



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO

UBERABA – MG

2015

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

UBERABA - MG

2015

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

_____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto/SP

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se, fazendo nada até o final
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.”*

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

De todas as experiências que já vivenciei até hoje, minha melhor escolha e meu maior orgulho encontra-se neste trabalho. Nada teria sido possível sem o apoio e ajuda de várias pessoas. Tenho muito a agradecer.

A **Deus** por ter me dado esse grande desafio, por colocar no meu caminho as pessoas certas, nos momentos certos e principalmente por me conceder calma e confiança espiritual para prosseguir até o fim.

Aos meus pais – **João Batista e Edinamar-** e minha irmã **Júnia**, por serem de forma imensurável, os principais incentivadores, meu maior apoio e motivo de toda nova busca de crescimento pessoal e profissional. Obrigada pela paciência, pelo respeito ao acreditar nas minhas escolhas, pela confiança e pelo amor que nos une.

Aos meus familiares – avós, tios, primos- que mesmo distantes fisicamente sempre me acolheram nos momentos mais difíceis. Um abraço especial á toda **Família Santos**, assim como, a **Tia Jó, Naiara, Rafael, Maria Olímpia**, que desde o início compartilharam da minha alegria, das minhas dificuldades.

À minha **Profª, Drª. Elizabeth Barichello**, que desde a Graduação acredita na minha capacidade profissional. Serei eternamente grata pois foi com você que aprendi a enxergar novas possibilidades e lutar por cada uma como se já soubesse o resultado: vai dar certo! Por você terei sempre carinho e admiração.

Aos **professores do PPGAS**, por todo o conhecimento compartilhado, exemplos de futuro profissional à almejar.

A **Profª, Drª. Bianca Paiva** pela prontidão ao supervisionar meu projeto e me conceder a oportunidade de conhecer a Fundação Pio XII- Hospital de Câncer de Barretos. A **Profª, Drª. Eliane Barroso** pelo auxílio e acolhida durante a coleta e análise.

Aos funcionários do PPGAS que sempre nos atenderam com eficiência.

À equipe NEB- HCB, especialmente ao estatístico **Marco Antonio Oliveira**, pelo auxílio na análise de dados e principalmente pela humildade em me conceder momentos de discussão e esclarecimento.

Aos amigos de turma do Mestrado PPGAS, especialmente a **Francielle Toniolo** pelo companheirismo nos inúmeros seminários, pelo desgaste, aflição e desespero compartilhados até mesmo nos horários de almoço que nunca

conseguimos fazer. Dividir tantos momentos com você fez tudo fosse mais fácil e possível. Ao **Kleiton Nascimento**, que com o tempo se tornou um amigo, o qual admiro cada vez mais; saiba que sinto saudade de uma certa aula filosófica de segunda-feira na sua presença.

Aos amigos de Uberaba e a “tribo querida” saibam que a imensurável torcida me fez mais forte. Mesmo distante vocês foram essenciais; eternos amigos.

Ao ambulatório de cabeça e pescoço do Hospital de Câncer de Barretos, especialmente a **Ana Lúcia e Tamiris Lopes** que me acolheram no momento mais difícil de todo o processo- uma coleta de dados em um local totalmente desconhecido. Com vocês consegui calma e confiança para prosseguir.

À **equipe de trabalho NAP** que principalmente nos últimos meses, me deram apoio incondicional, aguentaram minha angústia e me auxiliaram no que foi possível. Iniciar um novo trabalho e concomitantemente realizar uma dissertação só foi possível porque tive ao meu lado pessoas especiais como vocês. Um agradecimento especial a **Larissa Ferreira e Larissa Kuil**.

À coordenadora líder do NAP, **Viviane Andrade**, não tenho palavras para descrever o quanto sou grata por tudo, principalmente pela compreensão ao flexibilizar minha carga horária, pela confiança e relação harmoniosa que resultaram em amizade.

À minha amiga **Vânia Bueno (Maria)** por fazer dos meus dias em Barretos desde o começo, algo possível e cada vez mais agradáveis. Graças a você consegui um lar, uma companhia, uma amizade para a vida inteira.

Aos novos amigos de Barretos, **Murilo Bonatelli e Natacha Móz**, obrigada pela companhia e alegria que ajudaram a amenizar a pressão da dissertação e a saudade de casa.

Enfim, e especialmente ao **Hospital de Câncer de Barretos e aos pacientes** que me concederam a oportunidade de crescer pessoalmente em cada entrevista durante a coleta de dados. Foi uma experiência imensurável e única.

RESUMO

PAULISTA, J. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao tratamento oncológico de cabeça e pescoço**. 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil e seu diagnóstico e tratamento podem ocasionar uma piora da qualidade de vida nos pacientes. O câncer de cabeça e pescoço, especificamente, câncer da cavidade oral, laringe e tireoide, apresenta uma alta incidência, prevalência e mortalidade. O tratamento deste tipo de câncer pode ocasionar nos pacientes efeitos colaterais e/ou consequências funcionais, estéticas e psicossociais. O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa de delineamento transversal que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, assim como, a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas, nos pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e de pescoço e que passaram por procedimento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia. Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico e o questionário *Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck* (FACT-HN). Este instrumento é composto por cinco domínios (bem estar físico (BEF), bem estar social-familiar (BESF); bem estar emocional (BEE), bem estar funcional (BEFunc), - preocupações adicionais em câncer de cabeça e pescoço (PACP) e três índices globais que abordam os seguintes domínios: TOI (BEF+ BEFunc+ PACP), o FACT-G (BEF+ BESF+ BEE+ BEFunc) e o FACT-HN (BEF+ BESF+ BEE+ BEFUNC+ PACP). Para a estatística descritiva realizou-se a média, mediana e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. Foi verificada a associação dos escores de qualidade de vida do FACT-HN, com as variáveis sociodemográficas e clínicas, por meio dos testes *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Posteriormente foram selecionadas as variáveis preditoras com significância de $p < 0,20$ para serem submetidas à análise multivariada, realizada por meio da regressão linear múltipla. Permaneceram no modelo multivariado final, aquelas cujos valores de p foram menores que 0,05. Participaram do estudo 170 pacientes. O resultado das medianas para o TOI foi de 67, o do FACTG de 76 e o FACT-HN de 98. Nos cinco domínios a pior média do

escore foi o BESF (8,79) e FACT-HN (96,39). As variáveis que apresentaram significância em relação a um domínio quando realizadas com os aspectos sociodemográficos e clínicos foram: etnia, estado civil, tipo de câncer, estadiamento e cirurgia. As que apresentaram significância simultânea em mais de um domínio são as seguintes: sexo, nível educacional; atividade profissional e renda. A variável tempo de tratamento teve significância em todos os domínios, exceto no BEE.

Palavras chaves: Enfermagem oncológica; Qualidade de vida; Neoplasia de cabeça e pescoço.

ABSTRACT

Quality of life related to health of patients undergoing cancer treatment of head and neck cancer. 2015. 104f. Dissertation (Master of Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Cancer is the second leading cause of death by disease in Brazil and its diagnosis and treatment can lead to a worsening quality of life in patients. The head and neck cancer, specifically cancer of the oral cavity, larynx and thyroid, has a high incidence, prevalence and mortality. Treatment of this type of cancer can cause side effects in patients and / or functional, aesthetic and psychosocial consequences. This study is a quantitative survey of cross-sectional study aimed to assess quality of life related to health, as well as the influence of sociodemographic and clinical variables in patients undergoing treatment for cancer of the head and neck and who underwent surgery and / or chemotherapy and / or radiotherapy. To obtain the data we used two instruments: sociodemographic and clinical questionnaire and the questionnaire Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck (FACT-HN). This instrument consists of five domains (physical well-being (BEF), welfare-family (BESF); emotional well-being (SWB), welfare functional (BEFunc) - additional concerns in head and neck cancer (PACP) and three global indices that address the following areas: TOI (BEF + BEFunc + PACP), the FACT-G (BEF + BESF + BEE + BEFunc) and the FACT-HN (BEF + BESF + BEE + BEFUNC + PACP). For the descriptive statistics was taken the mean, median and standard deviation for quantitative variables. It was verified the association of FACT-HN quality of life scores, with the sociodemographic and clinical variables, using Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Subsequently were selected the predictor variables with significance $p < 0.20$ to be subjected to multivariate analysis, performed by multiple linear regression. Remained in the final multivariate model those with p-values lesser than 0.05. The study included 170 patients. The results of medians for the TOI was 67, the FACTG was 76 and FACT-HN was 98. In the domains the worst mean score was the BESF (8.79) and FACT-HN (96.39). The variables that were significant in relation to a domain when held with the sociodemographic and clinical aspects were: ethnicity, marital status, type of cancer, staging and surgery. Those with the simultaneous significance in more than

one domain are: sex on the domains, educational level on the domains; occupation and income. The variable treatment time was significant in all areas, except on the BEE.

Key words: Oncology Nursing; Quality of life; Head and neck cancer.

RESUMEN

PAULISTA, J. S **La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a tratamiento contra el cáncer de cabeza y cuello**. 2015. 104f. Tesis (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

El cáncer es la segunda causa de muerte por enfermedad en Brasil y su diagnóstico y tratamiento puede conducir a un empeoramiento de la calidad de vida en pacientes. El cáncer de cabeza y cuello, especialmente el cáncer de la cavidad oral, laringe y tiroides, tiene una alta incidencia, prevalencia y mortalidad. El tratamiento de este tipo de cáncer puede causar efectos secundarios en los pacientes y / o consecuencias funcionales, estéticos y psicosociales. Este estudio es una encuesta cuantitativa del estudio transversal tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, así como la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello y que se sometió a cirugía y / o quimioterapia y / o radioterapia. Para obtener los datos se utilizaron dos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y clínico y el cuestionario Jefe Funcional Cuello Evaluación terapia contra el cáncer (FACT-HN). Este instrumento consta de cinco dominios (bienestar físico (BEF), el bienestar familiar (BESF); el bienestar emocional (SWB), bienestar funcional (BEFunc) - preocupaciones adicionales en cáncer de cabeza y cuello (PACP) y tres índices globales que aborden las siguientes áreas :. TOI (BEF + BEFunc + PACP), el FACT-G (BEF + BESF + BEE + BEFunc) y el FACT-HN (BEF + BESF + BEE + BEFUNC + PACP) Para la estadística descriptiva se realizó en promedio, desviación media y estándar para las variables cuantitativas. Se encontró la asociación de la calidad FACT-HN de las puntuaciones de la vida, con las variables sociodemográficas y clínicas, utilizando Mann-Whitney y Kruskal-Wallis pruebas. Posteriormente se seleccionaron las variables predictoras con una significación $p < 0,20$ para ser sometidos a análisis multivariante, realizado por regresión lineal múltiple. Permanecieron en el modelo multivariado final, aquellos cuyos valores de p fueron menor que 0,05. El estudio incluyó 170 pacientes. Los resultados de medianas para la TOI fue 67, el 76 y FACTG FACT-HN 98. En las cinco áreas de la peor puntuación

media fue la BESF (8,79) y el FACT-HN (96,39). Las variables que fueron significativas en relación con un dominio cuando se mantiene con los aspectos sociodemográficos y clínicos fueron: origen étnico, estado civil, tipo de cáncer, puesta en escena y la cirugía. Los que tienen la importancia simultánea en más de un dominio son: el sexo en los campos, el nivel educativo en los campos; ocupación e ingresos. El tiempo de tratamiento variable fue significativa en todas las áreas, excepto en el BEE.

Palabras clave: Enfermería Oncológica; Calidad de vida; Neoplasias de Cabeza y Cuello.

LISTA DE TABELAS

| Tabelas | | Página |
|----------------|--|---------------|
| Tabela 1 | Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas. Barretos (SP), 2015. | 41 |
| Tabela 2 | Distribuição dos pacientes segundo a idade para cada tipo de câncer. Barretos (SP), 2015. | 44 |
| Tabela 3 | Distribuição dos pacientes segundo características clínicas. Barretos (SP), 2015. | 45 |
| Tabela 4 | Distribuição dos pacientes segundo o local de abordagem para coleta de dados. Barretos (SP), 2015. | 47 |
| Tabela 5 | Consistência interna do α de Cronbach dos domínios FACT-HN Barretos (SP), 2015. | 49 |
| Tabela 6 | Resultado da análise descritiva do FACT-HN. Barretos (SP), 2015. | 50 |
| Tabela 7 | Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada domínio BEF Barretos (SP), 2015. | 51 |
| Tabela 8 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BEF. Barretos (SP), 2015. | 52 |
| Tabela 9 | Correlação de Spearman para o domínio BEF. Barretos, (SP) 2015. | 52 |
| Tabela 10 | Modelo final de regressão múltipla QV BEF. Barretos, (SP) 2015. | 53 |
| Tabela 11 | Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BESF. Barretos (SP), 2015. | 53 |
| Tabela 12 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BESF. Barretos (SP), 2015. | 54 |
| Tabela 13 | Correlação de Spearman para o domínio BESF. Barretos, (SP) 2015. | 55 |
| Tabela 14 | Modelo final de regressão múltipla QV BESF. Barretos, (SP) 2015. | 56 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 15 | Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BEE. Barretos (SP), 2015. | 57 |
| Tabela 16 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BEE. Barretos (SP), 2015. | 58 |
| Tabela 17 | Correlação de Spearman para o domínio BEE. Barretos, (SP) 2015. | 59 |
| Tabela 18 | Correlação de Spearman para o domínio BEE. Barretos, (SP) 2015. | 60 |
| Tabela 19 | Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BEFunc. Barretos (SP), 2015. | 60 |
| Tabela 20 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BEFunc. Barretos (SP), 2015. | 61 |
| Tabela 21 | Correlação de Spearman para o domínio BEFunc. Barretos, (SP) 2015. | 62 |
| Tabela 22 | Modelo final de regressão múltipla QV BEFunc.. Barretos, (SP) 2015. | 63 |
| Tabela 23 | Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada PACP. Barretos (SP), 2015. | 64 |
| Tabela 24 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada PACP. Barretos (SP), 2015. | 65 |
| Tabela 25 | Correlação de Spearman para o domínio PACP. Barretos, (SP) 2015. | 65 |
| Tabela 26 | Modelo final de regressão múltipla QV PACP. Barretos, (SP) 2015. | 66 |
| Tabela 27 | Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada TOI. Barretos (SP), 2015. | 67 |
| Tabela 28 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada TOI. Barretos (SP), 2015. | 68 |
| Tabela 29 | Correlação de Spearman para o domínio TOI. Barretos, (SP) 2015. | 69 |
| Tabela 30 | Modelo final de regressão múltipla QV TOI. Barretos, (SP) 2015. | 69 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 31 | Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada FACT-G. Barretos (SP), 2015. | 70 |
| Tabela 32 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada FACT-G. Barretos (SP), 2015. | 71 |
| Tabela 33 | Correlação de Spearman para o domínio FACT-G. Barretos, (SP) 2015. | 71 |
| Tabela 34 | Modelo final de regressão múltipla QV FACT-G. Barretos, (SP) 2015. | 72 |
| Tabela 35 | Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada FACT-HN. Barretos (SP), 2015. | 72 |
| Tabela 36 | Distribuição dos dados clínicos, análise univariada FACT-HN. Barretos (SP), 2015. | 73 |
| Tabela 37 | Correlação de Spearman para o domínio FACT-HN. Barretos, (SP) 2015. | 74 |
| Tabela 38 | Modelo final de regressão múltipla QV FACT-HN. Barretos, (SP) 2015. | 75 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------------------|---|
| BEE | Bem estar emocional |
| BEF | Bem estar físico |
| BEFunc | Bem estar funcional |
| BESF | Bem estar social-familiar |
| CARES | <i>Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire; Cancer Rehabilitation Evaluation System</i> |
| CCP | Câncer de cabeça e pescoço |
| CEC | Carcinoma espinocelular |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| EORTC | Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer |
| <i>EORTC QLQ-C30</i> | <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items</i> |
| FACT-G | Índice total dos domínios bem estar físico, bem estar social-familiar, bem estar emocional e bem estar funcional |
| FACT-HN | Índice total dos domínios bem estar físico, bem estar sócio-familiar, bem estar emocional e bem estar funcional e preocupações adicionais do câncer |
| <i>FDA</i> | <i>Food and Drug Administration</i> |
| HPV | Papiloma vírus humano |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| <i>MOS SF-36</i> | <i>Medical Outcome Study Short Form General Health Survey</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PACP | Preocupações adicionais do câncer de cabeça e pescoço. |
| <i>PSS-HN</i> | <i>Performance Status Scale for Head and Neck Cancer</i> |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |

| | |
|-----------|--|
| QLQ-H&N35 | <i>Quality of Life Questionnaire-Core Questionnaire - Head and Neck Module</i> |
| QVRS | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde |
| SIP | <i>Sickness Impact Profile</i> |
| TOI | Índice total dos domínios bem estar físico, bem estar funcional e preocupações adicionais do câncer de cabeça e pescoço. |
| TNM | <i>Tumor-Node-Metastasis</i> |
| UW-QOL | Questionário Universidade de Washington |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 APORTE TEÓRICO | 23 |
| 2.1 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO | 23 |
| 2.1.1 Câncer de cavidade oral | 23 |
| 2.1.2 Câncer de Laringe | 24 |
| 2.1.3 Câncer de Tireoide | 25 |
| 2.3.1 Instrumentos utilizados em pesquisas de cabeça e pescoço | 30 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 32 |
| 4 OBJETIVOS | 33 |
| 4.1 GERAL | 33 |
| 4.2 ESPECÍFICOS | 33 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 34 |
| 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO | 34 |
| 5.2 LOCAL DO ESTUDO | 34 |
| 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CASUÍSTICA | 34 |
| 5.3.1 Critérios de inclusão | 34 |
| 5.3.2 Critérios de exclusão | 34 |
| 5.3.3 Cálculo amostral | 35 |
| 5.4 ASPECTOS ÉTICOS | 35 |
| 5.5.1 Operacionalização | 36 |
| 5.5.2 Instrumentos de coleta de dados | 37 |
| 5.5.3 Variáveis do estudo | 37 |
| 5.5.3.1 Características sociodemográficas e clínicas | 37 |
| 5.5.3.2 Questionário de Qualidade de Vida FACT-HN - Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck | 38 |
| 5.6 GERENCIAMENTO DOS DADOS | 39 |
| 6 RESULTADOS | 41 |
| 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO | 41 |
| 7 DISCUSSÃO | 76 |
| 8 CONCLUSÃO | 80 |
| REFERÊNCIAS | 83 |
| APÊNDICES | 88 |

| | |
|---|-----------|
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 88 |
| APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA | 91 |
| ANEXOS | 93 |
| ANEXO A - FACT-HN - <i>Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck</i> | 93 |
| ANEXO B-GUIDELINES PARA O ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA..... | 97 |
| ANEXO - PARECER COMITÊ DE ÉTICA..... | 100 |

1 INTRODUÇÃO

O câncer, dentre as doenças crônico-degenerativas, já foi considerado uma doença apenas de países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, porém o perfil está se transformando e um aumento pode ser observado em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos (INCA, 2014).

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030 a incidência de câncer na população mundial será de 27 milhões de casos, sendo que o número de mortes alcançará 17 milhões anualmente. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, para o ano 2015 indica a ocorrência estará em torno de 576 mil novos casos, incluindo os casos de pele não melanoma (BRASIL, 2016).

No Brasil para consolidar as ações nacionais de controle do câncer, instituiu-se pela Portaria 2439/GM, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a qual estabeleceu diretrizes para o controle do câncer desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. A mesma propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, com o objetivo de superar a fragmentação das ações e conseqüentemente ter uma maior efetividade no controle do câncer. Como conjunto de ações para uma atenção integral ao câncer a PNAO apresenta: “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implementada em todas unidades federadas (BRASIL, 2005).

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) compreende um grupo grande e heterogêneo de tumores localizados na pele e lábios, cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glândulas salivares, cavidade nasal e seios paranasais, meato acústico externo e ouvido médio (VILAR; MARTINS, 2012). As neoplasias de tireoide podem também fazer parte desta nomenclatura. São excluídos os tumores do sistema nervoso central, da órbita e do sistema linfohematopoético (DAVIES; WELCH, 2006). Neste tipo de neoplasia 90% manifesta-se na forma de carcinomas espinocelulares, e os outros, em menores frequências são de natureza neuroendócrina, originados de glândulas salivares menores, sarcomas e linfomas (KOWALSKI LP, 2000a).

O câncer de cabeça de pescoço vem apresentando uma alta incidência, prevalência e mortalidade, entre os principais tumores malignos. Segundo o Inca (2016), dentre esse grupo de tumores, no homem, o câncer de cavidade oral é o

quarto tipo mais encontrado na região sudeste (sem considerar os tumores de pele não melanoma), sendo 11.140 casos em homens e 4.350 em mulheres. Para o câncer de laringe o risco será de 7,03 casos a cada 100 mil homens e 0,75 a cada 100 mil mulheres. Já no câncer de tireoide, esse risco estimado será de 1,15 casos a cada 100 mil homens e 7,91 casos a cada 100 mil mulheres. O CCP acomete ambos os sexos e todas as raças, sendo ate 3 a 4 vezes mais frequentes em homens do que em mulheres e mais comum em negros.

A incidência do CCP aumenta com a idade e sua ocorrência é maior em pessoas acima de 50 anos. Esse aumento de incidência em mulheres foi observado nos últimos anos e é atribuído ao aumento do tabagismo e etilismo entre elas (BRASIL, 2013; VILAR; MARTINS, 2012).

Como fatores de risco associados a uma maior probabilidade para o desenvolvimento dessa neoplasia, temos o tabagismo e o alcoolismo, além de hábitos alimentares (carência de vitamina A e carotenoides), má higiene bucal e radiação ionizante e solar excessiva (principalmente nos casos de câncer de lábio e de pele). A partir da interação desses fatores externos e os fatores internos (predisposição genética e estilo de vida), o surgimento do câncer pode ser estimulado de acordo com o tempo de exposição. Para quem faz uso de bebida alcoólica de maneira abusiva, o risco relativo é estimado em duas a seis vezes, enquanto os que usam tabaco aumentam o risco de cinco a 25 vezes dependendo de maços/ano, do sexo e diferenças raciais. A presença de ambos aumenta os fatores de risco em ate 15 vezes, comparado a uma pessoa sem o mesmo, pois associado ao álcool o tabaco reage de forma sinérgica. Outros fatores são as viroses principalmente no câncer de laringe e da rinofaringe (vírus de Epstein- Barr); o vírus do papiloma humano (HPV) nos casos de câncer da cavidade oral e da laringe; exposições ocupacionais nas refinarias de níquel, marcenarias e fábricas de artigos de couro e trabalhadores em minas de asbestos (BRASIL, 2013.;VILAR; MARTINS, 2012.; IRISH et al.; 2006). Dados recentes confirmam que a infecção por HPV-16 é fator de risco independente para CCP, principalmente para orofaringe (BISHT M, BIST SS, 2011)

Em relação ao diagnóstico, o CCP pode apresentar sintomatologia variada, o que irá depender da localização do tumor. Devido a própria localização anatômica, as neoplasias de cabeça e pescoço, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos

indivíduos afetados, e até mesmo, gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes afetados, quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida diária (VARTANIAN et al., 2007; IRISH et al.; 2006). De uma forma geral para Vilar (2012), as apresentações mais comuns são:

- ✓ tumefação palpável ou úlcera que não cicatriza (cavidade oral)
- ✓ linfadenopatia cervical (jugulodigástrica é mais comum)
- ✓ disfagia ou odinofagia (orofaringe)
- ✓ otalgia (direta ou referida)
- ✓ estridor (laringe ou hipofaringe)
- ✓ rouquidão persistente (laringe)
- ✓ epistaxe, obstrução nasal, surdez de condução (nasofaringe)
- ✓ paralisia de nervo craniano (exemplo: diplopia)
- ✓ dor ou edema facial (seios paranasais)
- ✓ ferida ou ulceração na pele

Os sintomas mais recorrentes são: dispnéia, xerostomia, voz alterada ou perda total da voz, perda de peso, cansaço constante, rigidez dos tecidos, traqueostomia e sondas ou tubagem para alimentação, além de diminuição acentuada ou perda da capacidade laborativa, o que afeta a qualidade de vida desses pacientes (VIEIRA et al.; 2009).

O exame físico deverá ser minucioso, com inspeção da cavidade oral, da mucosa bucal e sob a língua, palpação para pesquisa de linfadenopatia cervical ou supraclavicular, além da observação do estado de conservação dos dentes e estado nutricional do paciente. A procura de um segundo tumor primário na própria região de cabeça e pescoço deve ser feita, pois esta ocorrência não é incomum nestes pacientes. Devido aos dois principais agentes carcinógenos (álcool e fumo) contribuírem para a etiologia do câncer, é importante excluir a presença de outro tumor primário principalmente na região do esôfago e/ou pulmões (VILAR; MARTINS, 2012)

O tratamento do câncer de cabeça e pescoço pode ser feito por meio de várias modalidades terapêuticas como a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, podendo ser usadas de maneira exclusiva ou associadas (SUZUMURA et al.; 2012). Cada uma delas acarretará efeitos colaterais e/ou consequências funcionais, estéticas e psicossociais e a intenção poderão ser de cura ou alívio de sintomas (KOWALSKI LP, 2000b).

Os procedimentos cirúrgicos, em cabeça e pescoço, geralmente são invasivos podendo causar lesões estéticas irrecuperáveis (traqueostomia e cicatriz, por exemplo), com um significativo comprometimento funcional (perda da voz, movimentos dos ombros limitados, perda do sentido olfativo, impossibilidade de imersão em líquidos). Em função disto, qualquer tipo de cirurgia necessitará de readaptações por parte do doente e da sua família e consequente suporte emocional para adaptação à imagem corporal alterada (FERNANDES, 1999).

Esses tratamentos geralmente também implicam em uma grande morbidade ao paciente. Sabe-se também que a ocorrência de outras doenças concomitantes pode prejudicar a execução do tratamento necessário, chegando a algumas vezes até contra indicá-lo, podendo assim comprometer a evolução ou sobrevida desses pacientes (BUSABA, 2007).

A taxa de sobrevida global em cinco anos irá de acordo com o sítio do tumor, assim como seu estadiamento. Pacientes diagnosticados mais precocemente tem melhores chances de cura, entretanto 60% dos pacientes são diagnosticados já nos estádios III e IV, comprometendo assim a sobrevida global da doença (ARGIRIS et al.; 2008). Para Tacherzy (2009) a expectativa de vida por cinco anos é cerca de 50% quando metástases linfonodais estão presentes.

Compreende-se que o tumor maligno de cabeça e pescoço, é uma doença mutilante, introduzindo alterações físicas, funcionais, emocionais e sociais importantes, com impacto negativo significativo na qualidade de vida do doente. Para a equipe de saúde, ao lidar com questões subjetivas que refletem nas práticas ao paciente é necessário por meio da humanização criar vínculos que resultem na autonomia do paciente. Diante desse cenário, a avaliação de qualidade de vida nessa população de pacientes pode ajudar à melhor compreensão do real impacto da doença e seu tratamento na vida dos indivíduos (VARTANIAN et al., 2007).

2 APORTE TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

2.1.1 Câncer de cavidade oral

O câncer da cavidade oral é considerado o mais comum da região da cabeça e do pescoço (excluindo o câncer de pele). Mesmo sendo uma patologia de fácil diagnóstico, devido as lesões precursoras bem definidas e visíveis, cerca de 60% dos casos são diagnosticados em estado avançado (III e IV), o que requer ressecção cirúrgica ampla e, conseqüentemente, leva déficits funcionais e sequelas (BRASIL,2008).

Os sintomas precoces típicos desse tipo de câncer são: dor mucosa superficial, deslocamento de dentadura e sangramento bucal. Já os tardios são: dor devida a invasão óssea, anormalidades do nervo craniano, limitação do movimento da língua, linfonodos palpáveis, perda de peso, infiltração na pele (IRISH et al.; 2006).

Os principais fatores de risco são o tabagismo, elitismo e infecções por HPV. Em um estudo, na avaliação de riscos de pacientes com câncer de boca e faringe, 67,1% eram tabagistas e 49,3% elitistas. Outro estudo encontrou proporções ainda maiores 93,4 % e 76,9% para tabagistas e elitistas respectivamente (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; MELO et al., 2010).

A cavidade bucal esta dividida em: lábio, 2/3 anteriores da língua, mucosa jugal, assoalho da boca, gengiva inferior e superior, área retromolar e palato duro. Todas essas áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço, conseqüentemente, o primeiro local para metástase (RAPOPORT et al.; 2001). Em um estudo que buscou o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com essa neoplasia, os locais anatômicos mais acometidos pela doença foram o assoalho de boca com 51(22,7%) casos e a língua com 49 (21,8%) casos, seguidos do lábio (16,4%) e da área retromolar (16%). Foram encontrados 19 casos (8,4%) sem definição de local acometido, sendo que foram pesquisados 225 pacientes, onde 69,2 % eram do sexo masculino resultando em uma relação entre homem/mulher de 2, 2:1 (TEIXEIRA et al., 2009)

Em relação ao tratamento, este varia de acordo com o estágio clínico das lesões que variam de I a IV, segundo a classificação TNM do *American Joint*

Committee on Cancer (AJCC), adotada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) (RAPOPORT, 2001). De acordo com o local e a extensão do tumor primário e do status do linfonodo cervical, o tratamento poderá ser cirúrgico, radioterápico ou uma combinação deles (BRASIL, 2008).

A cirurgia para a ressecção dos tumores primários deve incluir toda a lesão tumoral e uma margem de 1 cm de tecido livre de tumor em todas as dimensões, e nos casos de pequenas lesões, estas são facilmente ressecáveis e não deixam sequelas. A radioterapia é contraindicada em tumores pequenos devido a complicações importantes como: xerostomia, cáries de irradiação (cárie actínia) ou osteorradionecrose. É indicada como adjuvante nas lesões extensas, em que deve incluir as cadeias de drenagem linfática, mesmo quando clinicamente não estejam acometidas (RAPOPORT, 2001). No estudo de Teixeira (2009) de 225 pacientes, 57,2% dos casos, ou seja, 127 dos portadores, foram tratados com cirurgias conjuntamente com radioterapia e 42,8% (95) realizaram apenas tratamento cirúrgico. Em três casos, não foi possível identificar o tratamento proposto.

Após o tratamento os pacientes com essa neoplasia, são acompanhados em busca da detecção precoce de qualquer recidiva da lesão primária ou metastática. O acompanhamento (ou controle) pós-tratamento é mensal no primeiro ano, trimestral no segundo, semestral após o terceiro ano e anual após o quinto ano, sendo realizado exame da cavidade oral e cadeias linfáticas cervicais; avaliação do estado geral do paciente (qualidade de vida); laringoscopia indireta; radiografia simples de tórax anualmente; e esofagoscopia, realizada anualmente para pesquisa de segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior (BRASIL, 2008).

2.1.2 Câncer de Laringe

A laringe é dividida em três regiões: a supraglote, a glote, e a infraglote. A glote compreende as pregas vocais e as comissuras anterior e posterior, sendo que 2/3 dos tumores ocorrem nessa região e 1/3 na supraglote (CONDUTAS INCA, 2001). Os carcinomas de laringe glótico são geralmente diagnosticados em estágios mais precoces, pois mesmo que seja uma pequena lesão, por ser onde se localiza as cordas vocais, logo desencadeia uma rouquidão, principal sintoma nesses casos.

Em casos mais avançados surge a “dor de garganta”, sensação de “globus”, disfagia e a dispneia (Raitiola; Pukander, 2000).

A laringe é responsável por três funções importantes, sendo elas: deglutição, respiração e fonação. Pacientes que apresentam essa neoplasia usualmente apresentam algum comprometimento nessas funções, mesmo após o tratamento, ocasionando uma alteração na qualidade de vida (ACHETTE et al., 2009).

Quando descoberto precocemente, o câncer de laringe pode ser abordado com técnicas sofisticadas, como as cirurgias – total, parcial, endoscópicas – e radioterapia. Já em fase avançada, nos estádios III e IV da doença, o tratamento consiste, na maioria das vezes, na associação de laringectomia total com radioterapia (DE PAULA; GAMA, 2009). Nenhuma dessas modalidades terapêuticas é isenta de efeitos colaterais ou potenciais impactos na vida dos pacientes, mas evidencia-se que os pacientes submetidos a laringectomia total desenvolvem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas importantes (NALBADIAN et al.; 2001).

Em decorrência deste tipo de cirurgia pode ocorrer a perda do aparelho fonador, a desconexão permanente das vias aéreas superiores e inferiores, e o estabelecimento de traqueostoma definitivo, que se torna a comunicação do aparelho respiratório com o meio externo. Esta condição traz como consequências, por exemplo, a perda da fala e prejuízos ao olfato e ao paladar devido à cessação do fluxo aéreo através do nariz (RISBERG-BERLIN et al., 2009)

2.1.3 Câncer de Tireoide

O câncer de tireoide é mais comum em mulheres, sendo os diferenciados mais frequentes. Dentre eles temos o carcinoma papilífero, o carcinoma folicular e o carcinoma de células de Hurthle (BRASIL, 2008).

Em relação aos sintomas, a presença de nódulo na tireoide, região anterior baixa do pescoço, normalmente não é indicação para câncer, entretanto é suspeita a presença desse nódulo em pacientes com história de irradiação prévia do pescoço ou história familiar de câncer de tireoide (BRASIL, 2008).

O tratamento do câncer de tireoide também é cirúrgico. A tireoidectomia total ou parcial é o primeiro tratamento de escolha. O tratamento dos carcinomas bem diferenciados (carcinoma papilífero e carcinoma folicular) depende dos fatores de

risco, que indicaram a extensão da cirurgia e a necessidade da complementação terapêutica com o iodo radioativo – radioiodoterapia (RIT) com iodo 131 (BRASIL, 2008).

2.2 TRATAMENTO MULTIMODAL

O tratamento do câncer passou por grandes avanços nas últimas décadas, tanto pela descoberta de novas drogas como pelo uso combinado dos diferentes recursos terapêuticos que passaram a ser disponibilizados aos pacientes (BONASSA; GATO, 2012)

Segundo Achette (2009), até o final dos anos 80, o objetivo era maximizar a sobrevida do paciente, portanto considerava-se apenas os dados biológicos, o tamanho do tumor, estadiamento, controle do crescimento local e sobrevida, excluindo o aspecto psicossocial. Hoje sabe-se que essas considerações devem também abranger os efeitos do tratamento de forma ampla, incluindo aspectos pessoais que influenciam a qualidade de vida. Hoje a quimioterapia, radioterapia e a cirurgia correspondem às principais alternativas de tratamento do câncer, entretanto a hormonioterapia, imunoterapia e a bioterapia vêm desempenhando um papel cada dia mais importante em seu controle (INCA, 2014; BONASSA; GATO, 2012).

Em geral, a terapia padrão para a maioria dos cânceres de cabeça e pescoço consiste na cirurgia ou radioterapia para a doença em estágio inicial (categorias T1 e T2), enquanto que o tratamento combinado pode ser usado para apresentações mais avançadas da doença (categoria T3 e T4). Para a doença avançada regional com grande volume (diâmetro de linfonodo > 3 cm), geralmente é recomendado o tratamento combinado planejado. Esse tratamento pode constituir de radioterapia eletiva como adjuvante pré ou pós-cirúrgico, ou de uma abordagem combinada tardia, como a cirurgia seguida de radioterapia, caso a vigilância programada não confirme uma resposta adequada (ex: doença histologicamente comprovada três meses após a radioterapia). A vantagem deste último tratamento é que a cirurgia pode não ser necessária, um ganho importante, já que a perda de função é uma grande preocupação (VILAR; MARTINS; 2012).

Para a escolha do tratamento, inicialmente realiza-se a anamnese e o exame clínico, seguidos de raio-x panorâmico da mandíbula (no caso de câncer de boca e orofaringe), tomografia computadorizada, biopsia e raio-x de tórax. O câncer de

cabeça e pescoço, apresenta-se com uma evolução assintomática, sendo detectado apenas quando o tumor atinge cerca de 1 (um) cm (KOWALSKI, 2000b). Com a definição dos achados clínicos e de imagem, o paciente é orientado sobre as possíveis formas de tratamento, suas consequências (sequelas, complicações) e seguimento. Em todo início de tratamento, a biópsia é realizada (KOWALSKI, 2000b).

O maior princípio do controle cirúrgico do CCP, independente da localização, é a margem de ressecção livre de tumor. As opções cirúrgicas no tratamento da lesão primária incluem o uso de ressecção formal por bisturi, eletrodissecção ou ressecção a laser, sendo que a consulta anatomopatológica intra-operatória é essencial para garantir margens livres de doença. Para o cirurgião oncologista sempre existe o desafio da reconstrução para obter um resultado cosmético aceitável e manter as funções da área atingida (IRISH et al.; 2006).

A radioterapia é há décadas um dos pilares do tratamento curativo do CCP. Atualmente a radioterapia de intensidade modulada (IMRT) tem sido vista como vantajosa em comparação às técnicas tradicionais, como radioterapia convencional (2D) e radioterapia conformada (3D), por oferecer uma cobertura mais homogênea da dosagem em relação ao volume alvo e também uma redução dos tecidos adjacentes ao tratamento. A dose mais elevada relaciona-se com um melhor controle do tumor e melhores taxas de sobrevida (DUPREZ et al.; 2009). Segundo Santos (2011) a radioterapia hiperfracionada também tem sido utilizada, entretanto esta opção pode produzir reações de diferentes graus de intensidade na mucosa, como mucosite oral, que causa dor significativa, dificuldades de mastigação e deglutição, o que é considerado uma reação aguda debilitante.

A quimioterapia atua associada a radioterapia em três momentos:

- ✓ quimiorradioterapia concomitante baseada em platina, com cirurgia reservada para concomitante baseada em platina, com cirurgia reservada para doença residual;
- ✓ cirurgia com esvaziamento cervical e reconstrução, seguida de radioterapia ou quimiorradioterapia adjuvante, dependendo da presença de fatores de risco adversos;
- ✓ quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia definitiva e/ou cirurgia. Cerca de 60% dos pacientes com CEC de cabeça e pescoço têm

doença localmente avançada, para a qual a modalidade de tratamento combinado com intenção curativa é recomendada (SHIN, 2011; NCCN, 2008).

É essencial identificar os pacientes que possam desenvolver complicações durante o tratamento, assim como é importante acompanhá-los durante o mesmo. Com exceção do carcinoma nasofaríngeo e dos tumores das glândulas salivares, a maioria das recorrências do CCP, acontece durante os primeiros dois a três anos de acompanhamento, tendo queda significativa depois disso. Assim um cronograma razoável seria avaliar tais pacientes durante esse período.

As taxas de sobrevida também se relacionam à localização e ao estágio da doença, sendo que a presença de metástases nos linfonodos não exclui a cura, mas exclui pela metade a sobrevida dentro de cada categoria T. Lesões T1/T2 obtêm probabilidade de 70 a 95% de sobrevida após cinco anos, enquanto que as lesões T3/T4 não apresentam um desempenho tão bom, sendo em torno de 20-30% de sobrevida após o mesmo período. A modificação no estilo de vida depois do tratamento de um tumor primário pode levar à redução do risco de novos tumores (BRASIL, 2008; IRISH et al.; 2006).

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAUDE (QVRS)

A pesquisa sobre qualidade de vida surgiu associada aos estudos clínicos em oncologia. Entre 1956 e 1976, a avaliação de qualidade de vida estava presente em menos de 5% dos ensaios clínicos. Em 1976 o *Cancer and Leukemia Group B* integrou a avaliação da qualidade de vida em seus estudos. Grupos como o *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) e o *International Breast Cancer Study Group* incorporaram medidas de qualidade de vida em seus estudos clínicos após 1980 (GIESLER RB, 2000).

Em 1985, quando o *Food and Drug Administration* (U.S-FDA) promoveu a avaliação da qualidade de vida como um resultado necessário para a aprovação de novas drogas antineoplásicas houve um marco para a história, e a partir daí o número de estudos clínicos cresceu de forma exponencial (GIESLER RB, 2000). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade de vida (QV), como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação às suas metas, expectativas,

parâmetros e relações sociais. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com características do ambiente (WHOQOL, 1995).

Atualmente tem sido preconizado o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que, segundo a definição de Fayers (1995), é sinônimo de estado de saúde percebida e tem a finalidade de averiguar o quanto a doença ou o seu estado crônico, junto com sintomas, manifestações da doença e tratamento, afetam o cotidiano do paciente.

Mensurar a qualidade de vida do paciente oncológico é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. O conhecimento e a monitorização dos sintomas da doença e os efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a qualidade de vida do paciente com câncer (SAWADA, 2002). O carcinoma traz consigo uma série de implicações que interferem na saúde objetiva e subjetiva do paciente e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida. Portanto há a necessidade de novos métodos na avaliação e no trabalho de proteção ou recuperação da saúde, bem como na preservação da qualidade de vida do paciente com câncer (ALACACIOGLU et al., 2010; NUCCI, 2003; PARK et al., 2006; TSUNODA et al., 2005).

Avaliar qualidade de vida é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Cabe ao enfermeiro estar ciente do impacto do câncer na qualidade de vida do paciente e avaliá-lo sistematicamente, com instrumentos clínicos confiáveis e válidos (SAWADA et al., 2009).

Acredita-se que a aplicação dos questionários de qualidade de vida relacionado a saúde, poderá servir como um subsídio para detectar situações como depressão, alcoolismo e risco de incapacidade para o trabalho, podendo ser usada para o direcionamento de medidas de suporte clínico e social mais abrangentes (CARVALHO, 2001). A avaliação da qualidade de vida deve ser incorporada à prática clínica, podendo demonstrar assim a natureza e a extensão dos problemas confrontados pelo paciente durante a trajetória da doença (AARONSON, AHMEDZAI et al., 1993).

2.3.1 Instrumentos utilizados em pesquisas de cabeça e pescoço

Os instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida relacionados a saúde, podem ser divididos em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos visam avaliar a qualidade dos indivíduos independente da doença em questão, o que proporciona, portanto, uma avaliação global do estado funcional e bem estar do paciente. Esse tipo de questionário permite a comparação entre as doenças, porém possuem efeitos limitados se pensarmos em grupos de pacientes com doenças submetidos a tratamento específicos. Estão entre os instrumentos genéricos o *Demands of Illness Inventory*, *Sickness Impact Profile (SIP)* e o *Medical Outcome Study Short Form General Health Survey (MOS SF-36)* (GUYATT GH; KING CR; HINDS PS, 1998; OSOBA D, 2002).

Nos instrumentos doença-específica, o objetivo é avaliar a qualidade de vida relacionada aos principais aspectos que podem estar alterados especificamente por aquela determinada doença e pelo seu tratamento. Estes são considerados mais importantes, pois são menos influenciados por comorbidades e por serem mais sensíveis a mudanças clínicas ao longo do tempo (GLIKLICH et al. 1997; GOTAY; MOORE 1992).

Estes instrumentos possuem, portanto, a vantagem de conter itens relevantes, como sintomas, problemas, efeitos-colaterais da doença ou tratamento específico. Podem ser doença-específica (câncer), população-específica (idosos), função-específica (função sexual) ou problema-específico (dor). Ao utilizarmos um instrumento câncer-específico, por exemplo, ele deve ser capaz de diferenciar padrões de sintomas vivenciados por pacientes submetidos a diferentes formas de tratamento. Dentre eles temos: o *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire*; *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)*; e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)* (OSOBA D, 2002).

Para avaliar a qualidade de vida na população de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, vários questionários já foram propostos, como: o *Performance Status Scale for Head and Neck Cancer (PSS-HN)* (LIST et al. 1990); *Functional Assessment of Cancer Therapy - Head and Neck Module (FACT-H&N)* (CELLA et al. 1993); *European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire-Core Questionnaire (EORTC-QLQC30) - Head and Neck Module*

(*QLQ-H&N35*) (BJORDAL et al. 1994), entre outros. Dentre estes, o questionário proposto e validado pela Universidade de Washington (*UW-QOL Questionnaire*) é um dos mais utilizados nesta área (HASSAN; WEYMULLER, 1993).

Se analisarmos os outros instrumentos, o questionário *EORTC-QLQ-C30/H&N35*, apresenta um total de 65 questões e segundo um estudo europeu, o tempo médio para completá-lo foi de cerca de 18 minutos (BJORDAL et al. 1999). Mesmo sendo extenso, o *EORTC-QLQ-C30/H&N35* não abrange temas como função do ombro e efeitos agudos da radioterapia. Já o *FACT-H&N*, consiste em 27 questões gerais e 11 específicas de cabeça e pescoço, sendo que o total de 38 questões são mais fáceis de serem completadas que o *EORTC-QLQ-C30/H&N35*. Porém há poucos estudos comprovam sua reprodutibilidade e que comparam seus resultados com outros instrumentos (RINGASH; BEZJAK, 2001).

3 JUSTIFICATIVA

Dentre os vários tipos de câncer que afetam a população, a escolha do estudo do CCP justifica-se pelo fato do câncer da cavidade oral e o de tireoide ser o quinto tipo (exceto câncer de pele não melanoma) mais frequente no Brasil. Analisando o Sudeste, o câncer da cavidade oral está em quarto lugar com uma estimativa de 6.320 novos casos para os homens e o de tireoide em quinto lugar para as mulheres com estimativa de 3.410 novos casos para 2014/2015 (BRASIL, 2013).

Diversos estudos apontaram o quanto a avaliação da qualidade de vida, principalmente com pacientes com câncer se mostram essenciais diante de todo o impacto psicológico e físico que a doença ocasiona para o paciente, a família e a sociedade. Nesse tipo de câncer, o tratamento principal é a cirurgia, entretanto nas últimas décadas associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia. Com o procedimento cirúrgico, torna-se necessário a reavaliação do paciente em relação a sua qualidade de vida após o tratamento.

O estudo é relevante a partir do momento que fornece dados para maior embasamento do atendimento de enfermagem para os pacientes durante esse tratamento e acompanhamento, assim justifica-se a partir da produção de dados sobre a qualidade de vida que poderá instrumentalizar a enfermagem quanto aos principais aspectos que devem ter a interferência do enfermeiro. A partir daí, as decisões terapêuticas devem considerar os riscos e benefícios levantados e as medidas com as quais precisam se adaptar no pós-operatório.

Diante de tais colocações, a realização de pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de cabeça e pescoço é fundamental para levantarmos os domínios afetados e mais adiante planejar as intervenções de enfermagem para a reabilitação dos mesmos.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e de pescoço.

4.2 ESPECÍFICOS

- I. Caracterizar os pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço, em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- II. Avaliar por meio do instrumento FACT-HN, a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento oncológico;
- III. Verificar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre os escores dos domínios do instrumento FACT-HN.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa quantitativa com delineamento transversal. O estudo transversal é aquele em que a coleta de informações da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, é feita num único momento e tem como vantagens a rapidez, baixo custo de identificação de caso e detecção de grupos de risco (POLIT; BECK, 2011).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Os pacientes foram convidados a participar do estudo ao chegarem para retorno no ambulatório de câncer de cabeça e pescoço da Fundação Pio XII-Hospital de Câncer de Barretos, nos dias de suas consultas.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CASUÍSTICA

5.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, comprovados histologicamente nos seguintes sítios primários: tumores de cavidade oral, tumores de laringe e tumores de tireoide; submetidos a tratamento oncológico (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia) nos últimos cinco anos com 18 anos ou mais.

5.3.2 Critérios de exclusão

Pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em outros sítios cirúrgicos e menores de 18 anos. Pacientes com problemas cognitivos que os impediram de responder ao instrumento.

5.3.3 Cálculo amostral

Para realizar o cálculo do tamanho amostral esperamos encontrar uma correlação entre as variáveis preditoras igual a 0.10 ($R^2 = 0.10$) em um modelo de regressão linear múltipla com 5 preditores, tendo como nível de significância (erro do tipo I) $\alpha = 0.05$ e erro do tipo II de $\beta = 0.1$, resultando em um poder estatístico apriorístico de 90%. Introduzindo-se os valores acima descritos, utilizando-se o aplicativo GPower v.3.0.10, obtivemos um tamanho amostral de $n = 154$.

O total de entrevistados foi de 170 pacientes e não houve perdas durante o período de coleta dos dados. A variável dependente em cada modelo foi o score referente ao domínio estudado, ou seja, para cada domínio temos um modelo específico.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do presente estudo, o projeto foi submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) do Hospital de Câncer de Barretos e aprovado sob o parecer nº 993.230 (ANEXO A). Os aspectos éticos são baseados na Resolução 466/ 2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Para a entrevista, solicitamos aos sujeitos a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Foi solicitado por escrito o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O pesquisador deixou de forma clara aos participantes que a não participação não irá interferir no tratamento ambulatorial dos mesmos, deixando evidente sua participação voluntária sem custos para ambos.

5.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

5.5.1 Operacionalização

Inicialmente houve uma busca no Registro Hospitalar do referido hospital, com o objetivo de identificar quantos pacientes anualmente realizavam o tratamento oncológico. O período de coleta dos dados foi de março a junho de 2015 no ambulatório Antenor Duarte (pavilhão Edson e Hudson) responsável pelo atendimento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Neste ambulatório encontramos atendimento multiprofissional, sendo composto por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais.

Diante desse suporte multiprofissional que é oferecido ao paciente durante o seu tratamento, a coleta foi realizada com uma busca direta nos atendimentos que eram agendados exclusivamente aos pacientes com CCP - médicos, fonoaudiólogos e dentistas - tendo como base dois polos centrais de recepção no ambulatório, conforme o fluxograma. A consulta de enfermagem era realizada junto com o agendamento médico. Assim houve uma busca aleatória pelo paciente nesses locais, conforme o maior número de atendimento no dia.

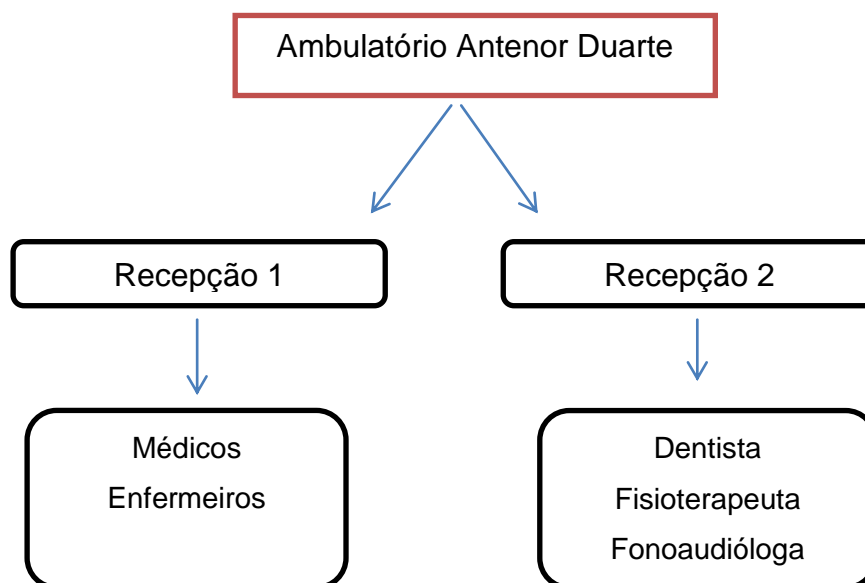


Figura 1- Organograma de atendimentos HCB

5.5.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- ✓ Questionário de caracterização sociodemográfico e clínica (APÊNDICE B) e o
- ✓ Questionário- FACT-HN - *Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck* (ANEXO A).

5.5.3 Variáveis do estudo

5.5.3.1 Características sociodemográficas e clínicas

Abordaram as seguintes variáveis:

- ✓ Idade, em anos completos;
- ✓ Sexo;
- ✓ Etnia;
- ✓ Estado civil;
- ✓ Religião;
- ✓ Nível Educacional;
- ✓ Atividade profissional;
- ✓ Renda mensal individual em salários-mínimos;
- ✓ Tipo de câncer;
- ✓ Estadiamento do câncer;
- ✓ Cirurgia;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Tipo de Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia;
- ✓ Tipo de Radioterapia;
- ✓ Status;
- ✓ Tempo de Tratamento;
- ✓ Tabaco;
- ✓ Álcool.

5.5.3.2 Questionário de Qualidade de Vida FACT-HN - *Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck*

O questionário FACT-HN (versão 4.0) teve tradução e adaptação transcultural para o português sob orientação da *Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT)* (FURIA, 2006). Apresenta a qualidade de vida por escores finais das sub-escalas e totais das escalas globais, sendo quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida.

Cinco domínios: sub-escalas

- ✓ Bem-estar físico – BEF – 7 itens
- ✓ Bem-estar social/familiar – BESF – 7 itens
- ✓ Bem-estar emocional – BEE – 6 itens
- ✓ Bem-estar funcional – BEFunc – 7 itens
- ✓ Preocupações adicionais – PACP – 12 itens

Três Domínios: escalas globais

- ✓ TOI – Índice total final dos domínios físico, funcional e preocupação adicional do câncer de cabeça e pescoço ($TOI = BEF + BEFunc + PACP$);
- ✓ FACT-G – Compõe-se do escore geral total dos domínios físico, social-familiar, emocional e funcional; ($FACT-G = BEF + BESF + BEE + BEFunc$);
- ✓ FACT-HN – Escore total que envolve a soma dos escores das cinco sub-escalas ($FACT-HN = BEF + BESF + BEE + BEFunc + PACP$).

De acordo com o instrumento FACT-HN sabemos que a extensão dos escores nos domínios físico (BEF), social-familiar (BESF) e funcional (BEFunc) assumem valores entre 0-28, no domínio emocional (BEE) de 0-24, e o domínio preocupações adicionais (PACP) de 0-36.

Nas escalas globais temos:

TOI: varia de 0 a 92;

FACT-G: varia de 0 a 108;

FACT-HN: varia de 0 a 144

5.6 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa. Para a organização criou-se um banco de dados no programa Excel[®]; validados por dupla digitação. Depois os mesmos foram importados para o programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS 20.0) para processamento e análise.

Para alcançar os objetivos I e II, realizamos uma análise univariada. Nas variáveis categóricas empregamos tabelas de frequência absoluta e relativa. Já nas variáveis quantitativas, empregamos medidas de tendências central e variabilidade.

Ainda na análise univariada verificamos a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o escore de qualidade de vida em cada um dos domínios e suas associações globais (TOI, FACT-G e FACT-HN), por meio dos testes não paramétricos, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O teste de Kruskal-Wallis, foi usado para comparar os escores de mais de duas variáveis, e o teste de Mann-Whitney usamos para comparar os escores de duas variáveis de grupos independentes.

Para verificar a associação entre a idade do participante na data da coleta com cada domínio, realizamos uma análise gráfica por meio do gráfico de dispersão bem como o coeficiente de correlação Spearman e o seu específico teste de significância. Sabemos que nesse tipo de correlação o coeficiente varia de -1 a 1, sendo que quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte será a associação, quanto mais próximo estiver de zero, mais fraca é a relação entre os dois tempos. O coeficiente de Spearman (coeficiente não-paramétrico) foi usado pois os tempos não apresentaram distribuição normal (distribuição gaussiana). Nesta etapa consideramos o nível de significância igual a 20%, para selecionarmos as variáveis que iriam compor a análise múltipla.

As variáveis com associações significativas, foram selecionadas para compor o modulo de regressão e o nível de significância adotado nesta etapa foi de 20% ($p < 0,2$) com o intuito de sermos mais conservadores e evitar perda de informação.

Para alcançarmos o objetivo III, ou seja, a influência simultânea das variáveis sociodemográficas e/ou clínicas sobre os escores da qualidade de vida, analisamos por meio de regressão linear múltipla onde consideramos como resposta para o modelo, o escore de cada domínio do FACT-HN. Portanto para cada domínio (sub-escala e global) temos um modelo específico.

O modelo de regressão múltipla foi ajustado pelo modo sequencial utilizando o método de seleção de variáveis *Enter*. Para considerar a significância estatística das variáveis para o modelo adotamos um nível de 5% ($p < 0,05$) de significância.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA POPULAÇÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo.

Tabela 1- Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas. Barretos (SP), 2015.

| | | N | % |
|---------------------|---------------------|-----|------|
| Sexo | Masculino | 103 | 60,6 |
| | Feminino | 67 | 39,4 |
| Estado civil | Solteiro | 24 | 14,1 |
| | Casado(a) | 87 | 51,2 |
| | União estável | 20 | 11,8 |
| | Viúvo(a) | 10 | 5,9 |
| | Divorciado(a) | 29 | 17,1 |
| Etnia | Branco | 96 | 57,1 |
| | Negro | 16 | 9,5 |
| | Pardo | 53 | 31,5 |
| | Asiático | 2 | 1,2 |
| | Indígena | 0 | 0 |
| | Outras | 1 | 0,6 |
| Religião | Católica | 124 | 72,9 |
| | Evangélica | 33 | 19,4 |
| | Testemunha de Jeová | 2 | 1,2 |
| | Espirita | 8 | 4,7 |
| | Ateu | 1 | 0,6 |
| | Outra | 2 | 1,2 |

| | | N | % |
|-------------------------------|---|-----|------|
| Nível educacional | Analfabeto | 6 | 3,5 |
| | Sabe ler e escrever | 11 | 6,5 |
| | Ensino fundamental incompleto | 0 | 0 |
| | Ensino fundamental completo | 68 | 40 |
| | Ensino médio incompleto | 15 | 8,8 |
| | Ensino médio completo | 41 | 24,1 |
| | Superior incompleto | 0 | 0 |
| | Superior completo | 23 | 13,5 |
| | Pós-graduação | 6 | 3,5 |
| Atividade profissional | Em atividade | 54 | 31,8 |
| | Sem vínculo empregatício- incluindo o trabalho em casa (do lar) | 116 | 68,2 |
| Profissão | Trabalhador de saúde | 2 | 1,3 |
| | Trabalhador indústria | 1 | 0,7 |
| | Educação | 15 | 9,9 |
| | Motorista/caminhoneiro | 12 | 7,9 |
| | Serviços gerais | 37 | 24,3 |
| | Comerciário | 12 | 7,9 |
| | Autônomo (dono) | 23 | 15,1 |
| | Do lar | 7 | 4,6 |
| | Funcionário público | 5 | 3,3 |
| | Administrativo | 0 | 0 |
| | Trabalhador rural (lavrador) | 26 | 17,1 |
| | Trabalhador construção civil | 8 | 5,3 |
| | Outros | 4 | 2,6 |
| | Sem informação | 18 | |

| | | | |
|--|----------------------------|------------|------------|
| Estado em que reside atualmente | BA | 2 | 1,2 |
| | DF | 2 | 1,2 |
| | GO | 24 | 14,1 |
| | MG | 31 | 18,2 |
| | MS | 9 | 5,3 |
| | MT | 3 | 1,8 |
| | RJ | 1 | 0,6 |
| | RO | 1 | 0,6 |
| | SP | 94 | 55,3 |
| | TO | 3 | 1,8 |
| Renda salarial | < 2 salários mínimos | 55 | 32,4 |
| | ≥ 2 e ≤ 3 salários mínimos | 75 | 44,1 |
| | > 3 salários mínimos | 31 | 18,2 |
| | Ignorado | 9 | 5,3 |
| | Total | 170 | 100 |

Fonte: Dados coletados pela autora.

A amostra foi composta por 170 pacientes. A tabela 1 traz os resultados das características sociodemográficas, sendo que 103 (60,6%) dos pacientes eram do sexo masculino, 94 (55,3%) referiram ser provenientes de São Paulo, 87 (51,2%) eram casados, e 96 (57,1%) de etnia branca. Quanto à religião, expressivamente 124 pacientes (72,9%) declaram-se católicos.

Ao serem questionados sobre o nível educacional tivemos 68 pacientes (40%) com ensino fundamental completo, sendo que 41 (24,1%) tinham ensino médio completo. A categoria ensino fundamental incompleto não obteve representatividade. Permaneceram para análise as categorias: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio completo e ensino superior.

Em relação à situação profissional do paciente, antes de categorizá-la profissionalmente, questionamos se o mesmo estava em atividade ou sem vínculo empregatício. Em sua maioria 116 (68,2%) enquadraram-se sem vínculo empregatício. Profissionalmente a classificação ressalta-se em: serviços gerais 37

(24,3%), autônomo - dono - 23 (15,1%) e trabalhador rural - lavrador – 26 (17,1%), conforme tabela 1.

O estado de São Paulo foi o local onde 94 (55,3%) pacientes residiam, sendo Minas Gerais em segundo lugar com 31 (18,2%). A renda salarial concentrou-se na faixa mensal de dois a três salários mínimos em 75 dos casos (44,1%).

Na tabela 2 a seguir, temos a distribuição dos pacientes apresentados segundo a idade para cada tipo de câncer. Para o câncer de cavidade oral nota-se média de 55,3 anos. O câncer de laringe apresentou a média mais elevada de 60,61 anos, sendo que a mediana de 60,63 apresentou o mínimo de 42,1 e o máximo de 81,52 anos. No câncer de tireoide está a menor média (46,26 anos) e a menor idade mínima (22,5 anos).

Tabela 2- Distribuição dos pacientes segundo a média/mediana da idade para cada tipo de câncer. Barretos (SP), 2015

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) |
|-----------------------|---------------|--------------|-----------------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 55,3(10,52) | 56,48 (23,86 - 81,24) |
| | Laringe | 60,61(8,7) | 60,63 (42,1 – 81,52) |
| | Tireoide | 46,26(14,52) | 46,57 (22,5 – 78,19) |

Fonte: Dados coletados pela autora.

Diante da distribuição das características clínicas destaca-se o câncer de laringe em 59 (34,7%) dos pacientes, subsequente do câncer de cavidade oral (32,9%) e câncer de tireoide (32,4%). O estadiamento desses cânceres concentrou em estágio I (n= 56; 32,9%), entretanto observa-se que não houve uma diferença acentuada entre os mesmos (tabela 3).

De forma relevante, 134 (78,8%) passaram por procedimento cirúrgico, 94 (55,3%) receberam tratamento radioterápico, sendo este de forma adjuvante aos demais. O tratamento quimioterápico foi realizado por 51 pacientes, sendo também em sua maioria de forma adjuvante, conforme tabela 3.

Tabela 3- Distribuição dos pacientes segundo características clínicas. Barretos (SP), 2015.

| | | N | % |
|---------------------------|--------------------------|----------|----------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 56 | 32,9 |
| | Laringe | 59 | 34,7 |
| | Tireoide | 55 | 32,4 |
| Estadiamento | I | 56 | 32,9 |
| | II | 43 | 25,3 |
| | III | 36 | 21,2 |
| | IV | 35 | 20,6 |
| Cirurgia | Não | 36 | 21,2 |
| | Sim | 134 | 78,8 |
| Radioterapia | Não | 76 | 44,7 |
| | Sim | 94 | 55,3 |
| Radioterapia | Exclusiva | 12 | 12,8 |
| | Neoadjuvante | 6 | 6,4 |
| | Adjuvante | 49 | 52,1 |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 27 | 28,7 |
| Quimioterapia | Sim | 51 | 30 |
| | Não | 118 | 69,4 |
| | Ignorado | 1 | 0,6 |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 1 | 2 |
| | Neoadjuvante | 11 | 22 |
| | Adjuvante | 22 | 44 |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 16 | 32 |

Tabela 3- *Continua*

| | | N | % |
|--|--|------------|------------|
| Status | Tratamento | 60 | 35,3 |
| | Seguimento | 110 | 64,7 |
| Tabaco | Nunca fumou | 61 | 35,9 |
| | Parou depois do diagnostico | 53 | 31,2 |
| | Fumava antes do diagnostico e continua | 18 | 10,6 |
| | Parou antes do diagnóstico | 38 | 22,4 |
| Se consome/consumiu tabaco, Especificar | Fumo | 103 | 95,4 |
| | Masca | 5 | 4,6 |
| | Ambos | 0 | 0 |
| Álcool | Nunca bebeu | 79 | 46,5 |
| | Bebia antes do tratamento | 66 | 38,8 |
| | Bebia antes e continua | 25 | 14,7 |
| Se sim, tipo de bebida, Especificar | Fermentado (cerveja, vinho, etc) | 37 | 40,7 |
| | Destilado (pinga, whisky, etc) | 25 | 27,5 |
| | Fermentado e destilado | 29 | 31,9 |
| Tempo de tratamento | <= 12 meses | 73 | 42,9 |
| | >12 e < = 36 meses | 45 | 26,5 |
| | >36 meses | 51 | 30 |
| | Ignorado | 1 | 0,6 |
| | Total | 170 | 100 |

Fonte: Dados coletados pela autora.

Proeminentemente o status mostrou que 110 (64,7%) dos pacientes estavam em tratamento, no momento da coleta (tabela 3). Sobre as variáveis tabaco e álcool, em ambos houve um maior número de pessoas que disseram que nunca fizeram o consumo dos mesmos. Dentre os que se declaram fumantes, 103 (95,4%)

consumiam tabaco em forma de fumo. Os que faziam uso de álcool especificamente consumiam de maneira fermentada em sua maioria, conforme tabela 3.

Sobre o tempo de tratamento, 73 (42,9%) estava com tempo menor/igual a 12 meses (tabela 3).

A abordagem ao paciente concentrou-se na clinica médica com 103 (60,6%) conforme tabela a seguir:

Tabela 4- Distribuição dos pacientes segundo o local de abordagem para coleta de dados. Barretos (SP), 2015.

| | | N | % |
|---------------------------------------|----------------|----------|----------|
| Local de abordagem ao paciente | Fonoaudiologia | 29 | 17,1 |
| | Odontologia | 38 | 22,4 |
| | Clinica Médica | 103 | 60,6 |
| | Total | 170 | 100 |

Fonte: Dados coletados pela autora.

6.2- ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA FACT-HN

Para verificar a consistência interna, ou seja, o grau de uniformidade existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem os domínios do instrumento da pesquisa utilizamos o coeficiente α de Cronbach, obtendo os resultados contidos na tabela a seguir.

Tabela 5- Consistência interna do α de Cronbach dos domínios FACT-HN. Barretos (SP), 2015.

| Domínios | α -cronbach |
|----------------|--------------------|
| BEF | 0,807 |
| BESF | 0,722 |
| BEE | 0,586 |
| BEFunc | 0,787 |
| PACP | 0,327 |
| TOI | 0,377 |
| FACTG | 0,422 |
| FACT-HN | 0,510 |

Fonte: Dados coletados pela autora

Segundo a tabela 5, o melhor valor para o α de Cronbach está no domínio BEF, seguido do BESF, BEFunc, BEE, e FACT-HN.

A média e mediana do escore de cada domínio e o geral consta na tabela a seguir:

Tabela 6 - Resultado da análise descritiva do FACT-HN. Barretos (SP),2015.

| | Média (DP) | Mediana (min- max) |
|----------------|-------------------|----------------------------|
| BEF | 20,84 (6,31) | 23,00 (0-28) |
| BESF | 22,57 (4,64) | 23,33 (4-28) |
| BEE | 8,79 (4,78) | 7,00 (0-20) |
| BEFunc | 21,66 (5,33) | 23,00 (4-28) |
| PACP | 22,52 (7,13) | 23,00 (4-34) |
| FACT-HN | 96,39 (16,19) | 98,00 (50-127) |
| TOI | 65,03 (15,6) | 67,00 (18-88) |
| FACTG | 73,87(11,5) | 76,00 (40-97) |

Fonte: Dados coletados pela autora

Considerando os escores totais de cada domínio, temos segundo a tabela 6, o BESF e o FACTH-HN com a pior média de qualidade de vida .

No BESF temos uma média de 8,79, com mediana de 7, variando de 0 a 20. No FACT-HN temos uma média de 96,39, com uma mediana de 98 , com mínimo de 50 e máximo de 127.

De um modo geral o domínio TOI apresenta a melhor média de qualidade de vida.

Diante da análise estatística proposta, segue abaixo os resultados referentes a cada domínio da escala, assim como das subescalas.

6.2.1 Resultados do domínio Físico (BEF) do FACT-HN

Para o BEF, na análise univariada com as variáveis sociodemográficas: sexo, etnia, nível educacional, atividade profissional e renda salarial obtivemos valores estatisticamente significativos ($p < 0,2$) conforme tabela 7

Tabela 7- Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada domínio BEF Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana(min-máx) | p valor |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 21,50 (5,96) | 24,00 (5-28) | 0,117* |
| | Feminino | 19,84 (6,74) | 20,00 (0-28) | |
| Etnia | Branco | 22,25 (5,64) | 24,00 (6-28) | 0,001* |
| | Não Branco | 18,89 (6,74) | 20,00 (0-28) | |
| Estado civil | Solteiro | 22,13 (6,22) | 24,00 (6-28) | 0,361** |
| | Casado(a) | 21,22 (6,27) | 23,00 (4-28) | |
| | União estável | 20,20 (5,35) | 20,00 (11-28) | |
| | Viúvo(a) | 18,80 (8,72) | 23,00 (0-26) | |
| | Divorciado(a) | 19,79 (6,28) | 21,00 (5-28) | |
| Religião | Católico | 21,06 (6,21) | 23,00 (5-28) | 0,262* |
| | Não Católico | 20,26 (6,61) | 21,50 (0-28) | |
| Nível educacional | Analfabeto | 16,41 (8,05) | 19,00 (0-26) | 0,015** |
| | Ensino fundamental | 20,78 (5,87) | 22,00 (5-28) | |
| | Ensino médio completo | 21,41 (5,61) | 23,00 (7-28) | |
| | Superior | 22,48 (6,60) | 25,00 (6-28) | |
| Atividade profissional | Em atividade | 21,89 (6,47) | 25,00 (5-28) | 0,040* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 20,35 (6,20) | 22,00 (0-28) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 18,58 (7,13) | 20,00(0- 28) | 0,001** |
| | ≥ 2 e ≤ 3 Salários | 21,80(5,84) | 24,00 (7-28) | |
| | > 3 Salários | 23,19 (5,1) | 25,00 (8-28) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

*Teste Mann-Whitney

**Teste Kruskal-walls

Conforme tabela 7, em relação à renda salarial, diante do seu referencial, temos um acréscimo estatisticamente significativo na qualidade de vida do domínio físico para pacientes com renda maior que 2 salários mínimos. Esse acréscimo na QVRS também ocorre em pacientes com tempo maior de 12 meses e menor que 36 meses ($p=0,014$). Diante no nível educacional, temos um decréscimo

estatisticamente significativo ($p=0,008$) na QV para os analfabetos quando comparados com os que possuem ensino fundamental. As mulheres também tiveram um decréscimo na QV BEF ($p=0,020$).

Nas variáveis clínicas, o status e o tempo de tratamento também tiveram valores significativos de acordo com os resultados na tabela 8.

Tabela 8- Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BEF. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 20,75(6,14) | 22,50(6-28) | 0,713** |
| | Laringe | 20,36(6,89) | 22,00(0-28) | |
| | Tireóide | 21,45(5,89) | 23,00(6-28) | |
| Estadiamento | I | 21,55(6,23) | 24,00(6-28) | 0,209** |
| | II | 21,28(6,22) | 23,00(5-28) | |
| | III | 21,06(5,65) | 22,00(7-28) | |
| | IV | 18,94(7,06) | 21,00(0-28) | |
| Cirurgia | Não | 19,72(6,95) | 21,00(5-28) | 0,313* |
| | Sim | 21,14(6,12) | 23,00(0-28) | |
| Radioterapia | Não | 21,14(6,10) | 23,00(6-28) | 0,564* |
| | Sim | 20,60(6,50) | 22,50(0-28) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 18,17(9,05) | 20,00(5-28) | 0,772** |
| | Neoadjuvante | 22,33(4,50) | 22,50(16-28) | |
| | Adjuvante | 20,45(6,40) | 22,00(0-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 21,56(5,69) | 23,00(7-28) | |
| Quimioterapia | Não | 20,59(6,79) | 23,00(0-28) | 0,956* |
| | Sim | 21,44(5,00) | 22,50(7-28) | |
| | Exclusiva | 21,00 (-) | 21,00(21-21) | |
| Tipo Quimioterapia | Neoadjuvante | 20,36(5,37) | 21,00(11-26) | 0,863** |
| | Adjuvante | 21,86(4,78) | 23,50(7-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 21,63(5,41) | 21,50(8-28) | |

| | | Média (DP) | Mediana(min-máx) | p valor |
|------------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------|
| Status | Tratamento | 19,25 (6,66) | 20,5 (0-28) | 0,011* |
| | Seguimento | 21,71 (5,97) | 24 (4-28) | |
| Tempo de Tratamento | <= 12 meses | 19,42 (6,97) | 20 (0-28) | 0,054** |
| | > 12 e <= 36 meses | 21,67 (4,77) | 23 (11-28) | |
| | > 36 meses | 22,08(6,27) | 25 (4-28) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 21,05(6,48) | 23,00(4-28) | 0,903** |
| | Parou depois diagnóstico | 20,30(6,70) | 21,00(0-28) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 20,00(7,37) | 22,0(6-28) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 21,66(4,92) | 23,00(7-28) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 21,11(6,15) | 23,00(4-28) | 0,379** |
| | Parou depois do diagnóstico | 20,26(6,37) | 21,00(0-28) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 21,45 (6,78) | 25,00(7-28) | |
| Fonte: Dados coletados pela autora | | *Teste Mann-Whitney | **Teste Kruskal-walls | |

Na tabela de correlação de Spearman, a seguir, não houve valores significativos ($p > 0,2$).

Tabela 9- Correlação de Spearman para o domínio BEF. Barretos, (SP) 2015.

| R | p valor |
|----------|----------------|
| 0,032 | 0,678 |

Fonte: Dados coletados pela autora

No modelo final de regressão múltipla, ficamos com as variáveis: renda salarial, nível educacional, tempo de tratamento e sexo (tabela 10).

Tabela 10- Modelo final de regressão múltipla QV BEF. Barretos, (SP) 2015.

| | B | Erro padrão | Beta | p valor |
|---|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 21,199 | - | - | < 0,001 |
| Renda: > =2 e <=3 salários | 2,642 | 1,111 | 0,206 | 0,019 |
| Renda: >3 salários | 3,475 | 1,714 | 0,215 | 0,044 |
| Nível Educ. Analfabeto | -4,656 | 1,72 | -0,212 | 0,008 |
| Nível Educ. Ensino Médio | -0,167 | 1,166 | -0,012 | 0,886 |
| Nível Educ. Ensino Superior | 1,176 | 1,762 | 0,069 | 0,505 |
| Tempo Trat. > 12 e <= 36 meses | 2,941 | 1,184 | 0,201 | 0,014 |
| Tempo Trat. > 36 meses | 2,164 | 1,114 | 0,156 | 0,054 |
| Sexo | -2,357 | 1,003 | -0,18 | 0,020 |

R²=0,317

- Para a variável renda a categoria de referência é menor que 2 salários mínimos
- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que 12 meses
- Para a variável sexo a referência é masculino

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.2 Resultados do domínio Social/Familiar (BESF) do FACT-HN

No domínio BESF as variáveis etnia, estado civil, nível educacional, atividade profissional, renda salarial, tipo de câncer, radioterapia e tempo de tratamento, obtiveram relevância significativa, de acordo com a tabelas 11 e 12 descritas a seguir.

Tabela 11- Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BESF. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana(min-máx) | p valor |
|---------------------|---------------|-------------------|-------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 22,60(4,75) | 24,00(6-28) | |
| | Feminino | 22,53(4,49) | 23,33(4-28) | 0,738* |
| Etnia | Branco | 23,03(4,70) | 24,50(4-28) | |
| | Não Branco | 21,99(4,57) | 21,99(6-28) | 0,055* |
| Estado civil | Solteiro | 20,93(5,97) | 21,00(6-28) | |
| | Casado (a) | 23,38(3,59) | 24,00(12-28) | |
| | União estável | 23,75(5,50) | 25,50(4-28) | 0,040** |
| | Viúvo(a) | 21,05(4,72) | 21,50(10-26,83) | |
| | Divorciado(a) | 21,21(5,00) | 22,00(11-28) | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|----------------|---------|
| Religião | Católico | 22,65(4,31) | 23,67(6-28) | 0,811* |
| | Não Católico | 22,35(5,47) | 23,17(4-28) | |
| Nível educacional | Analfabeto | 20,75(5,70) | 22,00(4-26,83) | 0,051** |
| | Ensino fundamental | 21,91(5,02) | 23,00(6-28) | |
| | Ensino médio completo | 23,02(4,21) | 24,00(10-28) | |
| | Superior | 24,32(3,06) | 25,00(18-28) | |
| Atividade profissional | Em atividade | 23,82(3,74) | 25,00(12-28) | 0,018** |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 21,99(4,91) | 23,00(4-28) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 21,04 (5,46) | 22 (4-28) | 0,011** |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 23,06 (4,26) | 24 (9-28) | |
| | > 3 Salários | 24,14 (3,56) | 25 (14-28) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

*Teste Mann-Whitney

**Teste Kruskal-walls

Na tabela 12 segue os dados clínicos.

Tabela 12- Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BESF. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana(min-máx) | p valor |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 23,02(4,64) | 24,00(6-28) | 0,047** |
| | Laringe | 21,52(4,62) | 23,00(11-28) | |
| | Tireóide | 23,24(4,53) | 24,00(4-28) | |
| Estadiamento | I | 22,51(5,49) | 24,50(4-28) | 0,424** |
| | II | 23,68(2,78) | 24,00(17-28) | |
| | III | 21,89(4,40) | 22,50(13-28) | |
| | IV | 22,00(5,11) | 23,00(9-28) | |
| Cirurgia | Não | 22,36(3,69) | 23,00(13-28) | 0,290* |
| | Sim | 22,63(4,87) | 23,67(4-28) | |
| Radioterapia | Não | 23,11(4,69) | 24,00(4-28) | 0,1* |
| | Sim | 22,13(4,57) | 23,00(9-28) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 22,33(3,68) | 23,50(17-28) | 0,772** |
| | Neoadjuvante | 23,83(4,54) | 25,50(16-28) | |
| | Adjuvante | 21,74(5,07) | 23,00(9-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 22,38(4,06) | 23,00(12-28) | |

| | | | | |
|---------------------------|--|--------------|---------------|---------|
| Quimioterapia | Não | 22,54(4,74) | 23,17(4-28) | 0,975* |
| | Sim | 22,63(4,42) | 23,67(11-28) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 24,00 (-) | 24,00(24-24) | 0,663** |
| | Neoadjuvante | 23,39(5,44) | 26,00(11-28) | |
| | Adjuvante | 22,05(4,30) | 22,00(12-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 22,83(4,12) | 24,00(13-28) | |
| Status | Tratamento | 22,09 (4,73) | 23 (6-28) | 0,228* |
| | Seguimento | 22,83 (4,59) | 24 (4-28) | |
| Tempo Tratamento | <= 12 meses | 21,68 (4,48) | 23 (6-28) | 0,018** |
| | > 12 e <= 36 meses | 22,69(5,37) | 24 (4-28) | |
| | > 36 meses | 23,65 (3,96) | 25 (11-28) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 23,17(4,91) | 24,00(4-28) | 0,226** |
| | Parou depois diagnóstico | 22,53(4,65) | 23,00(6-28) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 22,22(4,67) | 24,50(12-28) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 21,82(4,16) | 22,00 (11-27) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 22,82(4,81) | 24,00(4-28) | 0,581** |
| | Parou depois do diagnóstico | 22,34(4,67) | 23,00(6-28) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 22,40(6,7) | 23,00(12-28) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

*Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls

A correlação de Spearman na tabela seguir para a idade, não apresentou significância estatística.

Tabela 13- Correlação de Spearman para o domínio BESF. Barretos, (SP) 2015

| R | p valor |
|--------|---------|
| -0,164 | 0,33 |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na regressão múltipla para este domínio, as variáveis que compuseram o modelo foram: tempo de tratamento, atividade profissional e estado civil.

Ao compararmos as pessoas que fizeram tratamento em menos que 12 meses a partir da data de coleta, com as que fizeram em tempo maior que 36 meses, há um acréscimo estatisticamente significativo ($p=0,035$) na QVRS. Para a atividade profissional houve um decréscimo na QVRS ($p=0,002$), assim como no estado civil solteiro ($p=0,005$) e estado civil divorciado ($p= 0,027$), conforme tabela 14.

Tabela 14- Modelo final de regressão múltipla QV BESF. Barretos, (SP) 2015.

| | B | Erro Padrão | Beta | p valor |
|---|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 24,155 | 0,804 | - | <0,001 |
| Tempo Tratamento- <12 meses > 36 meses | 1,108 | 0,863 | 0,106 | 0,201 |
| Tempo Tratamento- < 36meses | 1,741 | 0,819 | 0,173 | 0,035 |
| Atividade profissional | -2,375 | 0,767 | -0,24 | 0,002 |
| Estado civil- solteiro | -2,98 | 1,048 | -0,225 | 0,005 |
| Estado civil- união estável | 0,316 | 1,135 | 0,022 | 0,781 |
| Estado civil- viúvo | -1,063 | 1,514 | -0,054 | 0,483 |
| Estado civil- divorciado | -2,129 | 0,953 | -0,174 | 0,027 |

$R^2=0,317$

- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que 12 meses
- Para a variável atividade profissional a referência é em atividade
- Para a variável estado civil a referência é casado

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.3. Resultados do domínio Emocional (BEE) do FACT-HN

No domínio BEE apresentaram valores estatisticamente significativos as variáveis sociodemográficas: sexo, etnia, religião, nível educacional, atividade profissional, renda salarial (tabela 15).

Tabela 15- Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BEE. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 8,05 (4,48) | 7,00 (2-20) | 0,014* |
| | Feminino | 9,94 (5,04) | 10,00 (0-20) | |
| Etnia | Branco | 7,93 (4,70) | 6,00 (0-20) | 0,006* |
| | Não Branco | 9,94 (4,74) | 10,00 (3-20) | |
| Estado civil | Solteiro | 7,83 (4,44) | 7,00 (0-18) | 0,274** |
| | Casado(a) | 8,75 (4,75) | 7,00 (3-20) | |
| | União estável | 10,70 (4,89) | 10,50 (4-20) | |
| | Viúvo(a) | 9,60 (5,19) | 8,50 (4-17) | |
| | Divorciado(a) | 8,14 (4,87) | 6,00 (2-19) | |
| Religião | Católico | 8,48 (4,59) | 7,00 (2-20) | 0,179* |
| | Não Católico | 9,63 (5,22) | 8,50 (0-20) | |
| Nível educacional | Analfabeto | 10,94 (5,84) | 11,00 (3-20) | 0,182** |
| | Ensino fundamental | 8,66 (4,75) | 7,00 (2-19) | |
| | Ensino médio completo | 8,98 (4,62) | 8,00 (3-20) | |
| | Superior | 7,48 (4,25) | 6,00 (0-15) | |
| Atividade profissional | Em atividade | 7,59 (4,19) | 6,50 (0-20) | 0,032* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 9,35 (4,95) | 8,00 (2,20) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 10 (5,41) | 9 (2-20) | 0,070** |
| | > = 2 e <= 3 salários | 8,55 (4,37) | 7 (3-20) | |
| | > 3 salários | 7,32 (4,44) | 6 (0-18) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

*Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls

Tabela 16- Distribuição dos dados clínicos, análise univariada BEE. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana(min- máx) | p valor |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 8,79(4,72) | 7,00(3-19) | 0,806** |
| | Laringe | 8,46(4,67) | 7,00(2-20) | |
| | Tireóide | 9,16(5,01) | 8,00(0-20) | |
| Estadiamento | I | 9,36(4,97) | 8,50(0-20) | 0,593** |
| | II | 8,47(4,63) | 6,00(4-20) | |
| | III | 8,22(5,13) | 7,00(2-20) | |
| | IV | 8,89(4,38) | 8,00(3-17) | |
| Cirurgia | Não | 8,67(5,50) | 6,50(2-20) | 0,608* |
| | Sim | 8,83(4,59) | 8,00(0-20) | |
| Radioterapia | Não | 9,25(5,01) | 8,00(0-20) | 0,309* |
| | Sim | 8,43(4,58) | 7,00(3-20) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 7,33(4,62) | 6,00(4-19) | 0,543** |
| | Neoadjuvante | 9,50(5,65) | 8,00(4-20) | |
| | Adjuvante | 8,94(4,69) | 8,00(3-17) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 7,74(4,20) | 7,00(3-19) | |
| Quimioterapia | Não | 8,93(4,80) | 8,00(0-20) | 0,526* |
| | Sim | 8,46(4,77) | 7,00(3-20) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 10,00 (-) | 10,00(10-10) | 0,454** |
| | Neoadjuvante | 10,73(5,92) | 10,00(4-19) | |
| | Adjuvante | 7,91(4,81) | 6,50(3-20) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 7,56(3,65) | 7,00(3-15) | |
| Status | Tratamento | 9,38 (5,19) | 7 (2-20) | 0,319* |
| | Seguimento | 8,47 (4,54) | 7,5 (0-20) | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--------------|-------------|---------|
| Tempo de Tratamento | <= 12 meses | 9,26 (5) | 8 (2-20) | 0,150* |
| | > 12 e <= 36 meses | 9,36 (4,65)) | 9 (4-20) | |
| | > 36 meses | 7,69 (4,5) | 6 (0-19) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 9,05(4,70) | 8,00(0-20) | 0,063** |
| | Parou depois diagnóstico | 9,87(5,11) | 9,00(3-20) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 7,94 (4,70) | 6,50 (3,19) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 7,29(4,16) | 6,00(2-20) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 8,99(4,79) | 8,00(0-20) | 0,803** |
| | Parou depois do diagnóstico | 8,80(4,90) | 7,00(2-20) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 8,16(4,56) | 7,00(3-19) | |

Fonte: Dados coletados pela autora *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls

Nas variáveis clínicas apresentadas na tabela 16, o tabaco apresentou significância com $p=0,063$. O mesmo ocorreu na correlação de Spearman a seguir:

Tabela 17 Correlação de Spearman para o domínio BEE. Barretos, (SP) 2015.

| R | p valor |
|----------|----------------|
| -0,044 | 0,571 |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na análise multivariada do domínio emocional, vimos um acréscimo na QVRS tanto na variável etnia ($p=0,011$), ou seja, dos brancos em relação aos não brancos, assim como o sexo masculino ($p=0,009$) e os pacientes ativos ($p=0,009$) de acordo com a tabela 18.

Tabela 18- Modelo final de regressão múltipla de QV BEE. Barretos, (SP) 2015.

| | B | Erro Padrão | Beta | p valor |
|-------------------------------|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 3,943 | 1,262 | - | 0,002 |
| Etnia | 1,836 | 0,716 | 0,19 | 0,011 |
| Sexo | 1,936 | 0,731 | 0,197 | 0,009 |
| Atividade profissional | 2,013 | 0,762 | 0,196 | 0,009 |

$R^2=0,317$

- Para a variável etnia a referência é branco
- Para a variável sexo a referência é masculino
- Para a variável atividade profissional é em atividade

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.4. Resultados do domínio Funcional (BEFunc) do FACT-HN

Na análise univariada do domínio BEFunc, assim como tivemos no domínio BEE, as variáveis com valores significativos ($p < 0,2$) foram: etnia, sexo, nível educacional, atividade profissional e renda salarial, conforme de acordo com a tabela 19.

Tabela 19 Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada BEFunc. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 22,10(5,09) | 23,00(7-28) | 0,230* |
| | Feminino | 21,00(5,66) | 21,00(4-28) | |
| Etnia | Branco | 22,39(5,16) | 24,00(4-28) | 0,059* |
| | Não Branco | 20,85(5,42) | 21,00(9-28) | |
| Estado civil | Solteiro | 19,83(4,85) | 20,50(10-27) | 0,255** |
| | Casado(a) | 22,08(5,00) | 23,00(4-28) | |
| | União estável | 21,50(5,82) | 21,00(12-28) | |
| | Viúvo(a) | 22,70(6,98) | 26,00(9-28) | |
| | Divorciado(a) | 21,69(5,74) | 23,00(10-28) | |
| Religião | Católico | 21,89(4,85) | 23,00(7-28) | 0,848* |
| | Não Católico | 21,07(6,48) | 22,50(4-28) | |
| Nível educacional | Analfabeto | 16,71(5,58) | 14,00(9-28) | 0,002** |
| | Ensino fundamental | 21,96(5,19) | 23,00(4-28) | |
| | Ensino médio completo | 21,86(5,21) | 22,00(7-28) | |
| | Superior | 23,52(4,14) | 24,00(11-28) | |
| Atividade profissional | Em atividade | 23,00(4,56) | 24,00(7-28) | 0,033* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 21,04(5,56) | 22,00(4-28) | |

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|---|------------|---------|
| Renda salarial | < 2 salários | 19,8 (5,58) | 20 (9-28) | 0,001** |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 22,59 (5,11) | 24 (4-28) | |
| | > 3 Salários | 23,74 (4,18) | 24 (11-28) | |
| Fonte: Dados coletados pela autora | | *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls | | |

Tabela 20 Distribuição dos dados clínicos, análise univariada do BEFunc. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 21,55(5,51) | 22,50(10-28) | 0,996** |
| | Laringe | 21,46(5,91) | 23,00(4-28) | |
| | Tireóide | 22,00(4,49) | 22,00(11-28) | |
| Estadiamento | I | 22,21(5,24) | 24,00(11-28) | 0,480** |
| | II | 22,23(4,97) | 23,00(10-28) | |
| | III | 21,11(5,25) | 21,00(7-28) | |
| | IV | 20,66(5,97) | 22,00(4-28) | |
| Cirurgia | Não | 21,00(5,48) | 21,00(7-28) | 0,384* |
| | Sim | 21,84(5,29) | 23,00(4-28) | |
| Radioterapia | Não | 21,76(5,02) | 22,00(10-28) | 0,988* |
| | Sim | 21,59(5,59) | 23,00(4-28) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 21,25(6,15) | 22,00(12-28) | 0,681** |
| | Neoadjuvante | 23,50(5,99) | 25,00(12-28) | |
| | Adjuvante | 20,92(5,74) | 22,00(4-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 22,52(5,05) | 23,00(7-28) | |
| Quimioterapia | Não | 21,45(5,44) | 22,00(4-28) | 0,455* |
| | Sim | 22,18(5,07) | 23,00(7-28) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 19,00 (-) | 19,00(19-19) | 0,669** |
| | Neoadjuvante | 22,27(4,69) | 20,00(15-28) | |
| | Adjuvante | 21,55(5,80) | 22,50(7-28) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 23,19(4,48) | 24,00(11-28) | |
| Fonte: Dados coletados pela autora | | *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls | | |

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|-------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------|
| Status | Tratamento | 20,47 (5,52) | 20,5 (7-28) | 0,028* |
| | Seguimento | 22,32 (5,13) | 23,5 (4-28) | |
| Tempo Tratamento | <= 12 meses | 20 (5,59) | 20 (4-28) | 0,001** |
| | > 12 e <= 36 meses | 22,2 (5,35) | 23 (11-28) | |
| | > 36 meses | 23,61(4,2) | 25 (12-28) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 21,90(4,80) | 22,00(10-28) | 0,905** |
| | Parou depois diagnóstico | 21,40(5,31) | 23,00(9-28) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 21,89 (6,75) | 25,00(4-28) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 21,55(5,62) | 23,50 (7-28) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 21,86 (5,05) | 22,00 (4-28) | 0,359** |
| | Parou depois do diagnóstico | 21,08(5,51) | 23,00(9-28) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 22,60(5,76) | 24,00 (7-28) | |

Fonte: Dados coletados pela autora *Teste Mann-Whitney **Teste Kruskal-walls

Quando analisamos as variáveis clínicas na tabela 20, as que apresentaram significância estatística foram: status ($p=0,028$) e tempo de tratamento ($p=0,001$) da mesma forma como ocorreu no domínio físico (BEF). Já na tabela de correlação de Spearman não tivemos significância estatística.

Tabela 21 Correlação de Spearman para o domínio BEFunc.. Barretos, (SP) 2015

| R | p valor |
|----------|----------------|
| -0,057 | 0,459 |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na regressão final do domínio BEFunc, nem todas as variáveis da análise univariada permaneceram no modelo. Conforme a tabela 22, a variável renda obteve significância estatística para os pacientes que declararam renda maior ou igual a dois salários e menor ou igual a três salários ($p=0,02$), assim como os que declararam renda maior que 3 salários ($p=0,045$) tendo assim um acréscimo na QVRS. Em relação ao tempo de tratamento a QVRS de vida também foi melhor para os pacientes que estavam em tratamento no mínimo há 12 meses ($p=0,006$) e há mais que 36 meses ($p<0,001$).

Nos paciente com nível educacional caracterizado como analfabeto a qualidade de vida teve um decréscimo comparado aos pacientes com ensino fundamental ($p=0,001$).

Tabela 22 Modelo final de regressão múltipla QV BEFunc. Barretos (SP), 2015.

| | B | Erro Padrão | Beta | p valor |
|---|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 19,471 | 0,864 | - | <0,001 |
| Renda salarial-> = 2 e <= 3 Salários | 2,127 | 0,906 | 0,201 | 0,02 |
| Renda salarial: > 3 salários | 2,8 | 1,386 | 0,21 | 0,045 |
| Tempo Tratamento: > 12 e <36 meses | 2,666 | 0,964 | 0,219 | 0,006 |
| Tempo Tratamento: > 36 meses | 3,446 | 0,903 | 0,3 | <0,001 |
| Nível Educ. Analfabeto | -4,987 | 1,476 | -0,259 | 0,001 |
| Nível Educ. Ensino Médio | -1,093 | 0,932 | -0,097 | 0,243 |
| Nível educ. Ensino Superior | -0,182 | 1,381 | -0,013 | 0,895 |

$R^2=0,317$

- Para a variável renda salarial a referência é menor que 2 salários
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que dois meses
- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.5 Resultados do domínio Preocupações adicionais (PACP) do FACT-HN

De acordo com a tabela 23, as variáveis sociodemográficas que tiveram significância estatística foram: sexo, etnia, nível educacional, atividade profissional e renda.

Tabela 23- Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada PACP. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|---------------------|---------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 21,75(6,83) | 21,00(7-34) | 0,042* |
| | Feminino | 23,72(7,47) | 23,00(4-34) | |
| Etnia | Branco | 23,33(7,15) | 23,50(7-34) | 0,101* |
| | Não Branco | 21,47(7,12) | 21,50(4-34) | |
| Estado civil | Solteiro | 25,00(7,44) | 24,50(9-34) | 0,355** |
| | Casado(a) | 22,32(6,83) | 22,00(4-34) | |
| | União estável | 21,44(7,81) | 21,00(7-33) | |
| | Viúvo(a) | 21,30(8,22) | 22,00(9-33) | |
| | Divorciado(a) | 22,24(6,96) | 23,00(9-33) | |
| Religião | Católico | 22,89(7,00) | 23,00(4-34) | 0,297* |
| | Não Católico | 21,54(7,48) | 21,00(8-33) | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|-----------|
| Nível Educacional | Analfabeto | 17,18(6,04) | 16,00(8-30) | |
| | Ensino fundamental | 21,50(6,88) | 20,50(4-34) | |
| | Ensino médio completo | 23,66(6,89) | 23,00(7-34) | 0,000** |
| | Superior | 25,86(6,75) | 27,00(10-34) | |
| Atividade Profissional | Em atividade | 25,70(6,50) | 27,50(9-34) | |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 21,04(6,95) | 21,00(4-34) | 0,000** |
| Renda salarial | < 2 salários | 20,15 (7,28) | 20 (4-34) | |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 22,72 (6,65) | 21(9-34) | <0,0001** |
| | > 3 Salários | 27,58 (4,86) | 29 (17-34) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela 24 as variáveis clínicas, diferente dos outros domínios, se apresentaram em sua maioria com significância ($p < 0,2$) sendo elas: tipo de câncer, estadiamento, cirurgia, radioterapia, tipo de radioterapia, quimioterapia, status, tempo de tratamento, tabaco e álcool.

Tabela 24 Distribuição dos dados clínicos, análise univariada PACP. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana | p valor |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 20,09(7,06) | 20,00(4-34) | |
| | Laringe | 21,50(6,84) | 21,00(8-33) | <0,001** |
| | Tireoide | 26,09(6,16) | 26,00(12-34) | |
| Estadiamento | I | 24,66(7,48) | 25,50(4-34) | |
| | II | 23,88(6,36) | 25,00(9-33) | <0,0001** |
| | III | 22,11(6,08) | 21,00(10-33) | |
| | IV | 17,85(6,47) | 18,00(7-30) | |
| Cirurgia | Não | 20,03(7,10) | 19,00(4-33) | 0,019* |
| | Sim | 23,19(7,02) | 23,00(7-34) | |
| Radioterapia | Não | 25,21(6,40) | 25,00(12-34) | <0,001* |
| | Sim | 20,35(6,98) | 20,00(4-33) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 22,00(9,05) | 24,00(4-33) | <0,000** |
| | Neoadjuvante | 18,83(7,81) | 17,00(9-30) | |
| | Adjuvante | 20,06(6,49) | 20,00(7-32) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 20,48(6,96) | 20,00(9-32) | |
| Quimioterapia | Não | 24,04(7,01) | 24,00(4-34) | <0,001* |
| | Sim | 18,88(6,06) | 19,00(9-32) | |

| | | | | |
|---------------------------|--|--------------|--------------|---------|
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 23,00 (-) | 23,00(23-23) | 0,445** |
| | Neoadjuvante | 16,27(6,48) | 14,00(10-32) | |
| | Adjuvante | 18,90(5,48) | 19,50(9-29) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 20,38(6,44) | 19,00(10-30) | |
| Status | Tratamento | 20,63 (6,98) | 20 (9-34) | 0,007* |
| | Seguimento | 23,55 (7,03) | 24 (4-34) | |
| Tempo Tratamento | < = 12 meses | 21,45 (6,92) | 21 (4-34) | 0,034** |
| | > 12 e <= 36 meses | 21,73 (7,72) | 22 (7-34) | |
| | > 36 meses | 24,63 (6,55) | 25 (8-34) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 23,17(4,91) | 24,00(4-28) | 0,009** |
| | Parou depois diagnóstico | 22,53(4,65) | 23,00(6-28) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 22,22(4,67) | 24,50(12-28) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 21,82(4,16) | 22,00(11-27) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 22,82(4,81) | 24,00(4-28) | 0,001** |
| | Parou depois do diagnóstico | 22,34(4,67) | 23,00(6-28) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 22,40(6,7) | 23,00(12-28) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela 24 observamos o status, tempo de tratamento, tabaco e álcool com resultados com significância ($p < 0,2$).

Tabela 25- Correlação de Spearman para o domínio PACP. Barretos, (SP) 2015.

| R | p valor |
|--------|--------------|
| -0,225 | 0,003 |

Fonte: Dados coletados pela autora

Correlação significativa de Spearman da idade em relação ao domínio PACP.

No modelo de regressão múltipla o domínio PACP destaca-se quando comparado aos outros pois segue com seis variáveis significativas.

A qualidade de vida é maior nos pacientes com neoplasia de laringe ($p=0,013$), naqueles que foram submetidos a procedimento cirúrgico ($p=0,023$) e naqueles que possuem tempo de tratamentos superior a 36 meses ($p=0,015$).

A qualidade de vida tem um decréscimo significativo estatisticamente para os que apresentaram nível educacional categoria analfabeto ($p=0,005$), para os que estavam inativos profissionalmente ($p=0,033$), com estadiamento IV ($p=0,002$) e para quimioterapia ($p=0,029$), conforme tabela 26.

Tabela 26 Modelo final de regressão múltipla QV PACP. Barretos (SP), 2015.

| | B | Erro Padrão | Beta | p valor |
|---|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 20,264 | 1,878 | - | <0,001 |
| Nível Educ. Analfabeto | -5,009 | 1,741 | -0,2 | 0,005 |
| Nível Educ. Ensino Médio | 0,917 | 1,134 | 0,06 | 0,420 |
| Nível Educ. Ensino Superior | 0,946 | 1,541 | 0,05 | 0,540 |
| Atividade profissional | -2,532 | 1,175 | -0,165 | 0,033 |
| Tipo câncer: Laringe | 3,019 | 1,195 | 0,201 | 0,013 |
| Tipo câncer: Tireoide | 2,53 | 1,389 | 0,165 | 0,070 |
| Estadiamento: II | 0,542 | 1,291 | 0,033 | 0,675 |
| Estadiamento: III | 0,761 | 1,447 | 0,044 | 0,600 |
| Estadiamento: IV | -4,536 | 1,455 | -0,252 | 0,002 |
| Quimioterapia | -2,8 | 1,271 | -0,186 | 0,029 |
| Cirurgia | 3,203 | 1,393 | 0,178 | 0,023 |
| Tempo Tratamento: >12 e < 36 meses | 0,523 | 1,184 | 0,032 | 0,659 |
| Tempo Tratamento: > 36 meses | 2,743 | 1,119 | 0,176 | 0,015 |

$R^2=0,317$

- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental
- Para a variável atividade profissional a referência é estar em atividade
- Para a variável tipo de câncer a referência é câncer de cavidade oral
- Para a variável estadiamento a referência é estadiamento I
- Para a variável quimioterapia a referência é não ter realizado tal tratamento
- Para a variável cirurgia a referência é não ter realizado tal tratamento
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que dois meses

Fonte: Dados coletados pela autor

6.2.6 Resultados do domínio TOI (BEF+ BESF+ PACP) do FACT-HN

Na análise univariada as variáveis sociodemográficas destacadas na tabela 27 apresentaram significância estatística, sem grande discrepância dos domínios anteriores

Tabela 27- Distribuição dos dados sociodemográficos, análise univariada TOI. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 65,34 (14,64) | 66 (27-88) | 0,998* |
| | Feminino | 64,55 (17,11) | 68 (18-88) | |
| Etnia | Branco | 67,97 (14,91) | 71 (22-88) | 0,005* |
| | Não Branco | 61,2 (15,96) | 62 (18-86) | |
| Estado civil | Solteiro | 66,96 (14,73) | 68,5 (27-88) | 0,905** |
| | Casado(a) | 65,62 (15,25) | 67 (22-87) | |
| | União estável | 63,14 (16,9) | 64 (37-87) | |
| | Viúvo(a) | 62,8 (20,47) | 71,5 (18-82) | |
| | Divorciado(a) | 63,72 (15,49) | 62 (36-88) | |
| Religião | Catolico | 65,83 (14,55) | 68 (22-88) | 0,474* |
| | Não Católico | 62,87 (18,17) | 64,5 (18-88) | |
| Nível educacional | Analfabeto | 50,29 (16,69) | 55 (18-76) | <0,001** |
| | Ensino fundamental | 64,23 (14,32) | 64,5 (22-87) | |
| | Ensino médio completo | 66,93 (14,38) | 73 (33-88) | |
| | Superior | 71,86 (15,04) | 76 (38-88) | |
| Atividade Profissional | Em atividade | 70,59 (14,78) | 75 (27-88) | 0,001* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 62,44 (15,37) | 62 (18-87) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 58,53 (16,02) | 57 (18-86) | <0,001** |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 67,1 (14,54) | 71 (22-88) | |
| | > 3 Salários | 74,52 (11,62) | 76 (44-88) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Nas variáveis clínicas tivemos o tipo de câncer, estadiamento, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, status e tempo de tratamento com significância estatística ($p < 0,2$), de acordo com a tabela 28.

Tabela 28- Distribuição dos dados clínicos, análise univariada do TOI. Barretos, (SP) 2015.

| | | Média(DP) | Mediana (min- máx) | p valor |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 62,39 (15,05) | 62 (22-87) | 0,030** |
| | Laringe | 63,32 (16,82) | 66 (18-88) | |
| | Tireoide | 69,55 (14,04) | 74 (37-88) | |
| Estadiamento | I | 68,43 (15,90) | 74,5 (22-88) | 0,011** |
| | II | 67,4 (13,74) | 72 (36-88) | |
| | III | 64,28 (14,27) | 62,5 (33-88) | |
| | IV | 57,45 (16,55) | 61 (18-85) | |
| Cirurgia | Não | 60,47 (16,41) | 62 (22-88) | 0,079* |
| | Sim | 66,17 (15,25) | 69,38 (18-88) | |
| Radioterapia | Não | 67,73 (14,8) | 71 (36-88) | 0,064* |
| | Sim | 62,85 (15,93) | 63 (18-88) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 63,62 (21,6) | 69 (22-88) | 0,812** |
| | Neoadjuvante | 64 (12,07) | 63,5 (45-86) | |
| | Adjuvante | 62,18 (14,81) | 62 (18-86) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 64,27 (17,94) | 65 (33-86) | |
| Quimioterapia | Não | 66,27 (16,78) | 71 (18-88) | 0,020* |
| | Sim | 61,94 (12,2) | 62 (33-86) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 69,5 (9,19) | 69,5 (63-76) | 0,526** |
| | Neoadjuvante | 59,27 (12,52) | 61,00 (38-86) | |
| | Adjuvante | 62,16 (11,93) | 62,50 (33-78) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 64,00 (13,7) | 62,00 (43-85) | |
| Status | Tratamento | 60,35 (15,01) | 61,5 (18-88) | 0,001* |
| | Seguimento | 67,58 (15,4) | 71 (22-88) | |
| Tempo Tratamento | <= 12 meses | 60,87 (16,21) | 62 (18-88) | 0,003** |
| | > 12 e <= 36 meses | 65,6 (14,21) | 68 (37-88) | |
| | > 36 meses | 70,31 (14,58) | 75 (24-87) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 67,84 (15,26) | 73 (24-88) | 0,350** |
| | Parou depois do diagnóstico | 62,9 (15,05) | 62 (18-86) | |
| | Fumava antes e continua | 62 919,54) | 66,5 (22-88) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 64,92 (14,76) | 66 (33-86) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 67,15 (15,4) | 70 (22-88) | 0,021** |
| | Parou depois do diagnóstico | 61,33 (14,67) | 62 (18-86) | |
| | Bebia antes e continua | 68,08 (17,33) | 76 (33-86) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela de Spearman a seguir, houve significância estatística do domínio global TOI com a idade.

Tabela 29 Correlação de Spearman do domínio TOI. Barretos (SP), 2015.

| R | p valor |
|--------|--------------|
| -0,106 | 0,169 |

Na regressão final do TOI, permaneceram as variáveis nível educacional, renda salarial e tempo de tratamento.

O nível educacional categorizado como analfabeto ($p < 0,001$) possui menor qualidade de vida comparado ao ensino fundamental. A renda salarial a partir de dois salários mínimos apresenta melhor qualidade de vida, assim como o tempo de tratamento a partir de doze meses (tabela 30).

Tabela 30 - Modelo final de regressão múltipla QV TOI. Barretos, (SP), 2015.

| | B | Erro padrão | Beta | p valor |
|---|---------|-------------|--------|---------|
| Constante | 57,35 | 2,461 | - | <0,001 |
| Nível Educ. Analfabeto | -14,604 | 3,979 | -0,273 | <0,001 |
| Nível Educ. Ensino Médio | -0,506 | 2,672 | -0,015 | 0,850 |
| Nível Educ. Ensino Superior | 1,868 | 3,957 | 0,045 | 0,638 |
| Renda salarial: > = 2 e < = 3 salários | 6,567 | 2,57 | 0,21 | 0,012 |
| Renda salarial: > 3 salários | 11,627 | 3,966 | 0,295 | 0,004 |
| Tempo Trat. > 12 e < 36 meses | 6,271 | 2,742 | 0,176 | 0,024 |
| Tempo Trat. > 36 meses | 8,115 | 2,57 | 0,24 | 0,002 |

$R^2=0,317$

- Para a variável renda salarial a referência é menor que 2 salários
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que dois meses
- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.7 Resultados do domínio FACT-G (BEF+ BESF+ BEE+ BEFunc) do FACT-HN

Na análise univariada deste domínio, mais uma vez a etnia ($p=0,009$), o estado civil ($p=0,133$), o nível educacional ($p=0,005$), a atividade profissional ($p=0,019$) e a renda salarial ($p=0,001$) mostraram-se significância estatística (tabela 31).

Tabela 31 Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada FACT-G. Barretos (SP), 2015.

| | | Média | Mediana (min-máx) | p valor |
|-------------------------------|---|---------------|--------------------------|----------------|
| Sexo | Masculino | 74,24 (11,64) | 76 (40-86) | 0,529* |
| | Feminino | 73,31 (11,36) | 75(41-97) | |
| Etnia | Branco | 75,59 (11,22) | 79 (40-97) | 0,009* |
| | Não Branco | 71,67 (11,68) | 74 (42-96) | |
| Estado civil | Solteiro | 70,72 (11,79) | 74 (42-88) | 0,133** |
| | Casado(a) | 75,43 (11,47) | 78 (40-97) | |
| | União estável | 76,15 (10,24) | 77,5 (46-91) | |
| | Viúvo(a) | 72,15 (13,02) | 78 (46-84) | |
| | Divorciado(a) | 70,83 (11,16) | 72(47-88) | |
| Religião | Católico | 74,08 (10,79) | 76,5 (40-95) | 0,862 |
| | Não Católico | 73,31 (13,37) | 76 (41-97) | |
| Nível Educacional | Analfabeto | 64,81 (12,83) | 65 (43-84) | 0,005** |
| | Ensino fundamental | 73,3 (10,81) | 75 (41-91) | |
| | Ensino médio completo | 75,27 (11,94) | 78 (40-97) | |
| | Superior | 77,8 (8,63) | 79 (54-95) | |
| Atividade Profissional | Em atividade | 76,3 (11,77) | 79 (40-96) | 0,019* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 72,74 (11,25) | 74,5 (41-97) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 69,42 (12,92) | 72 (42-97) | 0,001** |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 75,99 (10,22) | 79 (40-95) | |
| | > 3 Salários | 78,4 (9,86) | 79 (54-96) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela 32 observamos as variáveis clínicas o estadiamento ($p=0,181$), a cirurgia ($p=0,161$), o status ($p= 0,007$), o tempo de tratamento ($p=0,004$) Tabela 32- Dados clínicos, análise univariada FACT-G. Barretos (SP), 2015.

| | | Média | Mediana (min-máx) | p valor |
|-----------------------|---------------|---------------|--------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 74,11 (11,61) | 76,5 (42-950) | 0,331* |
| | Laringe | 71,79 (12,39) | 74 (40-91) | |
| | Tireóide | 75,86 (10,16) | 78 (46-97) | |
| Estadiamento | I | 75,63 (11,58) | 79 (42-96) | 0,181** |
| | II | 75,66 (9,42) | 76 (56-97) | |
| | III | 72,28 (11,35) | 74 (40-88) | |
| | IV | 70,49 (13,24) | 73 (41-90) | |

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Cirurgia | Não | 71,5 (13,46) | 74 (40-97) | 0,161* |
| | Sim | 74,46 (10,94) | 78 (41-96) | |
| Radioterapia | Não | 75,07 (10,85) | 77 (42-96) | 0,281* |
| | Sim | 72,9 (11,97) | 75 (40-97) | |
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 71,85 (15,57) | 75 (43-97) | 0,980 ** |
| | Neoadjuvante | 74,38 (10,07) | 74,5 (61-91) | |
| | Adjuvante | 73 (10,83) | 76 (41-95) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 72,6 (14,83) | 78 (40-90) | |
| Quimioterapia | Não | 73,8 (11,68) | 76 (41-97) | 0,993* |
| | Sim | 73,91 (11,28) | 76 (40-95) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 77 (4,24) | 77 (74-80) | 0,803** |
| | Neoadjuvante | 72,36 (11,26) | 74 (54-95) | |
| | Adjuvante | 74,63 (10,75) | 78 (40-85) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 73,31 (13,45) | 75 (47-90) | |
| Status | Tratamento | 71,19 (12,35) | 72 (40-97) | 0,007* |
| | Seguimento | 75,33 (10,80) | 79 (41-96) | |
| Tempo Tratamento | <= 12 meses | 70,37 (12,12) | 72 (40-90) | 0,004** |
| | > 12 e <= 36 meses | 75,91 (11,34) | 78 (46-97) | |
| | > 36 meses | 77,02 (9,54) | 79 (45-95) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 75,17 (10,77) | 77 (45-96) | 0,0681** |
| | Parou depois do diagnóstico | 74,1 (11,37) | 75 (42-97) | |
| | Fumava antes e continua | 72,06 (14,77) | 76 (41-88) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 72,32 (11,30) | 76 (40-91) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 74,78 (11,56) | 78 (41-97) | 0,299** |
| | Parou depois do diagnóstico | 72,47 (10,78) | 74,5 (42-95) | |
| | Bebia antes e continua | 74,68 (13,20) | 78 (40-96) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela 33 a correlação de Spearman não teve significância.

Tabela 33 - Correlação de Spearman para o domínio FACT-G. Barretos, (SP) 2015

| R | p valor |
|---------|---------|
| - 0,058 | 0,454 |

No modelo de regressão FACTG, a qualidade de vida de pacientes com renda a partir de dois salários mínimos foi melhor comparada ao seu referencial. Isto também ocorreu em relação ao tempo de tratamento a partir de 12 meses (tabela 34).

Em contrapartida no nível educacional analfabeto ($p= 0,015$) mais uma vez houve decréscimo na qualidade de vida.

Tabela 34- Modelo final de regressão múltipla QV FACTG . Barretos (SP), 2015.

| | B | Erro Padrão | Beta | p valor |
|---|--------|-------------|--------|---------|
| Constante | 67,497 | 1,94 | - | 0 |
| Renda salarial: > = 2 e < = 3 salários | 5,43 | 2,033 | 0,232 | 0,008 |
| Renda salarial: > 3 salários | 6,256 | 3,112 | 0,212 | 0,046 |
| Tempo Tratamento: > 12 e <36 meses | 6,466 | 2,165 | 0,24 | 0,003 |
| Tempo Tratamento > 36 meses | 6,151 | 2,027 | 0,242 | 0,003 |
| Nível Educ. Analfabeto | -8,137 | 3,314 | -0,191 | 0,015 |
| Nível Educ. Ensino Médio | -0,371 | 2,093 | -0,015 | 0,86 |
| Nível Educ. Ensino Superior | 1,506 | 3,099 | 0,048 | 0,628 |

$R^2=0,317$

- Para a variável renda salarial a referência é menor que 2 salários
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que dois meses
- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental

Fonte: Dados coletados pela autora

6.2.8 Resultados do domínio FACT-HN (BEF +BESF+ BEE+ BEFunc+ PACP) do FACT-HN

De acordo com a tabela 35 a seguir, a etnia, o nível educacional, atividade profissional e a renda salarial tiveram significância estatística.

Tabela 35- Distribuição dos dados sociodemográficos , análise univariada FACT-HN. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|--------------|------------|--------------|-------------------|---------|
| Sexo | Masculino | 95,98(15,64) | 97,00(52-127) | 0,458* |
| | Feminino | 97,02(17,10) | 102,00(50-125) | |
| Etnia | Branco | 98,92(16,14) | 102,00(50-127) | 0,013* |
| | Não Branco | 93,14(15,96) | 93,17(52-121) | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---------------|----------------|-----------|
| Estado civil | Solteiro | 95,72(16,10) | 99,50(52-122) | 0,699** |
| | Casado(a) | 97,75(15,84) | 100,00(50-127) | |
| | União estável | 97,59(16,18) | 98,88(59-121) | |
| | Viúvo(a) | 93,45(18,42) | 99,00(60-110) | |
| | Divorciado(a) | 93,07(17,03) | 93,00(63-120) | |
| Religião | Católico | 96,96(15,02) | 99,50(52-127) | 0,744* |
| | Não Católico | 94,85(19,09) | 97,00(50-125) | |
| Nível Educacional | Analfabeto | 81,99(16,57) | 87,00(52-104) | 0,000** |
| | Ensino fundamental | 94,80(14,53) | 96,00(50-121) | |
| | Ensino médio completo | 98,93(16,30) | 102,00(59-125) | |
| | Superior | 103,67(14,09) | 107,00(71-127) | |
| Atividade Profissional | Em atividade | 102,01(16,46) | 104,50(52-127) | 0,000* |
| | Inativo - incluindo o trabalho em casa (do lar) | 93,78(15,45) | 95,00(50-125) | |
| Renda salarial | < 2 salários | 89,57 (17,01) | 90 (52-125) | <0,0001** |
| | > = 2 e <= 3 Salários | 98,71 (14,7) | 102 (50-120) | |
| | > 3 Salários | 105,98(12,72) | 108 (71-127) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

Na tabela 36, as variáveis clínicas: tipo de câncer (p=0,004), estadiamento (p=0,003), cirurgia (p=0,059), radioterapia (p=0,002), quimioterapia (p=0,045), status (p=0,001), tempo de tratamento (p=0,002), tabaco (p= 0,115) e álcool (p=0,009), destacam-se pelos valores significativos.

Tabela 36- Distribuição dos dados clínicos, análise univariada FACT-HN. Barretos (SP), 2015.

| | | Média (DP) | Mediana (min-máx) | p valor |
|-----------------------|---------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| Tipo de câncer | Cavidade Oral | 94,20(15,65) | 96,00(52-127) | 0,004** |
| | Laringe | 93,29(17,03) | 95,00(50-121) | |
| | Tireoide | 101,95(14,57) | 104,00(59-125) | |
| Estadiamento | I | 100,29(16,78) | 106,00(58-127) | 0,003** |
| | II | 99,54(12,89) | 101,00(70-125) | |
| | III | 94,39(14,61) | 96,00(59-120) | |
| | IV | 88,34(17,72) | 92,00(50-120) | |
| Cirurgia | Não | 91,78(17,84) | 93,50(52-125) | 0,059* |
| | Sim | 97,63(15,56) | 101,00(50-127) | |
| Radioterapia | Não | 100,47(15,29) | 103,00(59-127) | 0,002* |
| | Sim | 93,09(16,22) | 95,00(50-121) | |

| | | | | |
|---------------------------|--|----------------|----------------|---------|
| Tipo Radioterapia | Exclusiva | 91,08(21,10) | 97,00(52-120) | 0,863** |
| | Neoadjuvante | 98,00(12,70) | 96,00(85-121) | |
| | Adjuvante | 92,11(15,66) | 92,00(50-117) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 94,68(16,02) | 97,00(59-120) | |
| Quimioterapia | Não | 97,56(17,04) | 102,00(50-127) | 0,045* |
| | Sim | 93,59(13,71) | 95,50(59-120) | |
| Tipo Quimioterapia | Exclusiva | 97,00 (-) | 97,00(97-97) | 0,882** |
| | Neoadjuvante | 93,03(13,72) | 91,33(75-117) | |
| | Adjuvante | 92,26(13,47) | 97,50(59-109) | |
| | Neoadjuvante e adjuvante | 95,58(15,04) | 95,50(63-120) | |
| Status | Tratamento | 91,82 (15,68) | 91,16 (52-127) | 0,001* |
| | Seguimento | 98,88 (15,99) | 102 (50-122) | |
| Tempo Tratamento | <= 12 meses | 91,82 (16,37) | 92 (50-122) | 0,002* |
| | > 12 e <= 36 meses | 97,64 (15,73) | 100 (59- 125) | |
| | > 36 meses | 101,65 (14,84) | 104 (53-127) | |
| Tabaco | Nunca fumou | 100,05(15,66) | 103,00(53-122) | 0,115** |
| | Parou depois diagnóstico | 95,30(14,84) | 97,00(58-127) | |
| | Fumava antes do diagnóstico e continua | 92,17(21,10) | 95,50(50-120) | |
| | Parou antes do diagnóstico | 94,04(15,72) | 96,00(59-121) | |
| Álcool | Nunca bebeu | 98,96(16,68) | 102,00(50-125) | 0,009** |
| | Parou depois do diagnóstico | 92,47(14,22) | 92,50(52-117) | |
| | Bebia antes do diagnóstico e continua | 98,64(18,01) | 102,00(59-127) | |

Fonte: Dados coletados pela autora

No domínio FACT-HN, também não houve correlação de Spearman de forma significativa.

Tabela 37 Correlação de Spearman para o domínio FACT-HN. Barretos, (SP) 2015.

| R | p valor |
|--------|---------|
| -0,144 | 0,62 |

Fonte: Dados coletados pela autora

No domínio FACT-HN mais uma vez ocorreu um decréscimo na qualidade de vida para os pacientes analfabetos ($p=0,003$). A qualidade de vida será melhor para

os que apresentaram renda a partir de dois salários mínimos e tempo de tratamento maior que trinta e seis meses, de forma análoga ao FACTG (tabela 38).

Tabela 38 Modelo final de regressão múltipla QV FACT-HN. Barretos (SP), 2015.

| | B | Erro padrão | Beta | p valor |
|---|----------|--------------------|-------------|----------------|
| Constante | 87,197 | 2,586 | | 0 |
| Nível Educ. Analfabeto | -12,408 | 4,181 | -0,223 | 0,003 |
| Nível Educ. Ensino Médio | 0,745 | 2,807 | 0,021 | 0,791 |
| Nível Educ. Ensino Superior | 3,376 | 4,157 | 0,078 | 0,418 |
| Renda salarial: > = 2 e < = 3 salários | 7,198 | 2,7 | 0,221 | 0,009 |
| Renda salarial: > 3 salários | 11,526 | 4,167 | 0,281 | 0,006 |
| Tempo Tratamento > 12 e < 36 meses | 7,253 | 2,88 | 0,195 | 0,013 |
| Tempo Tratamento: > 36 meses | 8,544 | 2,7 | 0,243 | 0,002 |

$R^2=0,317$

- Para a variável renda salarial a referência é menor que 2 salários
- Para a variável tempo de tratamento a referência é menor que dois meses
- Para a variável nível educacional a referência é ensino fundamental

Fonte: Dados coletados pela autora

7 DISCUSSÃO

Focalizando a avaliação e tratamento dos pacientes mais do que apenas na doença, inúmeros estudos têm tido como objetivo utilizar questionários de qualidade de vida para obter informações relacionadas a aspectos pessoais, sociais, assim como medidas que avaliam a incapacidade e bem-estar psicológico (FURIA, 2006; SCHINDLER et al.,2006; DORNFELD et al.,2007).

Conforme já exposto, diversos questionários são utilizados para a avaliação de qualidade de vida. Neste estudo, optamos pelo FACTH- HN, em consonância com outros autores (LIST et al.,1996; TRIVEDI et al, 2008), o mesmo não se restringe apenas a período terapêutico, portanto, pode ser utilizado tanto no pré e/ou pós tratamento, quanto durante a própria evolução da doença.

A escolha do instrumento específico para CCP FACT-HN ocorreu por este ser um instrumento multidimensional, considerado de fácil aplicação, com tempo médio de entrevista de 10 minutos, sendo validado na língua portuguesa (VARTAIN et al., 2007). Segundo (DE SOUZA et al., 2013) o uso de questionários para avaliar QV mostra-se eficiente desde que sejam específicos para pacientes com câncer.

A consistência interna do FACT-HN, foi realizada por meio do teste de alpha de Cronbach, conforme tabela 5. Em trabalhos similares tivemos $\alpha = 0,89$.

O perfil dos 170 pacientes do estudo está de acordo com o encontrado na literatura para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Tivemos a maioria do sexo masculino, casados, etilistas, fumantes, com a média de idade de cada câncer também condizente com a literatura (MACIEL, 2010; MANFRO et al.,2006; LOTEMPIO et al., 2005).

Sabemos que o desenvolvimento do CCP é resultado da interação de fatores ambientais e herança genética, o que o define como uma doença multifatorial. Tabaco e álcool são importantes fatores de risco no desenvolvimento da doença (HADDAD; SHIN, 2008). A prevalência no sexo masculino permanece, entretanto a incidência atual na população feminina passa por mudanças devido ao crescente hábito de fumar, desde a década de 60 (DE SOUZA et al., 2013).

Na variável tabaco tivemos valores significativos pela análise univariada, nos domínios BEE ($p= 0,063$), no PACP ($p=0,009$) e no FACT-HN ($p= 0,115$) e o álcool nos domínios PACP ($p=0,001$) e FACT-HN ($p= 0,009$), contudo não houve

significância estatística na qualidade de vida diante da análise multivariada em nenhum domínio.

No trabalho de Maciel (2013) o tabagismo associou-se ao FACT-HN e ao FACT-G, entretanto essa associação permaneceu na análise multivariada para o FACT-G. Em FURIA (2006) essa associação aconteceu nos três domínios globais. Em ambos o resultado foi diferente da amostra do estudo. Acredita-se que o fato dos pacientes em questão, em sua maioria, optarem por cessar hábitos de tabagismo e alcoolismo ao associa-lo ao câncer, tenha influenciado nesse resultado. Logo, este não é mais um fator que influencia a qualidade de vida diante da necessidade de tratar um câncer.

A variável sexo foi significativo no BEF e no BEE de formas opostas. No BEF as mulheres apresentaram menor qualidade de vida em relação aos homens. O domínio BEF questiona sintomas relativos a dor, sensação de falta de energia, incomodo aos efeitos colaterais e a necessidade de deitar à noite. Já no domínio BEE (enfrentamento da doença; tristeza; preocupação com a morte).

No estudo a etnia categorizada em brancos e não brancos, não influenciou a QV nos domínios globais, mas no BEE vimos que os não brancos atingem melhor QV. Na literatura não encontramos dados similares.

Em relação ao nível educacional tivemos 40% dos pacientes com ensino fundamental completo. Esta variável foi significativa em seis domínios (BEF, BESF, BEE, BEFunc, PACP, TOI, FACT-G, FACT-HN) influenciando de forma negativa na qualidade de vida. Diante de pacientes com maior nível educacional, conseqüentemente há mais recursos financeiros, melhores empregos e benefícios para tratar a saúde e aposentadoria. Esses fatos podem ser responsáveis pela melhor QV em pacientes que cursaram o ensino médio e o ensino superior (ANGELO; MEDEIROS; BIASI, 2010), o que condiz com o resultado do estudo pois pacientes analfabetos tiveram decréscimo na qualidade de vida em seis domínios. No estudo de Maciel (2010) houve essa significância para os escores globais, assim como nos achados de Furia (2006).

Quando analisamos a atividade profissional, Conway (2010) relata a associação da profissão (atividades ocupacionais manuais, renda baixa, classe-social ocupacional baixa, baixa escolaridade e até o desemprego) com o maior risco de desenvolver câncer de cabeça e pescoço. No domínio BEE este foi fator positivo na qualidade de vida, o que não aconteceu nos domínios BESF e PACP. O maior

número de pacientes concentram o tipo de trabalho em serviços sociais e em trabalho rural. Há estudos que tentam relacionar a ocupação do paciente com o tipo de câncer. Andreotti (2006) encontrou uma relação positiva entre o emprego em oficinas mecânicas e a ocupação de mecânico de automóveis com o risco para câncer de cavidade oral e orofaringe. Para nosso estudo é interessante pensar na possibilidade de que para o paciente com sequelas na imagem (seja por cicatriz na face, traqueostomia, entre outros) ficar em casa o faz ter uma qualidade de vida melhor do que quando exposto à sociedade. Assim, estar fora do convívio social provocado pelo trabalho torna-se algo positivo para o mesmo.

Diante de pacientes com maior nível educacional, conseqüentemente há mais recursos financeiros, melhores empregos, além de benefícios para tratar da saúde e aposentadoria. Tais fatores podem ser responsáveis pela melhor QV em pacientes que cursaram o ensino médio e o ensino superior (ANGELO; MEDEIROS; BIASI, 2010), o que condiz com o resultado do estudo pois os pacientes analfabetos tiveram decréscimo na qualidade de vida em seis domínios. O mesmo ocorre com a renda salarial dos entrevistados, os quais tiveram significância estatística em quatro domínios, evidenciando o acréscimo na qualidade de vida daqueles que possuem renda salarial acima de dois salários mínimos.

Tumores de cabeça e pescoço normalmente também resultam em algum grau de disfunção de fala, deglutição, respiração, bem como na desfiguração da aparência. Entende-se que alterações na função e na aparência podem ter um impacto significativo sobre a autoimagem, com possibilidade de atingir a área psicossocial da vida do paciente. O domínio PACP é parte específica de questões relativas ao CCP. Ele avalia dentre outros itens, a questão da imagem (Questão HN6- Estou descontente com o aspecto do meu rosto e/ou pescoço). No estudo, o PACP teve destaque ao apontar seis variáveis preditoras de QV (nível educacional, atividade profissional, renda, tipo de câncer, estadiamento, cirurgia e tempo de tratamento). Com escore de 0 a 36, obtive na pesquisa média de 22,52 com mediana de 23,00 (mínimo de 4, e máximo de 34).

Devemos destacar que apenas no PACP, as variáveis clínicas (tipo de câncer, estadiamento e cirurgia) foram estatisticamente significativas. Esse dado corrobora com a literatura, pois via de regra, tumores mais avançados necessitam de tratamento multimodal (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) o que

consequentemente pode levar a sequelas determinando uma pior QV (TSCHIESNER et al., 2009).

Especificamente no estudo, o paciente com neoplasia de laringe apresentou melhor QV. Podemos associar esse resultado ao acompanhamento multiprofissional, no caso fonoaudiólogo, o qual todos sem exceção, são encaminhados para consulta no ambulatório. Esse acompanhamento é de suma importância pois visa a preservação ou readaptação das funções comunicativas do indivíduo, amenizando as sequelas e consequentemente o impacto na QV (DE CAMPOS; LEITE, 2010).

A cirurgia também foi preditora de melhor qualidade de vida no domínio PACP em relação aos outros tratamentos. Ela é a principal opção de tratamento para doença primária, secundária e recorrente (BOEHM et al., 2010). Com novas técnicas cirúrgicas, como a cirurgia robótica, temos uma redução na taxa de traqueostomia, o que permite uma recuperação mais rápida em funções básicas como a deglutição oral, assim como, internações mais curtas (HANS et al., 2012).

A radioterapia foi a segunda escolha de tratamento mais usada. Hoje usa-se a radioterapia de intensidade modulada (IMRT), que é vista como vantajosa em comparação às técnicas tradicionais como radioterapia convencional (2D) e radioterapia conformada (3D), pois consegue oferecer uma cobertura mais homogênea da dosagem e uma redução da exposição dos tecidos adjacentes ao tratamento. Quanto maior a dose, maior será o controle do tumor e melhor será a taxa de sobrevivência (DUPREZ et al., [s.d.]

8 CONCLUSÃO

Hoje os centros de saúde, públicos ou não, não estão preparados para receber a grande demanda de pacientes com câncer. No estudo, o hospital onde foram realizadas as entrevistas, comprovamos esta questão ao conversarmos com pacientes oriundos de locais com mais de dois mil km de distância, que tinham como referência o HCB. Diante disso, observa-se a diversidade da amostra em questões relativas a variáveis sociodemográficas e principalmente o fato das mesmas serem mais significativas que as variáveis clínicas.

A qualidade de vida da amostra foi considerada satisfatória. As questões relacionadas ao nível educacional, renda e tempo de tratamento (>12 meses) mostraram como preditoras de qualidade de vida em grande parte dos domínios. Em relação a fatores limitantes no estudo, que poderiam qualificar melhor a amostra, não houve busca por fatores que influenciam o desenvolvimento do CCP além do tabagismo e alcoolismo, como vírus HPV e alimentação. Podemos pontuar também que as especialidades (fonoaudiologia principalmente) exercem influência primordial na reabilitação e o estudo não contemplou com dados estatísticos esse fato. Por último, é interessante acrescentar que mesmo se tratando de cânceres da região de cabeça e pescoço, o câncer de tireoide possui características, como estadiamento e sintomatologia precoce, que diferenciam a conduta e até mesmo a caracterização da qualidade de vida do paciente acometido em relação aos outros sítios – cavidade oral e laringe.

Os resultados da pesquisa permitiram identificar quais fatores devem ser vistos com maior cuidado no atendimento oncológico. Destaca-se o fato do tempo de tratamento ser a variável mais significativa no instrumento, logo, o paciente só conseguirá uma qualidade de vida satisfatória ao decorrer do seu tratamento, especificamente após 12 meses. Ao analisarmos o trabalho feito pela equipe multiprofissional, em especial o papel do enfermeiro oncológico, vimos que a produção de saúde está relacionada com a produção de sujeitos autônomos e protagonistas diante de sua doença que se dá na prática entre os sujeitos desse processo – trabalhadores/equipe de saúde/familiares/gestores.

A detecção tardia de um CCP devido à desinformação, não detecção de sintomas, dificuldade no atendimento, falta de estrutura e profissionais, além da falta de programas de promoção e prevenção da saúde (campanhas preventivas;

incentivo ao autoexame) demandam tratamentos mais avançados que exigirão associar cirurgia, radioterapia e quimioterapia, reduzindo a qualidade de vida desses pacientes. É necessário focar em ações que antecipem a qualidade de vida, vista apenas no momento em que o tratamento já classifica-se em seguimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo realizamos a coleta de dados em pacientes que já haviam iniciado o tratamento e após o tratamento (seguimento). Assim, por meio de uma escolha aleatória diante do fluxo de atendimentos, do ambulatório de cabeça e pescoço, a entrevista foi feita naqueles que haviam ao menos realizado uma sessão de QT, RT e procedimento cirúrgico, ou então que se enquadravam em situação de seguimento. Essa escolha teve como intuito abranger esses dois grandes grupos – tratados ou em tratamento - e principalmente em não restringir apenas um período terapêutico (antes, durante, após).

É necessário evidenciar que ao escolhermos um hospital referência em tratamento oncológico que oferece atendimento público e gratuito, por meio do SUS, consequentemente contribuiu com que a logística do estudo se concretizasse sem dificuldade.

Em 2014, segundo o registro do próprio hospital, 11022 atendimentos foram realizados, sendo 938 apenas ao paciente com CCP.

Os pacientes que tratam no HCB possuem um perfil diferenciado dos demais, pois fazem do hospital um local que vai além do conceito casual de local de atendimento. O que vemos e sentimos ao conversar com esses pacientes é que os mesmos sentem-se seguros e passam a ter uma perspectiva futura, pois unem de forma irreparável:

- ✓ confiança no tratamento ofertado; ou seja, acreditam que no HCB terão a chance de receber, seja em qual for a categoria, o melhor tratamento e o mais recente disponível;
- ✓ o bem-estar resultante do processo de humanização inserido no hospital; este para os pacientes é algo de orgulho, algo que ameniza o sofrimento causado pela doença e os insere como parte importante na busca pela cura.

É nítido o sentimento de gratidão envolto pelos mesmos durante o tratamento. O processo de humanização consegue ir além do bom relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes. O adequado conhecimento das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com CCP, deve ser, portanto, foco de interesse dos profissionais de saúde que irão oferecer cuidado aos mesmos.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K., S. AHMEDZAI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst**, v.85, n.5, p.365-76. 1993.

ACHETTE, D. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe no pós-operatório tardio. **Boletim Eletrônico SBPO**, v. 4, n. 3, p. 1–7, 2009.

ALACACIOGLU, A. et al. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.18, n.4, p.417-21, abr. 2010.

ANDREOTTI M, RODRIGUES NA, CARDOSO LMN, FIGUEIREDO RAO, NETO JE, FILHO VW. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública* 2006 mar.; 22(3): 543-552

ANGELO, A. R.; MEDEIROS, A. C. DE; BIASI, R. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. **Rev Odontol UNESP (Online)**, v. 39, n. 1, p. 1–7, 2010.

ARGIRIS A, KARAMOUZIS MV, RABEN D, FERRIS RL. Head and neck cancer. **Lancet**, 371, p.1695-709, 2008.

BRANDÃO A, RIBEIRO A, COTRIM G, VINHAS I, MORAES N, VAZ P, et al. Subjetividade. *Psicologia, RedePsi, O seu Portal de Psicologia*. 2007. Disponível em: URL: <http://www.redepsi.com.br/portal>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativa 2016 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Instituto Nacional de Câncer**. Portaria GM/MS Nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2005; 9 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2008.

BISHT M, BIST SS. Human papilloma virus: a new risk factor in a subset of head and neck cancers. **J Cancer Res Ther**. v.7, n.3, p.251-5, 2011.

BOEHM, A. et al. Aktuelle Therapieoptionen bei rezidivierenden Kopf-Hals-Tumoren. **HNO**, v. 58, n. 8, p. 762–769, 1 ago. 2010.

BJORDAL, K. E S. KAASA. Psychometric validation of the EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. **Acta Oncol**. v.31, n.3, p.311-21. 1992.

BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BUSABA, N. Y, SCHAUMBER, D. A. Predictor of prolonged length of stay after major elective head and neck surgery. **Laryngoscope**. v.117, n.10, p. 1756-63, 2007.

CARVALHO, M. B. :**Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia**. Atheneu, São Paulo, 2001.

CONDUTAS DO INCA/MS. Carcinoma epidermóide da Cabeça e Pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**,v.4, n.47, p.361-37, 2001.

DAVIES, L.; WELCH, G. Epidemiology of Head and Neck Cancer in the United States. **Otolaryngol Head Neck Surg**, 135 (3), p. 451-7, 2006.

DEDIVITIS RA, FRANÇA CM, MAFRA ACB, GUIMARÃES FT, GUIMARÃES AV. Características Clínico-Epidemiológicas no Carcinoma Espinocelular de Boca e Orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.70, n.1, p.35-40, 2004.

DE CAMPOS, R. J. D. S.; LEITE, I. C. G. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. **Revista Cefac**, v. 12, n. 4, p. 671–677, 2010.

DE PAULA, F. C.; GAMA, R. R. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 38, n. 3, p. 177–182, 2009.

DE SOUZA, F. R. N. et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à radioterapia para tratamento de lesões malignas de cabeça e pescoço. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 2, n. 5, 2013.

DORNFELD K, SIMMONS JR, KARNELL L. Radiation doses to structures within and adjacent to the larynx are correlated with long-term diet-and speech- related quality of life. **Int J radiation Oncology Biol Phys**. 2007;68(3):750-7.

DUPREZ F, MADANI I, BONTE K, BOTERBERG T, VAKAET L, DERIE C, et al. Intensity-modulated radiotherapy for recurrent and second primary head and neck cancer in previously irradiated territory. **Radiother Oncol**, v.93. n.3, p.563-9, 2009.

FAYERS P, AARONSON N, BJORDAL K. On behalf of the EORTC Quality of Life Study Group. **QLQ-C30 Scoring Manual**, 1ed. Brussels: 1995.

FERNANDES, K. P. Aspectos Psicológicos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Em: FILHO, VIGILIUS J. F. ARAÚJO; BRANDÃO, LENINE GARCIA & FERRAZ, ALBERTO R, **Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo,1999.

FURIA CLB. Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo: estudo multicêntrico. [doutorado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

GIESLER RB. Assessing quality of life in patients with cancer. **Curr Probl Cancer**. v.24, p.58-92, 2000.

GOTAY CC, MOORE TD. Assessing quality of life in head and neck cancer. **Qual Life Res**; n.1,p.5-17, 1992.

GLIKLICH RE, GOLDSMITH TA, FUNK GF. Are head and neck specific quality of life measures necessary. **Head Neck**; n.19, p.474-80, 1997.

GUYATT GH, FEENY DH, PATRICK DL. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, v.118, p.622-9, 1993.

HASSAN SJ, WEYMULLER EA JR. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. **Head Neck**; n.15, p.485-96, 1993

HADDAD, R. I.; SHIN, D. M. Recent Advances in Head and Neck Cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 11, p. 1143–1154, 11 set. 2008.

HANS, S. et al. Transoral robotic surgery for head and neck carcinomas. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 269, n. 8, p. 1979–1984, 1 ago. 2012.

IRISH, J.; O´SULLIVAN, B.; SIU, L.; LEE A. Câncer de cabeça e pescoço. In: POLLOCK, R.E et al.; **Manual de oncologia clínica da UICC**. 8.ed.São Paulo: Fundação de São Paulo, cap.15, p.331-355, 2006.

LIST MA, D'ANTONIO LL, CELLA DF, SISTON A, MUMBY P, HARAF D ET AL. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale- a study of utility and validity. **Cancer**. 1996;77(11):2294-301.

LOTEMPIO MM, WANG KH, SADEGHI A, DELACURE MD, JUILLARD DF, WANG MB. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. **Otolaryngol Head and Neck Surg**. 2005; 132(6):948-53

LOSI-GUEMBAROVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.393-400, 2009.

MACIEL, C. T. V. et al. Análise da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe em hospital de referência na região Sudeste do Brasil. **Therapy (FACIT)**, v. 5, p. 7, 2013.

MANFRO G, DIAS FL, SOARES JRN, LIMA RA, REIS TI. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermoide de laringe. **REV BRAS CANCEROL**. 2006;52(1):17-24.

MELO, L. C. et al. Perfi

NALBADIAN, M., NIKOLAOU, A., NIKOLAIDIS, V., PETRIDIS, D., THEMELIS, C. & DANIILIDIS, I. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. **European Archives Of Otorhinolaryngology**, n.258, p.336-340, 2001.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK NCCN. **Clinical practice guidelines in oncology**: head and neck cancers, v. 2, 2008. Acesso em Nov 08 2014. Disponível em: <http://www.nccn.org>.

NUCCI, N. A. G. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OSOBA D. A taxonomy of the uses of health-related quality of life instruments in cancer care and the clinical meaningfulness of the results. **Med Care**, n.40 Suppl IIIp.31-8, 2002.

PARK, S. H. et al. Quality of life in patients with advanced gastric cancer treated with second-line chemotherapy. **Cancer Chemotherapy and Pharmacology**, Berlin, v.57, n.3, p.289-94, feb. 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 5 ed., 2011.

RAITIOLA, H. & PUKANDER, J. Symptoms of Laryngeal Carcinoma and their Prognostic Significance. **Acta Oncologica**, v.2, n.39, p.213-216, 2000.

RAPOPORT, A. et al. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de boca. In: associação médica brasileira; conselho federal de medicina. Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.amb.org.br/projetodiretrizes/100diretrizes/CANCERBOCA.pdf>. Acesso em: 15 SET 2014.

RISBERG-BERLIN, B., RYDÉN, A., MÖLLER, R. Y. & FINIZIA, C. Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. **Bmc Ear, Nose And Throat Disorders**, v.9, n.8, 2009. Disponível no site biomedcentral. Acesso em: 13 set 2014.

RINGASH J, BEZJAK A. A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. **Head Neck**; n.23, p.201-13, 2001.

RIZZOTTO MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enferm**, n.2, p.196-9, 2002

ROGERS SN, GWANNE S, LOWE D, et al. The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington Quality of Life scale. **Head Neck**. v.24, p.520-9, 2002.

SANTOS RC, DIAS RS, GIORDANI AJ, SEGRETO RA, SEGRETO HR. Mucositis in head and neck cancer patients undergoing radiochemotherapy. **Rev Esc Enferm USP**, v.45. n.6, p.1338-44, 2011.

SAWADA, N. O. Qualidade de Vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. 2002. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA, N. O. et. al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.581-7, 2009.

SHIN DM, KHURI FR. Advances in the management of recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. **Head Neck**, 2011.

SPRANGERS MAG, DE REGT EB, ANDRIES F, ET AL. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **J Clin Epidemiol** 2000; 53:895-907.

SCHINDLER A, FÁVERO E, NUDO S, ALBERA R, SCHINDLER O, CAVALO AL. Long-term voice and swallowing modifications after supracricoid laryngectomy: objective, subjective, and self-assessment data. **Am J Otolaryngol and Medicine and Surg.** 2006;27(6):378-83.

SUZUMURA DN, SCHLEDER JC, TOPANOTTI MS, Lima IS, Filho WW, Costa C, Oliveira BV. Estudo epidemiológico de pneumonia nosocomial em pacientes submetidos a pelveglossomandibulectomia. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço**, 41(3): 113-117, 2012

TACHEZY R, KLOZAR J, RUBENSTEIN L, SMITH E, SALÁKOVÁ M, SMAHELOVÁ J, ET AL. Demographic and risk factors in patients with head and neck tumors. **J Med Virol**, v.81, n.5, p.878-87, 2009.

TEIXEIRA, A. K. M. et al. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Rev bras cancerol**, v. 55, n. 3, p. 229–36, 2009.

TSUNODA, A. et al. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. **International Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v.10, n.6, p.411-7, dec. 2005.

TRIVEDI N, SWAMINATHAN DK, KURIAKOSE MA ET AL. Comparison of quality of life in advanced laryngeal cancer patients after concurrent chemotherapy vs total laryngectomy. **Otolaryngol Head and Neck Surg.** 2008;139:702-7.

TSCHIESNER, U. et al. Evaluating sequelae after head and neck cancer from the patient perspective with the help of the International Classification of Functioning, Disability and Health. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 266, n. 3, p. 425–436, 1 mar. 2009.

VARTANIAN JG, CARVALHO AL, FÚRIA CLB, CASTRO JR GC, ROCHA CN, SINITCOVISKY IML, TOYOTA, JULIA; KOWALSKI, IVONETE S. G; FEDERICO, MIRIAM HATSUE HONDA; KOWALSKI, LUIZ PAULO. Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil / Questionnaires validated in the Brazilian population for evaluation of the Quality of Life in patients with head and neck cancer. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v.36, n.2. p.108-15, 2007.

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**; 28:115-21, 2006.

VIEIRA V.P, DE BIASEN, PECCIN M.S, ATALLAH N.A. The research questions and methodological adequacy of clinical of the voice and larynx in Brazilian and international journals. **J Eval Clin Pract**, v.15, n.3 p.473 – 7, 2009.

VILAR, C.M.C.; MARTINS, I.M. Câncer de cabeça e pescoço. In Vieira, S.C., LUSTOSA, A.M.L., BARBOSA, C.N.B., TEIXEIRA, J.M.R., BRITO, L.X.E., SOARES, L.F.M. & FERREIRA, M.A.T. **Oncologia Básica**. Ed.1. Teresina: Fundação Quixote, p. 9-22, 2012.

WHOQOL Group 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**.; v.41, 1403-9, 1995.

WEYMULLER EA JR, ALSARRAF R, YUEH B, DELEYIANNIS FWB, COLTRERA MD. Analysis of the performance characteristics of the University of Washington Quality of Life instrument and its modification (UW-QOL-R). **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** v.127, p.489-93, 2001.

KING CR, HINDS PS. Quality of life from nursing and patients perspective: theory, resarch, practice. Boston: **Jones and Bartlett Publishers**, 1998.

KOWALSKI LP. Câncer De Cabeça E Pescoço. In: ANGELIS, EC, FÚRIA, CLB, MOURÃO LF, KOWALSKI LP. Editor. Atuação da Fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço. São Paulo: **Lovise** p. 19-25, 2000(a).

KOWALSKI LP. Base do tratamento dos principais tumores de cabeça e pescoço. In: ANGELIS, EC, FÚRIA, CLB, MOURÃO LF, KOWALSKI LP, Editor. Atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: **Lovise** p. 26-31, 2000(b).

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO: Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes ao tratamento oncológico de cabeça e pescoço.

PESQUISADORES:

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva
Janaína Santos Paulista
Elizabeth Barichello
Eliane Marçon Barroso

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Após analisar as informações deste Termo de Consentimento e esclarecer todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar uma decisão sobre sua participação ou não neste estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento com os seus familiares ou outras pessoas que são de sua confiança.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

Dentre os vários tipos de câncer, o de cabeça e pescoço a cada ano atinge um número considerável de pacientes e a doença e/ou tratamento podem estar relacionados a alguns sintomas como dor, cansaço, tristeza, enjôo, dificuldade de se alimentar e estar junto de quem se gosta, prejudicando o dia a dia dos pacientes e interferindo na sua qualidade de vida. Para compreendermos melhor como estas alterações interferem na sua qualidade de vida realizaremos algumas perguntas com o objetivo de identificar tais alterações e assim obter informações válidas e confiáveis que poderão contribuir para o tratamento dos pacientes.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, observando o que pode influenciar na vida dos pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

RUBRICAS: Participante / Responsável Pesquisador
VERSÃO: Versão 1.0, de 10/03/15

Testemunha

Página 89

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Para a pesquisa, você será entrevistado por um pesquisador e responderá algumas perguntas do questionário sobre qualidade de vida (**FACT-HN**). Além desse questionário, o pesquisador fará algumas perguntas sobre você, sua vida e sua doença, e algumas informações pesquisaremos no prontuário. Acreditamos que você irá gastar aproximadamente de 15 a 30 minutos para responder os questionários da pesquisa.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Como não haverá coleta de material biológico, realização de exames complementares e uso de medicamentos, os riscos deste estudo são mínimos. No entanto, algumas questões poderão fazer você lembrar-se de situações ruins e causar desconforto emocional. Caso necessário, você será encaminhado para atendimento psicológico do Hospital de Câncer de Barretos.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você, mas ao final deste estudo, as informações que ele gerar, poderão trazer benefícios futuros a outros pacientes.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?

Esta é uma pesquisa com questionários, a opção é não participar do estudo.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer de problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano por causa do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano por causa do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação;
- 9) Ter acesso aos resultados dos questionários realizados durante o estudo;
- 10) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 11) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);

- 12) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador;
- 13) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você;

RUBRICAS: Participante / Responsável Pesquisador
VERSÃO: Versão 1.0, de 10/03/15

Testemunha

Página 2

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone (tel: (17) 3321-0347 ou (17) 3321-6600 - ramal 6647), email (cep@hcancerbarretos.com.br) carta (Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Instituto de Ensino e Pesquisa, 14784-057) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 5ª feira, das 8h00 às 17h00, e 6ª feira, da 8h00 às 16h00. O horário de almoço é de 12h00 às 13h00.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o pesquisador responsável. As formas de contato estão abaixo:

Nome do pesquisador: Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva, Janaína Santos Paulista

Formas de contato: (17) 3321-6600, ramal 7009

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém leu para mim. Tive o tempo necessário para pensar, fazer perguntas e falar a respeito do estudo com outras pessoas. Autorizo a minha participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

CAMPO DE ASSINATURAS

Nome por extenso do participante de
pesquisa ou do representante legal

Data

Assinatura

Nome por extenso do pesquisador

Data

Assinatura

Nome por extenso da testemunha
imparcial (para casos de analfabetos,
semi-analfabetos ou portadores de
deficiência visual)

Data

Assinatura

RUBRICAS: Participante / Responsável Pesquisador
VERSÃO: Versão 1.0, de 10/03/15

Testemunha

Página 91

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

| | | | |
|--|---|----|--------------|
| Janaina Santos Paulista | | | |
| Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao tratamento oncológico de cabeça e pescoço | | | |
| DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | |
| 1 | ID | 1 | |
| 2 | Nome Descrever; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 2 | |
| 3 | RH | 3 | |
| 4 | Data da coleta DD/MM/AAAA | 4 | ___/___/____ |
| 5 | Data de nascimento DD/MM/AAAA | 5 | ___/___/____ |
| 6 | Cidade em que reside atualmente Descrever; 99- Ignorado | 6 | |
| 7 | Estado em que reside atualmente Descrever; 99- Ignorado | 7 | |
| 8 | Estado civil: 1- Solteiro(a); 2- Casado(a); 3- União estável; 4- Viúvo(a); 5- Divorciado(a); 99- Ignorado | 8 | |
| 9 | Etnia: 1- Branco; 2- Negro; 3- Pardo; 4- Asiático; 5- Indígena; 99- Ignorado | 9 | |
| 10 | Religião: 1- Católica; 2- Evangélica; 3- Testemunha de Jeová; 4- Espírita; 5- Ateu; 6- Outra | 10 | |
| 11 | Se outra religião, especificar: Descrever; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 11 | |
| 12 | Nível educacional: 1- Analfabeto; 2- Sabe ler e escrever; 3- Ensino Fundamental Incompleto; 3- Ensino Fundamental Completo; 4- Ensino Médio Incompleto; 5- Ensino Médio Completo; 6- Superior Incompleto; 7- Superior Completo; 8- Pós-graduação; 99- Ignorado | 12 | |
| 13 | Renda familiar (em salários-mínimos) Número; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 13 | |
| 14 | Atividade profissional 1- Em atividade; 2- Inativo-Incluindo o trabalho em casa (do lar); 99- Ignorado | 14 | |
| 15 | Profissão Descrever; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 15 | |
| DADOS CLÍNICOS | | | |
| 16 | Tipo de câncer 1- Cavidade oral; 2- Laringe; 3- Tireóide; 99- Ignorado | 16 | |
| 17 | Estadiamento 0- I; 2- II; 3- III; 4- IV; 99- Ignorado | 17 | |

| | | | |
|-----------|--|-----------|-------------|
| 18 | Cirurgia 0- Não; 1- Sim; 99- Ignorado | 18 | |
| 19 | Data da cirurgia DD/MM/AAAA | 19 | ___/___/___ |
| 20 | Radioterapia 0- Não; 1- Sim; 99- Ignorado | 20 | |
| 21 | Radioterapia: 1- Exclusiva; 2- Neoadjuvante; 3- Adjuvante; 4- Neoadjuvante e adjuvante; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 21 | |
| 22 | Quimioterapia 1- Exclusiva; 2- Neoadjuvante; 3- Adjuvante; 4- Neoadjuvante e adjuvante; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 22 | |
| 23 | Tabaco: 0 - Nunca fumou; 1- Fumava antes do tratamento; 2- Fumava antes e continua; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 23 | |
| 24 | Se consome tabaco, especificar: 1- Fuma; 2- Masca; 3- Ambos; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 24 | |
| 25 | Quanto cigarros/dia Em cigarros/dia; 888- Não se aplica; 999- Ignorado | 25 | |
| 26 | Por quanto tempo Em anos; 888- Não se aplica; 999- Ignorado | 26 | |
| 27 | Álcool: 0- Nunca bebeu; 1- Bebia antes do tratamento; 2- Bebia antes e continua; 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 27 | |
| 28 | Se sim, tipo de bebida: 1- Fermentado (cerveja, vinho, etc); 2- Destilado (pinga, whisky, etc); 88- Não se aplica; 99- Ignorado | 28 | |

ANEXOS

ANEXO A - FACT-HN - *Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck*

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes.

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

| <u>BEM-ESTAR FÍSICO</u> | | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitís- simo |
|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| GP1 | Estou sem energia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP2 | Fico enjoado(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP3 | Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP4 | Tenho dores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP5 | Sinto-me incomodado(a) pelos efeitos secundários do tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP6 | Sinto-me doente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GP7 | Tenho que me deitar durante o dia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| GS5 | Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GS6 | Sinto-me próximo(a) do(a) meu (minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q1 | <i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, favor de responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo [] e passe para a</i> <input type="checkbox"/> | | | | | |
| GS7 | Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

| <u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u> | | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|-----------------------------------|--|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| GE1 | Sinto-me triste..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GE2 | Estou satisfeito(a) com a maneira como enfrento a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GE3 | Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GE4 | Sinto-me nervoso(a)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GE5 | Estou preocupado(a) com a idéia de morrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GE6 | Estou preocupado(a) que o meu estado venha a piorar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| <u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u> | | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitís- simo |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| H&N 1 | Posso comer os alimentos que gosto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 2 | Tenho a boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 3 | Tenho dificuldade em respirar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 4 | A minha voz tem a qualidade e a força habituais..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 5 | Posso comer tanto quanto quero | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 6 | Estou descontente com o aspecto do meu rosto e / ou pescoço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 7 | Posso engolir bem e facilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 8 | Fumo cigarros ou outros produtos à base de tabaco..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 9 | Tomo bebidas alcoólicas (por exemplo, cerveja, vinho, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 10 | Sou capaz de comunicar com os outros..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 11 | Posso comer alimentos sólidos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H&N 12 | Tenho dores na boca, garganta ou pescoço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

| <u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u> | | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitís- simo |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| GF1 | Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF2 | Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF3 | Sou capaz de sentir prazer em viver | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF4 | Aceito a minha doença..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF5 | Durmo bem..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF6 | Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GF7 | Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| <u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u> | | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitís- simo |
|---|--|-----------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|
| GS1 | Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GS2 | Recebo apoio emocional da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GS3 | Recebo apoio dos meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| GS4 | A minha família aceita a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO B

Guidelines para o escore do Questionário de Qualidade de Vida FACT-HN (Versão 4.0)

- Instrução:** 1. Assinale cada resposta com um X.
2. Execute análise reversa como indicado e soma individualmente os itens para obter o escore.
3. Multiplique a soma do escore pelo número de itens da sub-escala e divida pelo número de itens respondidos. Desta forma, você terá o escore da sub-escala.
4. Acrescente o escore da sub-escala nos escores totais (TOI, FACT-G e FACT-HN).
5. Melhor escore, melhor a Qualidade de Vida

Sub-escala Código do Item reverso? Resposta do Item Escore do Item

BEM GP1 4 - _____ = _____

ESTAR FÍSICO GP2 4 - _____ = _____

(BEF) GP3 4 - _____ = _____

GP4 4 - _____ = _____

Extensão do escore: 0-28

GP5 4 - _____ = _____

GP6 4 - _____ = _____

GP7 4 - _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplique por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore sub-escala BEF

BEM ESTAR GS1 0 + _____ = _____

SOCIAL-FAMILIAR GS2 0 + _____ = _____

(BESF) GS3 0 + _____ = _____

GS4 0 + _____ = _____

GS5 0 + _____ = _____

Extensão do escore: 0-28

GS6 0 + _____ = _____

GS7 0 + _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplique por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore sub-escala BESF

BEM ESTAR GE1 4 - _____ = _____

EMOCIONAL GE2 0 + _____ = _____

(BEE) GE3 4 - _____ = _____

GE4 4 - _____ = _____

Extensão do escore: 0-24

GE5 4 - _____ = _____

GE6 4 - _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens : _____

Multiplique por 6: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore sub-escala BEE

BEM ESTAR GF1 0 + _____ = _____

FUNCIONAL GF2 0 + _____ = _____

(BEFUNC) GF3 0 + _____ = _____

GF4 0 + _____ = _____

GF5 0 + _____ = _____

Extensão do escore: 0-28

GF6 0 + _____ = _____ 95

GF7 0 + _____ = _____

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 7: _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore sub-escala BEFUNC

Sub-escala Código do Item Item reverso? Resposta do Item Escore do Item

HEAD & NECK HN1 0 + _____ = _____

CANCER HN2 4 - _____ = _____

SUBESCALA HN3 4 - _____ = _____

(PACP) HN4 0 + _____ = _____

HN5 0 + _____ = _____

HN6 4 - _____ = _____

HN7 0 + _____ = _____

HN8 NÃO É MEDIDA

HN9 NÃO É MEDIDA

HN10 0 + _____ = _____

HN11 0 + _____ = _____

HN12 NÃO É MEDIDA

Soma Individual do escore dos itens: _____

Multiplica por 9 : _____

Divide pelo número de itens respondidos: _____ = escore sub-escala PACP

Para derivar o índice outcome FACT-HN (TOI):

_____ + _____ + _____ = _____ =FACT-HN TOI

(escore BEF) (escore BEFUNC) (escore PACP)

Para derivar o escore total do FACT-G:

_____ + _____ + _____ + _____ = _____ =FACT-G escore

total

(escore BEF) (escore BESF) (escore BEE) (escore BEFUNC)

Para derivar o escore do FACTHN :

_____ + _____ + _____ + _____ + _____

= _____ =FACTHN escore total

(escore BEF) (escore BESF) (escore BEE) (escore BEFUNC)(escore PACP)

ANEXO C - PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO

Pesquisador: BIANCA SAKAMOTO RIBEIRO PAIVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42703515.8.0000.5437

Instituição Proponente: Fundação Pio XII

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 993.230

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil e seu diagnóstico e tratamento podem ocasionar uma piora da qualidade de vida nos pacientes. O câncer de cabeça e pescoço, especificamente, câncer da cavidade oral, laringe e tireoide, apresenta uma alta incidência, prevalência e mortalidade. O tratamento deste tipo de câncer pode ser realizado por várias modalidades – cirurgia, radioterapia, quimioterapia- que ocasionam nos pacientes efeitos colaterais e/ou consequências funcionais, estéticas e psicossociais. Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em tratamento torna-se fundamental para avaliar o impacto da doença e direcionar medidas de suporte clínico e social em benefício do mesmo. O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa de delineamento transversal que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, assim como, a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas, em pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e de pescoço. Os dados serão coletados no ambulatório de câncer de cabeça e pescoço da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, em pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, comprovados histologicamente nos seguintes sítios primários: tumores de cavidade oral, tumores de laringe e de tireóide; submetidos a tratamento oncológico (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia) com 18 anos ou mais. Será solicitada inicialmente, a autorização para condução da

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



Continuação do Parecer: 993,230

pesquisa à Comissão de Ética em Pesquisa do hospital em questão. Os aspectos éticos serão baseados na Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Para a entrevista, será solicitada aos sujeitos a anuência e a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Para a obtenção dos dados serão utilizados dois instrumentos sendo eles: Questionário sócio demográfico e clínico e o questionário FACT-HN - Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck. Para a organização dos dados será criada uma base de dados no programa Excel®; validados por dupla digitação. Depois os mesmos serão importados para o programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) para processamento e análise. Os resultados serão apresentados em forma gráficos e tabelas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas, em pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e de pescoço.

Específicos

1. Caracterizar os pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço, em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Avaliar por meio do instrumento FACT-HN, a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à tratamento oncológico;
3. Verificar a influência de variáveis sociodemográficas e clinica sobre os escores de qualidade de vida relacionados à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como não haverá coleta de material biológico, realização de exames complementares e uso de medicamentos, os riscos deste estudo são mínimos.

No entanto, algumas questões poderão fazer você lembrar-se de situações ruins e causar desconforto emocional. Caso necessário, você será

encaminhado para atendimento psicológico do Hospital de Câncer de Barretos.

Benefícios: É possível que este estudo não traga benefícios diretos mas ao final deste estudo, as

| | |
|--|---|
| Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331 | CEP: 14.784-400 |
| Bairro: Dr. Paulo Prata | |
| UF: SP | Município: BARRETOS |
| Telefone: (17)3321-0347 | Fax: (17)3321-6600 |
| | E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br |



Continuação do Parecer: 993,230

informações que ele gerar, poderão trazer benefícios futuros a outros pacientes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários e considerações adicionais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil de forma adequada.

Parecer Revisor Técnico NEB (Avaliação metodológica e estatística: Aprovado

Parecer GATCLE (Avaliar do TCLE de acordo com a Res. CNS 466/12): Aprovado

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta -se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

1. Relatórios semestrais, sendo o primeiro previsto para 17/09/2015.
2. Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.
3. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
4. Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.
5. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331
Bairro: Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400
UF: SP **Município:** BARRETOS
Telefone: (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br



Continuação do Parecer: 993,230

6. Este projeto está cadastrado no CEP-HCB sob o número 928/2015.

BARRETOS, 20 de Março de 2015

Assinado por:
José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani
(Coordenador)

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331
Bairro: Dr. Paulo Prata **CEP:** 14.784-400
UF: SP **Município:** BARRETOS
Telefone: (17)3321-0347 **Fax:** (17)3321-6600 **E-mail:** cep@hcancerbarretos.com.br