hábito de fumar e realização de terapia fonoaudiológica.

Paciente	Idade	Sexo	Hábito de fumar	Terapia fonoaudiológica
1	56	F	Não informado	Não
2	54	F	Ex-fumante	Sim
3	36	M	Nunca fumou	Não
4	57	M	Ex-fumante	Não
5	62	M	Ex-fumante	Não
6	54	M	Não informado	Não
7	56	M	Ex-fumante	Não
8	62	F	Nunca fumou	Sim
9	80	M	Ex-fumante	Sim
10	67	M	Ex-fumante	Sim

Fonte: Dados de Pesquisa

TABELA 2 Amostra de dados quanto ao tipo histológico do tumor, sua respectiva localização e o tipo de tratamento realizado por cada paciente.

Paciente	Tipo histológico	Localização do tumor	Esvaziamento cervical	Tratamento Cirúrgico	Tratamento Radioterápico
1	Carcinoma Adenóide Cístico	Palato duro	Não	Sim	Sim
2	Carcinoma Escamoso	Palato mole	Não	Sim	Sim
3	Carcinoma Escamoso	Borda de língua	Sim	Sim	Sim
4	Carcinoma Espinocelular	Mandíbula	Não	Não	Sim
5	Carcinoma Epidermóide	Língua	Não	Sim	Não
6	Carcinoma Escamoso	Lábio inferior	Não	Sim	Não
7	Carcinoma Espinocelular	Seio piriforme	Não	Sim	Não
8	Carcinoma Espinocelular	Mucosa jugal	Sim	Sim	Sim
9	Carcinoma Espinocelular	Palato mole	Não	Não	Sim
10	Carcinoma Escamoso	Borda de língua	Sim	Sim	Sim

Fonte: Dados da Pesquisa

TABELA 3 Valores dos escores e pontuação média do domínio Emocional (E) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário MD. Anderson.

Paciente	E2	E7	E4	E5	E3	E6	MÉDIA TOTAL DOS ESCORES
P1	5	5	2	5	5	5	90
P2	5	2	5	5	5	5	90
P3	5	5	5	5	5	5	100
P4	5	1	2	5	5	5	76,66
P5	5	5	5	5	5	1	86,66
P6	5	5	2	1	5	1	63,33
P7	5	5	4	5	5	4	83,33
P8	5	4	2	2	5	4	73,33
P9	5	5	5	5	5	5	100
P10	5	5	2	5	5	5	73,33
Médias	50	42	34	43	50	40	83,66

Fonte: Dados da Pesquisa

TABELA 4 Valores dos escores e pontuação média do domínio Funcional (F) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário MD. Anderson.

Paciente	F1	F5	F3	F2*	F4	MÉDIA TOTAL DOS ESCORES
P1	5	2	5	5	5	88
P2	5	5	5	5	5	100
P3	5	5	5	5	5	100
P4	5	1	2	1	5	56
P5	2	5	5	1	5	72
P6	5	1	5	1	5	68
P7	5	2	5	5	5	88
P8	3	1	2	2	5	52
P9	5	5	5	5	4	96
P10	5	5	5	1	5	84
Médias	45	32	44	31	49	80,4

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda:

*Os itens F2 são pontuados com um ponto para concordo fortemente e cinco pontos por discordar totalmente.

TABELA 5 Valores dos escores e pontuação média do domínio Físico (P) de cada subescala de cada paciente referente ao Questionário M.D. Anderson.

Paciente	P2	P6	P7	P3	P8	P5	P1	P4	MÉDIA TOTAL DOS ESCORES
1	5	2	2	5	2	1	2	1	50
2	5	5	2	5	5	5	5	4	90
3	5	5	5	5	5	5	2	1	82,5
4	2	4	5	1	1	1	4	4	55
5	1	5	2	5	2	3	5	1	60
6	5	5	2	2	5	1	1	4	62,5
7	5	5	5	5	5	5	1	1	80
8	1	1	1	1	2	2	1	5	35
9	5	4	5	4	5	2	2	4	82,5
10	5	5	5	4	2	2	1	4	70
Média	39	41	34	37	34	27	25	29	66,75

Fonte: Dados da Pesquisa

TABELA 6 Escores referentes ao questionário OHIP-14, sob cada domínio individual, média de escores de cada domínio e a média total de cada paciente.

Paci- ente	Limit. Funcional	Dor Física	Desconforto Psicológico	Incap. Física	Incap. Psicológica	Incap. Social	Deficiên- cia	MÉDIA TOTAL DOS ESCORES
1	6	2	2	3	0	0	0	13
2	3	0	0	1	0	1	1	6
3	0	1	0	0	0	0	0	1
4	3	4	3	7	4	1	7	29
5	2	0	8	2	3	3	3	21
6	6	2	8	8	8	1	8	41
7	0	0	0	0	3	0	0	3
8	8	6	4	4	2	2	4	30
9	2	2	0	0	0	0	0	4
10	7	0	0	3	0	1	0	11
Média	3,7	8,5	12,5	14	2	4,5	11,5	15,9

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 7 Valores de cada domínio e média global dos escores de cada paciente referente ao questionário UW-QOL.

MÉDIA TOTAL	73	91,66	91,6	65,25	62,5	44,33	88,16	52,08	83,33	61,08	71,29
12	67	100	0	100	33	0	100	67	100	100	66,7
11	75	100	100	25	50	25	100	25	100	75	67,5
10	0	0	100	33	100	33	33	33	67	33	43,2
9	100	100	100	67	67	33	100	33	33	0	63,3
8	100	100	100	100	100	33	100	33	100	33	79,9
7	67	100	100	100	0	33	100	67	100	0	66,7
6	50	100	100	50	100	50	100	50	100	50	75
5	67	100	100	33	100	100	100	67	100	67	83,4
4	100	100	100	50	75	75	100	50	100	100	85
3	75	100	100	25	0	25	50	25	0	75	47,5
2	75	100	100	100	75	25	75	75	100	100	82,5
1	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100	95
Paciente	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Médias

Fonte: Dados da Pesquisa