

Tatiana Pereira

**QUALIDADE DE VIDA E ANÁLISE FUNCIONAL APÓS O
TRATAMENTO DO CÂNCER BUCAL:
PERSPECTIVAS PARA A REABILITAÇÃO ORAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral – Área de Prótese, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Reabilitação Oral – Área de Prótese.

Orientadora

Profa. Dra. Cláudia Maria Navarro

**Araraquara
2009**

TATIANA PEREIRA

**QUALIDADE DE VIDA E ANÁLISE FUNCIONAL APÓS
O TRATAMENTO DO CÂNCER BUCAL:
PERSPECTIVAS PARA A REABILITAÇÃO ORAL**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Navarro

2º Examinador: Prof. Dr. Marco Antonio Compagnoni

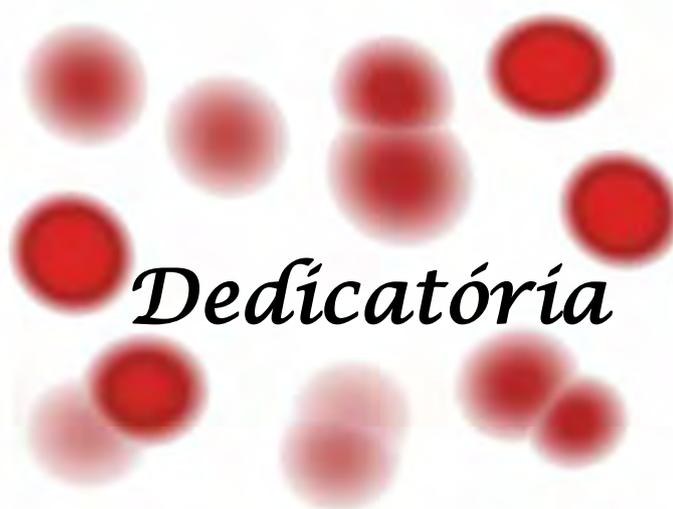
3º Examinador: Prof. Dr. Éder Ricardo Biasoli

Araraquara, 26 de março de 2009.

DADOS CURRICULARES

Tatiana Pereira

- Nascimento: 17 de outubro de 1981
Santo André - SP
- Filiação: José Carlos Pereira
Marilza Cunha Pereira
- 2002-2005: Curso de Graduação em Odontologia
Faculdade de Odontologia de Araraquara
Universidade Estadual Paulista – UNESP
- 2006-2007: Curso de Aprimoramento Profissional em
Diagnóstico Bucal – Bolsa FUNDAP
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia
Faculdade de Odontologia de Araraquara
Universidade Estadual Paulista – UNESP
- 2007-2009: Curso de Mestrado - Área de Prótese
Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral
Faculdade de Odontologia de Araraquara
Universidade Estadual Paulista – UNESP



Dedico com amor este trabalho:

Em primeiro lugar, a **Deus**, pela dádiva da vida e por, em muitos momentos aflitivos, proporcionar-me a sua paz e a serenidade para enfrentar os obstáculos, e pela inspiração na escolha da minha profissão e plena realização que ela tem proporcionado.

Em especial aos meus pais, **José Carlos e Marilza** pelo exemplo que são em minha vida, pelo amor, carinho e respeito que sempre estiveram presentes em nosso convívio. Agradeço ainda, por entenderem, sem cobranças, que a minha distância teve um motivo nobre, e por saber que nossa ligação e amizade têm laços inquebráveis. Minha mãe querida, obrigada pela comidinha gostosa, pelos abraços e por fazer minha vida mais feliz. Você é um grande exemplo de pessoa! Pai, obrigada pela preocupação, pelo apoio, por acordar cedo para me buscar na rodoviária e por me dar forças para enfrentar as dificuldades. Sem dúvida, sua garra e determinação eu vou levar para a vida toda. Amo vocês!

À minha irmã **Thaisa**, agradeço pela amizade, companhia e alegria sempre presentes. Por seu espírito jovem e contagiante, minha profunda admiração e carinho.

Ao meu namorado **Wagner** pela força e incentivo, por compreender tantas vezes que não pude lhe dedicar o tempo merecido. Agradeço pelo carinho, pela paciência e, acima de tudo, por sua existência em minha vida.

A decorative graphic consisting of approximately 15 red circles of varying sizes and opacities, some appearing as soft, glowing halos and others as solid red dots, arranged in a loose, organic cluster around the text.

*Agradecimentos
Especiais*

Agradeço de maneira especial:

À minha orientadora **Profa. Dra. Cláudia Maria Navarro**, quem admiro pela inteligência e intelectualidade, e, especialmente, pela paixão e dedicação à atividade acadêmica. Exemplo de competência, empenho e dignidade. Agradeço não só pelo seu papel fundamental na realização deste trabalho, mas também por ter me introduzido na vida científica. Por seu inesgotável conhecimento e mais ainda pela disponibilidade em repassá-lo aos colegas e alunos, minha profunda admiração e respeito.

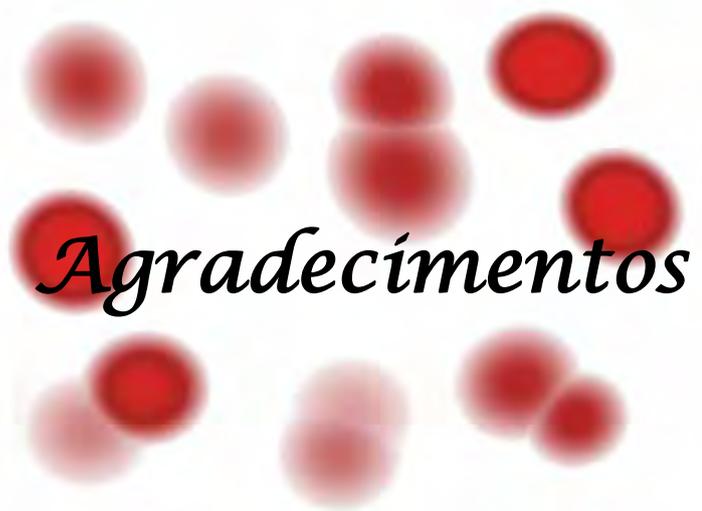
À **Profa. Dra. Maria Regina Sposto**, pelo incentivo, ensinamentos e disponibilidade. Agradeço ainda pelo carinho e atenção. Sem esquecer, claro, do seu bom humor e os divertidos momentos de descontração.

Ao **Prof. Dr. Marco Antonio Compagnoni**, pela assistência no desenvolvimento deste trabalho e por sua disponibilidade em ajudar nas dúvidas e problemas que sempre surgiam.

Aos membros da banca do Exame Geral de Qualificação: **Profa. Dra. Maria Regina Sposto** e **Prof. Dr. Gelson Luis Adabo**, pelo incentivo e valiosas sugestões, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento deste estudo.

À minha avó **Zulmira**, pelas orações, pelos sábios conselhos e pelo estímulo. Sua alegria, mesmo aos seus 90 anos de idade, é algo que quero guardar para sempre!

À minha tia **Tereza** e minha prima **Vanessa**, agradeço pelo convívio e momentos de diversão.



Agradecimientos

Meus sinceros agradecimentos:

À Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, representada pelo Digníssimo Diretor **Prof. Dr. José Cláudio Martins Segalla** e pela Vice-Diretora **Profa. Dra. Andréia Affonso Barretto Montandon**, pela oportunidade da realização deste trabalho.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral, área de Prótese, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, representada pelo **Prof. Dr. Carlos Eduardo Vergani**, e pelo **Prof. Dr. Gelson Luis Adabo**, ex-coordenador.

Ao Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, representado pela **Profa. Dra. Regina Helena Barbosa Tavares da Silva**, chefe do departamento, e pela **Profa. Dra. Renata Garcia Fonseca**, vice-chefe.

A todos os professores do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, pelos conhecimentos transmitidos.

Às professoras da Disciplina de Diagnóstico Bucal: **Cláudia Maria Navarro**, **Elaine Maria Sgavioli Massucato**, **Mirian Aparecida Onofre** e **Maria Regina Sposto**, pelos ensinamentos e dedicação, tornando-me uma apaixonada por Estomatologia.

Ao **Dr. João Fanton Neto** (otorrinolaringologista - Hospital Amaral Carvalho - Jaú), pelo apoio e interesse em sempre ajudar no desenvolvimento deste trabalho.

Aos Doutores **Gabriel Pires Pastore** (Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial), **José Carlos Berto** (cirurgião de cabeça e pescoço) e toda a equipe do Hospital Amaral Carvalho, que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos queridos amigos de turma do Mestrado, pelo convívio agradável, pelo companheirismo nos estudos e acolhimento nos momentos difíceis: **Carolina (Carol)**, **Fabiane**, **Fernanda**, **Cristiane**, **Ana Paula**, **Ana Lúcia**, **André**, **Ângela (Lali)**, **Antonio**, **Camila**, **Carlos (Cadú)**, **Flavinha Medeiros**, **Flávia Trindade**, **Patrícia** e **Rodrigo**.

À amiga **Nicole**, pelo afeto e por ser minha consultora de assuntos profissionais, amorosos, pessoais e afins, que nossa amizade seja eterna. Adoro você!

À minha querida amiga-irmã **Lígia**, pela amizade, pelos divertidos e inesquecíveis momentos que passamos nestes anos. Ainda, não poderia deixar de agradecer pelo apoio nos momentos de angústia e por emprestar o colinho da sua mãe quando precisei. Muito obrigada!

Agradeço às queridas amigas **Milena** e **Rose** que tive a graça de conhecer e conviver durante uma fase maravilhosa. A amizade e solidariedade de vocês marcarão para sempre este período da minha vida.

Ao amigo **Rodrigo Alves** pelas palavras de conforto e incentivo, pelas longas e divertidas conversas. Seu otimismo certamente me fez enxergar muitas coisas por outras perspectivas. Você é uma pessoa especial!

Agradeço ao amigo **Filipe Abi Rached** pelo companheirismo e afeto nestes últimos anos, por estar sempre disposto a ajudar e por ser um amigo para todas as horas. Impossível não citar as inúmeras gargalhadas que demos juntos. Agradeço de coração!

Aos amigos **Alessandra Franco**, **Gustavo Frigieri**, **Charles Wang** e **Cláudia Barbieri** pelos momentos de alegria e descontração, pelo carinho e conselhos dados.

Agradeço à amiga **Sylvia Matsumura**, pelo seu espirituoso senso de humor que me proporcionou momentos de alegria e descontração, mesmo à distância, durante este período de grandes desafios.

Às estagiárias do Curso de Aprimoramento em Diagnóstico Bucal: **Évelin**, **Nilva** e **Karla**, pelos conhecimentos compartilhados, pelo apoio e incentivo.

Ao protético **João Monti Júnior** do laboratório de Prótese Total da Faculdade de Odontologia de Araraquara, pelo trabalho cuidadoso e prestativo, além de sua simpatia e paciência em me atender. Obrigada!

Aos funcionários da Biblioteca, pela colaboração e simpatia durante todos esses anos.

Ao **Marquinho** da esterilização, por sua alegria, capaz de melhorar o humor de qualquer pessoa, mesmo às segundas-feiras de manhã.

A todos os funcionários da secretaria do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, especialmente a **Meire, Toninho, Sueli e Thelma**, pelo trabalho e colaboração.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação, pela eficiência e disponibilidade em nos ajudar.

A todos os demais professores e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araraquara, pela atenção e contribuição para minha formação acadêmica, profissional e humana.

À CAPES, FUNDUNESP e PROAP pelo apoio financeiro concedido.

Ao Hospital Amaral Carvalho - Jaú, representado pelo Diretor **Antonio Luis Cesarino de Moraes Navarro**, onde realizei este estudo. Aos médicos, funcionários e incansáveis trabalhadores da saúde pública, meu sincero reconhecimento.

Ao Orocentro - Jaú, representado pelo **Dr. Antonio Geraldo Bortolucci Júnior** por tornar viável o atendimento dos pacientes para realização de exames clínicos, fotografias e tratamento reabilitador.

Às funcionárias do ambulatório de Cabeça e Pescoço do Hospital Amaral Carvalho: **Selma, Patrícia, Luana e Keity**, pela colaboração e ajuda no acesso aos pacientes. E à **Rute**, por prontamente separar os prontuários dos pacientes para análise.

Aos **pacientes** que participaram desta pesquisa, meu profundo respeito e sinceros agradecimentos.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

*"Paciência e perseverança têm o efeito
mágico de fazer as dificuldades
desaparecerem e os obstáculos
sumirem."*

John Quincy Adams

Sumário

Resumo	16
Abstract	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente Oncológico	25
2.2 Análise do Aspecto Funcional	37
2.3 Reabilitação Oral	42
3 PROPOSIÇÃO	47
4 MATERIAL E MÉTODO	49
4.1 Coleta de Dados	50
4.2 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL)	51
4.3 Exame clínico	52
4.4 Análise Estatística	55
5 RESULTADO	56
5.1 Caracterização Geral da Amostra	57
5.2 Qualidade de Vida e Tratamento	61
5.3 Qualidade de Vida e Estadiamento TNM	66
5.4 Qualidade de Vida e Domínios Específicos	70
5.4.1 Mastigação	71
5.4.2 Deglutição	76
5.4.3 Saliva	81
5.4.4 Dor	86
5.4.5 Outros Domínios	91
5.5 Qualidade de Vida e Alterações Funcionais	92
5.6 Qualidade de Vida e Reabilitação Oral	94
5.7 Questões descritivas (UW-QOL)	96
6 DISCUSSÃO	98
6.1 Caracterização Geral da Amostra	99
6.2 Qualidade de Vida e Tratamento	100
6.3 Qualidade de Vida e Estadiamento TNM	103
6.4 Qualidade de Vida: Domínios Específicos	104
6.4.1 Mastigação	104

6.4.2	Deglutição	105
6.4.3	Saliva	106
6.4.4	Dor	107
6.4.5	Outros Domínios	108
6.5	Qualidade de Vida e Alterações Funcionais	109
6.6	Qualidade de Vida e Reabilitação Oral	110
6.7	Considerações Finais	117
7	CONCLUSÃO	119
8	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICES	131
	ANEXOS	156

Lista de abreviaturas e siglas

CARES-SF - Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short Form

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer

QLQ-H&N35 - EORTC Head and Neck Cancer-Specific Questionnaire.

QLQ-C30 - EORTC Core Quality of Life Questionnaire

FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy-General questionnaire

FLIC - Functional Living Index - Cancer

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

KPS - Karnofsky Performance Scale

LORQ - Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire

MAC-Q - Mental Adjustment to Cancer Questionnaire

OHIP - Oral Health Impact Profile

POMS - Profile of Mood States

PSS - Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients

QV - Qualidade de vida

Rt/Qt - Radioterapia/ Quimioterapia

SIP - Sickness Impact Profile

SF-36 - Medical Outcomes Study 36-Item Short - Form Health Survey

SSQ-6 - Short Form Social Support Questionnaire

TNM - Tumor Nodes Metastasis

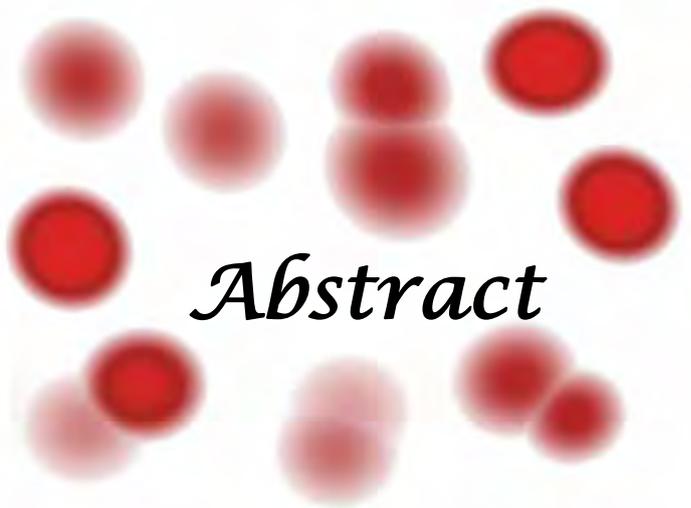


Pereira T. Qualidade de vida e análise funcional após o tratamento do câncer bucal: perspectivas para a reabilitação oral [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2009.

Resumo

O tratamento do câncer bucal geralmente resulta em deficiências funcionais que afetam a qualidade de vida (QV). O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do tratamento do câncer bucal na QV, além de investigar as alterações funcionais e as perspectivas para a reabilitação oral. Cinquenta pacientes foram recrutados entre abril e dezembro de 2008. O questionário da Universidade de Washington para portadores de câncer em cabeça e pescoço (UW-QOL) foi utilizado, e exames clínicos foram realizados. Os resultados foram comparados de acordo com idade, gênero, estadiamento TNM do tumor, localização, tratamento cirúrgico ou terapia combinada (cirurgia e radioterapia/ quimioterapia - Rt/Qt) dos pacientes. A amostra possuía 42 homens e 8 mulheres, com idade média de 60,5 anos, submetidos ao tratamento cirúrgico, sendo que 29 destes realizaram Rt/Qt adjuvante. O tratamento combinado foi associado à pior QV com relação aos domínios dor, deglutição, mastigação, paladar e saliva. A localização anatômica e o tamanho do tumor (estadiamento T) não influenciaram no tipo de tratamento. Problemas com a mobilidade da língua revelou baixos escores para a fala e para a mastigação. Câncer em rebordo alveolar demonstrou maior complexidade do ponto de vista reabilitador. Pacientes que desejavam tratamento reabilitador apresentaram problemas com mastigação, fala e paladar. Compreendendo os efeitos adversos, principalmente do tratamento combinado na QV e na função do paciente, torna-se importante avaliar as implicações de cada modalidade terapêutica e informar ao paciente sobre esses efeitos, para que ele possa exercer o direito de aceitar ou não determinada terapia. Considerando a mastigação e a deglutição como os principais problemas após o tratamento do câncer bucal, é possível concluir a importância do Cirurgião-Dentista no acompanhamento e reabilitação desses pacientes, visando melhorar sua QV. O real impacto da reabilitação oral na QV após o tratamento do câncer bucal ainda não foi adequadamente estudado.

Palavras-chave: Neoplasias bucais; qualidade de vida; diagnóstico bucal; reabilitação bucal; radioterapia; cirurgia



Pereira T. Health related quality of life (HRQOL) and clinical function measure after oral cancer treatment: perspectives for oral rehabilitation [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2009.

Abstract

The treatment of oral cancer generally results in functional disorders and can affect the quality of life (QOL). The purpose of this study was to investigate the impact of the oral cancer treatment in the QOL and functional status, and to assess the perspectives for oral rehabilitation. Fifty patients treated for oral cancer were recruited between April to December 2008. The University of Washington Head and Neck Questionnaire (UW-QOL) and clinical examination were used, and the outcome was compared against patient's age, gender, TNM stage, anatomical site, surgical and adjuvant therapy. Fifty patients (42 men and 8 women), with mean age 60.5 years underwent surgery. Of 50 patients, 29 underwent adjuvant radiotherapy or chemotherapy (Rt/Ct). Adjuvant Rt/Ct was associated to worse QOL related to pain, swallowing, chewing, taste and saliva. The anatomical site and the size (T stage) of the tumour did not influence the type of treatment. Tongue mobility changes reflected in low scores for speech and chewing domains. Cancer on alveolar ridge will require more complex rehabilitation. Patients who wish the rehabilitation showed low scores in chewing, speech and taste. Understanding the side effects mainly of the combined treatments and how patients experience them as well as the functional and QOL implications is important to treatment evaluation and patient decision making. Considering the chewing and swallowing as the major complains after the oral cancer treatment is possible to conclude the importance of dentists on the follow up and rehabilitation of these patients. Yet oral rehabilitation of oral cancer patients has not been explored by dentists, who could work on the improvement of patient's QOL with the prosthodontic rehabilitation and maintenance of oral health. The real impact of oral rehabilitation in the QOL of patients after the oral cancer treatment has not been properly investigated.

Keywords: Mouth neoplasms, quality of life; oral diagnosis; mouth rehabilitation; radiotherapy; surgery



Introdução

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal é o sexto mais comum no mundo^{48,78}. Há muito, estabeleceu-se a necessidade do desenvolvimento de terapias que buscassem a possível cura do câncer bucal. Porém, em muitos casos a sobrevida aumentada não significa o restabelecimento de uma vida normal.

Assim, o câncer bucal e seu tratamento podem apresentar elevados índices de morbidade e mortalidade conforme as variáveis envolvidas, como localização, extensão, tipo histológico do tumor⁷⁰ e tipo de tratamento instituído¹¹. As principais deficiências funcionais ocasionadas pelas ressecções têm sido amenizadas por técnicas reconstrutivas avançadas^{19,87}, mas apesar delas, alguns pacientes ainda apresentam seqüelas, relacionadas particularmente à aparência²³, mastigação¹⁹, fala e deglutição^{12,41,57}, o que pode alterar significativamente sua qualidade de vida (QV)¹⁵.

Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, são esperados 10.380 casos novos de câncer bucal em homens e 3.780 em mulheres, sendo 4.510 novos casos no Estado de São Paulo e 1.330 na Capital⁹. Essas considerações indicam a importância da avaliação da QV para pacientes com câncer bucal no Brasil.

Nos últimos anos, a avaliação da QV tem sido reconhecida como um importante recurso em Oncologia, para identificar as principais necessidades e limitações dos pacientes submetidos a tratamentos antineoplásicos. Essas avaliações têm sido aplicadas quase que exclusivamente à portadores de câncer de cabeça e pescoço^{32,86}, sendo muito poucos os estudos sobre câncer bucal, seu comportamento biológico e o impacto na QV^{36,39}.

A Organização Mundial da Saúde define QV como: “*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 ampla abrangência, que engloba o modo complexo como a saúde física do paciente é afetada, incluindo seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com o ambiente⁹¹. Assim compreendido, o conceito de QV pode ser considerado uma construção subjetiva e multidimensional do paciente, que inclui a percepção deste em encontrar a satisfação no trabalho, no lar, na religião, na família e na educação⁸³.

A Oncologia tem sido a especialidade que, por excelência, se vê confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que têm a sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de se acrescentar "anos à vida" eventualmente deixa-se de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos"⁹².

A avaliação da QV é, portanto, uma ferramenta importante para o entendimento do impacto do câncer de cabeça e pescoço e seu tratamento na vida dos pacientes⁹⁴, podendo ainda se tornar uma ferramenta válida para um melhor planejamento de estratégias de tratamento^{65,79,85}.

QV relacionada à saúde geralmente tem sido medida pela aplicação de questionários específicos. Dentre os questionários desenvolvidos para avaliar QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, o questionário da Universidade de Washington (*University of Washington Quality of Life Questionnaire – UW-QOL*) é o mais freqüentemente utilizado no mundo. É conciso, fácil de completar e interpretar, e foi recentemente validado para a versão português brasileiro para pacientes com câncer de cabeça e pescoço⁸⁵.

Alterações funcionais geralmente estão relacionadas à idade, gênero, tamanho do tumor, estruturas envolvidas e extensão da seqüela cirúrgica, que podem afetar, por exemplo, a mobilidade da língua^{3,16,61,71}.

A avaliação funcional, através de um exame clínico específico, pode ajudar no acompanhamento do paciente por prover um delineamento de limitações decorrentes do tratamento cirúrgico. Não há um exame clínico padronizado utilizado para a avaliação de pacientes após o tratamento do câncer bucal e de orofaringe, e por esta razão, torna-se difícil medir alterações de funções complexas como fala, mastigação, deglutição e aparência de forma simples e objetiva^{66,69}.

A participação do Cirurgião-Dentista na equipe multidisciplinar que assiste o paciente com câncer bucal pode contribuir para a preservação de estruturas bucais durante o tratamento cirúrgico e para a limitação de danos funcionais. Além disso, o tratamento odontológico posterior tem um importante papel na reabilitação desses pacientes, por exemplo, recuperando funções através do uso de saliva artificial e/ou do tratamento protético⁷².

A Radioterapia (Rt) e/ou Quimioterapia (Qt) adjuvantes contribuem para uma piora na QV, que está relacionada diretamente com a redução da

secreção salivar, provocando uma série de prejuízos à fala, mastigação e deglutição. Como consequência, a capacidade de se obter uma correta estabilidade e retenção das próteses fica comprometida⁷⁶.

Ainda é questionável o quanto os pacientes oncológicos de cabeça e pescoço podem ser beneficiados com a reabilitação oral procurando melhorar a função bucal como um aspecto importante em sua QV. Foi constatado recentemente por profissionais da área, que existe a necessidade aparente de se desenvolver e empregar instrumentos específicos para a avaliação da QV em reabilitação orofacial⁷⁶.

A decorative graphic consisting of approximately 15 red circles of varying sizes and opacities, some appearing as soft blurs and others as solid dots, arranged in a loose, organic cluster around the text.

*Revisão da
Literatura*

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi didaticamente segmentada entre os assuntos referentes à QV, aspectos funcionais e reabilitação oral do paciente oncológico, com o objetivo de identificar isoladamente os aspectos a serem estudados.

2.1 Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente Oncológico

Somente em 1977 o termo “qualidade de vida” foi indexado no MEDLINE[®]. Entre 1978 e 1980, cerca de 200 trabalhos científicos envolvendo todas as áreas da saúde foram disponibilizados pelo sistema. Entre 1987 e 1992 a média manteve-se em cerca de 400 trabalhos por ano e em 1993 esse número triplicou, principalmente pela criação de questionários específicos destinados a avaliar a QV^{28,49} (Figura 1).

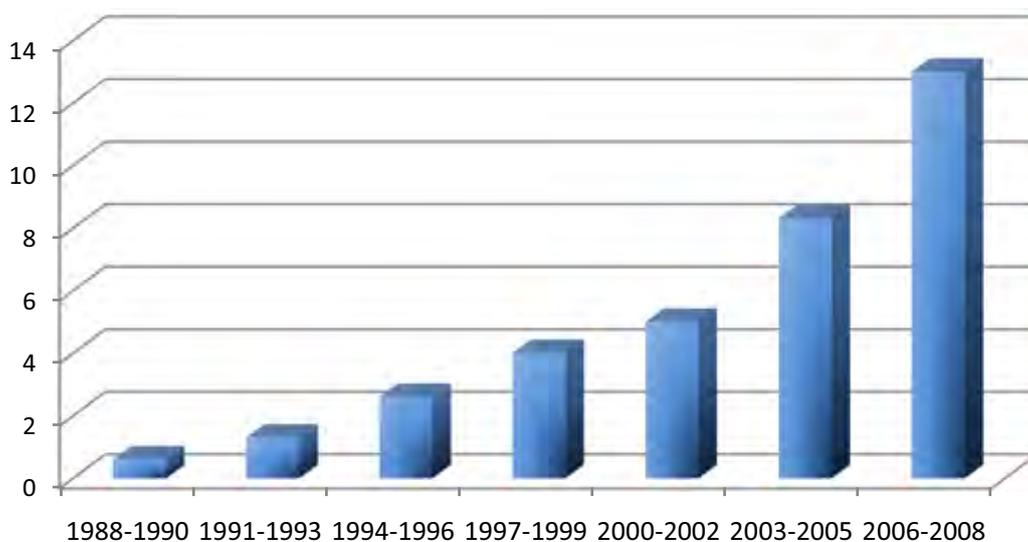


FIGURA 1 - Evolução do número de artigos (médias trienais) indexados no PubMed utilizando os parâmetros de busca “oral cancer” e “quality of life”. Observa-se crescente aumento tendendo à progressão geométrica.

Drettner, Ahlbom²² em 1983, ao avaliar 52 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, além de 104 indivíduos como controles, descreveram o primeiro trabalho científico em que se deu a colaboração de um sociólogo e de um otorrinolaringologista. Estabeleceram um índice para a avaliação da QV em

pacientes com câncer de cabeça e pescoço e constataram uma alta correlação entre maus prognósticos e baixos índices de QV.

Em 1993, Hassan, Weymuller³² desenvolveram o questionário da Universidade de Washington (UW-QOL) para avaliar a QV de portadores de câncer de cabeça e pescoço. O questionário foi aplicado em 75 pacientes, desde o estágio pré-operatório até 3 meses após o início do tratamento e compararam os resultados com outros instrumentos anteriormente validados: o *Karnofsky Performance Scale* (KPS) e o *Sickness Impact Profile* (SIP). Os três questionários foram comparados segundo três fatores: aceitabilidade, validade e responsividade. Quanto à aceitabilidade, o UW-QOL obteve ótima aceitação, sendo preferido aos demais, por ser mais conciso e fácil de responder. Quanto à validade, o UW-QOL obteve bons indicadores de concordância com o questionário SIP. E quanto à responsividade, o UW-QOL foi considerado superior aos outros questionários em detectar mudanças na QV associadas às modificações de estado clínico dos pacientes. Era composto por 9 itens com 3 a 5 opções de escolha, e pontuação de, no máximo 100 pontos em cada item. Delineado para ser preenchido pelo próprio paciente, não caberia a avaliação da reprodutibilidade do instrumento.

Patton et al.⁵⁶ (1994) realizaram uma análise da literatura para discutir a morbidade associada ao tratamento do câncer bucal e seus efeitos sobre a QV, e observaram que o tratamento antineoplásico freqüentemente acarreta mudanças físicas sobre a aparência e efeitos psicológicos. Dentre as variáveis mais afetadas, observaram diminuição da capacidade de adaptação dos pacientes à perda de funções bucais como: diminuição do fluxo salivar, redução do paladar, dificuldades na mastigação, deglutição, fala e nutrição, além de problemas psicológicos como: perda de identidade, mudanças na aparência, perda da auto-estima, isolamento social, mudança de atividade, entre outros efeitos. Além disso, notaram que as taxas de cura para o câncer bucal têm aumentado, e concomitantemente, grande ênfase tem sido dada a reabilitação oral destes pacientes, incluindo técnicas reconstrutivas com enxertos e colocação de implantes, visando uma reabilitação satisfatória e que promova melhora na QV.

Deleyiannis et al.²¹ (1997) avaliaram a QV de pacientes após tratamento do câncer de orofaringe em estágios clínicos avançados (T3 e T4),

estando livres da doença por, pelo menos, um ano. O estudo foi realizado entre 1993 e 1994 na Universidade de Washington com 13 pacientes que foram divididos em dois grupos, de acordo com o tratamento. O primeiro grupo reuniu seis pacientes tratados com cirurgia e posterior Rt; e o segundo grupo com sete pacientes tratados somente com Rt ou associação de Rt/Qt. Foi utilizado como instrumento de análise o questionário UW-QOL, aplicado antes do tratamento e novamente após 6 e 12 meses do término do tratamento. Notou-se uma significativa piora da QV com os escores do pré e pós-tratamento semelhantes para os dois grupos. Em ambos os grupos, mais da metade dos pacientes relataram piora na mastigação, deglutição e movimentação dos ombros. A piora na aparência e na fala foi maior em pacientes que sofreram cirurgia. O estudo demonstrou que os pacientes em estágios avançados da doença tiveram piora da QV em ambos os tratamentos, mas, devido ao limitado número de pacientes, a correlação estatística entre os tipos de tratamento e a QV não pôde ser obtida.

Schliephake et al.⁷⁵ (1998) tiveram como objetivo avaliar as seqüelas funcionais e a QV após cirurgia de 40 pacientes com câncer no assoalho de boca e regiões adjacentes, através do questionário *Functional Living Index - Cancer* (FLIC). A maioria dos tumores foi diagnosticada em estágio T4 com localização predominante em região lateral do assoalho de boca. Em 27 pacientes que sofreram pequena ressecção de tecidos, foi realizada cirurgia de reconstrução imediatamente após a remoção do tumor, para os demais, os defeitos cirúrgicos foram corrigidos através de enxertos. Utilizando-se da avaliação por meio de ultra-sonografia, seis meses após a cirurgia, observou-se que a língua teve significativa redução de mobilidade, com piora expressiva na qualidade da fala, no que diz respeito à comparação com a condição pré-operatória. A QV foi avaliada antes e seis meses após o tratamento, sendo que neste último momento, notou-se melhora na QV em pacientes com menores seqüelas cirúrgicas, considerando a variável inteligibilidade da fala, o que não foi constatado para o grupo submetido a ressecções mais amplas.

De Boer et al.²⁰ (1999) realizaram uma revisão da literatura sobre a QV associada às funções físicas e psicossociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, durante a década de 90. Este estudo mostrou que o câncer nessas localizações tem importante impacto na QV desses pacientes, afetando

principalmente funções como fala, secura em boca e garganta, dor e dificuldade para engolir. Distúrbios nas funções psicológicas e psicossociais foram relatados por considerável número de pacientes. Preocupação, ansiedade, mudanças de humor, fadiga e depressão foram os principais sintomas.

Gritz et al.²⁹ (1999) examinaram as seguintes questões: se a QV de portadores de câncer de cabeça e pescoço muda com o tempo; se a QV varia de acordo com o tipo de tratamento; como a QV desses pacientes difere de outros pacientes com câncer em outros locais; e quais os fatores que mais interferem na QV após um ano do diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço. O estudo incluiu 105 pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de boca, faringe ou laringe. O tratamento foi radioterápico ou cirúrgico seguido de Rt. Para avaliar a função foram utilizados os seguintes testes: o KPS, o *Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short Form* (CARES-SF), o *Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients* (PSS) e o *Profile of Mood States* (POMS), além de informações médicas e demográficas obtidas através dos prontuários clínicos. Todos os pacientes foram acompanhados por pelo menos 12 meses. A maioria dos casos foi diagnosticada no estadiamento T3. Houve significativa redução no número de fumantes após um ano do tratamento. Entretanto, houve aumento no consumo de álcool nesse período. Notou-se melhora na função oral após um ano (principalmente na mastigação, fala e dieta), porém houve declínio na QV relacionada à sexualidade e relação conjugal. Observaram que a QV muda com o tempo, e a partir dos resultados obtidos, perceberam a necessidade de uma reabilitação através da integração psicológica e comportamental no acompanhamento médico desses pacientes.

Konstantinovic⁴² (1999) avaliou a QV após tratamento cirúrgico e radioterápico de 78 pacientes com câncer de língua e de assoalho de boca. De acordo com o estadiamento clínico do tumor, 44 pacientes estavam no estágio T2, 19 no T3 e 15 no estágio T4. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o tamanho da ressecção cirúrgica. O primeiro grupo incluiu pacientes com defeitos menores de 5 cm de diâmetro (n=46) e o segundo grupo incluiu aqueles com maior perda de tecido (n=32). Um questionário específico foi aplicado aos pacientes, que descreviam seu bem-estar geral e aspectos

relacionados às funções bucais. Observou-se forte significância entre as queixas relacionadas à aparência nos pacientes com maiores seqüelas cirúrgicas, seguida de tendência a terem prejuízos quanto à habilidade no trabalho, atividades sociais e dor nas regiões reconstruídas. Concluiu-se, portanto, que a pior QV é representada por pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas mais extensas e comparou-se os resultados segundo diferentes protocolos de reconstrução cirúrgica.

Rogers et al.⁶⁷ (1999) investigaram o estado funcional de 48 pacientes com câncer bucal e de orofaringe através do UW-QOL, antes e após o tratamento cirúrgico. Dor foi o sintoma mais relatado no momento do diagnóstico, sendo as outras variáveis pouco relevantes naquele momento. As associações estatísticas mais significativas no pré-operatório foram entre dor e estadiamento do tumor, entre gênero e trabalho e entre idade e trabalho. Após um ano do tratamento a sobrevida foi de 60%, sendo que os pacientes em estágios T3 e T4; com tumores localizados em região posterior da boca; ou com mais de 65 anos, foram os que mais sofreram recorrência ou morreram durante o primeiro ano. Os resultados revelaram que um ano após o tratamento as maiores queixas estavam relacionadas à dor, problemas com mastigação e desfiguramento, as quais apresentaram maior modificação em relação aos dados iniciais.

Rogers et al.⁶⁵ (2000), através do questionário UW-QOL, identificaram a percepção subjetiva do estado de saúde em 130 pacientes com câncer bucal. Seguindo a classificação TNM, 72 pacientes encontravam-se nos estágios T1 e T2, enquanto 58 estavam nos estágios T3 e T4. Para melhor compreensão, os pacientes foram divididos em três grupos, seguindo a pontuação obtida no questionário, apresentando escores de 40 a 69 (30 pacientes), 70 a 89 (66 pacientes) e 90 a 100 (25 pacientes), considerando que os maiores escores representam melhor QV. No diagnóstico, identificou-se um grupo com tendência de melhora na QV ao longo do tempo, diferenciando-os dos que não tenderam a apresentar melhora, sendo estes últimos representados por pacientes com tumores maiores (T3 e T4), submetidos à Rt adjuvante ou portadores de problemas sistêmicos. Pacientes com tumores maiores apresentaram escores inferiores em relação aos pacientes com tumores pequenos. Após seis meses do tratamento, o desfiguramento, alterações na fala

e na mastigação foram as principais queixas, condição que persistiu após um ano do tratamento.

Bjordal et al.⁷ (2001) avaliaram a QV de 357 pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante e após o tratamento com Rt, cirurgia ou Qt. Os pacientes foram recrutados em quatro instituições da Suécia e Noruega. A QV foi avaliada inicialmente, durante e 12 meses após o início do tratamento, através dos instrumentos *EORTC - Head and Neck Cancer-Specific Questionnaire* (QLQ-H&N35) e o *EORTC - Core Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30). No momento do diagnóstico, mais de 50% dos tumores estavam nos estadiamentos T3 ou T4. Após acompanhamento de 12 meses, 280 pacientes estavam vivos, e dentre eles, a maior taxa de sobrevida ocorreu naqueles com câncer em laringe. Os resultados revelaram que a QV piora significativamente durante o tratamento, tendendo a uma lenta recuperação durante os 12 meses seguintes. O estadiamento foi um fator importante na QV, que se mostrou reduzida em indivíduos com estágios mais avançados da doença. A pior QV foi apresentada por pacientes com câncer em faringe, durante todo o estudo, seguido pelo câncer bucal. As maiores queixas durante o tratamento estavam relacionadas à falta de paladar, xerostomia e alterações na sexualidade. Os autores concluíram que uma análise detalhada sobre as mudanças que ocorrem com o tempo na QV permite desenvolver estudos direcionados para a melhora no suporte e reabilitação do paciente com câncer de cabeça e pescoço.

Hammerlid et al.³⁰ (2001) examinaram a QV relacionada à saúde em portadores de câncer de cabeça e pescoço, desde o momento do diagnóstico até três anos depois. Procuraram comparar os resultados após um ano e após três anos para verificar a existência de diferenças referentes ao estadiamento, localização, gênero, idade e tratamento realizado. Utilizaram os seguintes questionários: o QLQ-C30, o QLQ-H&N35 e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), aplicados em 232 pacientes no início do tratamento. Destes, 66% estavam vivos após três anos, sendo que 88% desses últimos completaram o estudo. Os resultados revelaram que a QV foi pior durante o tratamento e elevou-se lentamente após o término deste, salvo poucas exceções. Após três anos, as melhoras foram expressivas para a variável controle de estresse, seguida de melhora global significativa na QV, juntamente

com reduzida queixa de dor, comparado ao momento do diagnóstico. Por outro lado, as queixas se tornaram mais frequentes com relação a problemas com boca seca, ausência de paladar, dentes e abertura bucal. Pacientes com tumores em estágios avançados apresentaram os piores valores de QV, tendo se agravado com o tempo. Portadores de câncer em faringe tiveram os piores escores de acordo com a localização, sendo que estes provavelmente seriam beneficiados com um tratamento reabilitador, acompanhamento nutricional e controle da dor, desde o diagnóstico. Foi observado que a QV em pacientes após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço é pior no primeiro ano, principalmente logo após o término do tratamento, porém, a maioria das variáveis retorna a valores pré-tratamento com o tempo. Problemas com xerostomia, alterações no paladar e dentes permanecem constantes.

Hassanein et al.³³ (2001) avaliaram 68 pacientes após o tratamento do câncer bucal utilizando questionários destinados a explorar a influência da idade, gênero, tipo de tratamento, estadiamento e localização do tumor na QV relacionada à função oral desses pacientes. Além disso, foi analisada também a associação do estado funcional, com a ansiedade, a depressão e a quantidade e a QV social. Para a avaliação funcional foi utilizado o UW-QOL versão 1, o HADS foi usado para analisar a associação entre função e estado psicológico, e, além desses, o *Mental Adjustment to Cancer Questionnaire* (MAC-Q) e o *Short Form Social Support Questionnaire* (SSQ-6) também foram aplicados. No estadiamento clínico T1 e T2 estavam 35 pacientes, e 33 nos estágios T3 e T4. Os pacientes menos idosos (60 anos ou menos), as mulheres, os portadores de tumores extensos, os portadores de tumores em orofaringe e aqueles tratados com cirurgia e Rt relataram os piores resultados funcionais. Verificaram ainda, grande associação entre o aspecto funcional e ansiedade, depressão e problemas com a aceitação da doença. A partir daí, constatou-se a necessidade de intervenção psicológica em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Rogers et al.⁶⁶ (2002) avaliaram a importância específica atribuída a cada domínio da QV pelos pacientes com câncer bucal e de orofaringe através do UW-QOL. Esse tipo de avaliação foi adicionado à segunda versão do questionário, a qual foi publicada em 1997, assim o UW-QOL foi considerado o

único questionário de QV aplicado aos portadores de câncer de cabeça e pescoço que efetua essa avaliação. Sua amostra compreendeu 48 pacientes com idade média de 60 anos, entrevistados no estágio pré-operatório, 6 meses e 12 meses após a cirurgia. Os autores concluíram que a avaliação da QV desses pacientes enfatizou como críticos os aspectos da fala, deglutição, mastigação e dor, indicando a utilidade dessa sistemática de avaliação para o planejamento de estratégias terapêuticas individualizadas para os pacientes.

Radford et al.⁶² (2004) realizaram um estudo piloto composto por 95 pacientes recrutados em 12 instituições. Foram utilizados o questionário UW-QOL versão 4 e o *Therapy Outcome Measures* (TOM), para comparar domínios referentes à fala e à deglutição. A avaliação foi feita antes e 6 meses após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, com 70% dos casos afetando boca e orofaringe. O índice TOM compreende escalas que avaliam uma série de desordens de comunicação e deglutição, devendo ser aplicado por terapeutas especialistas no âmbito da fala e da linguagem. Foi observada associação importante entre os instrumentos utilizados, sugerindo um aperfeiçoamento do TOM para portadores de câncer em cabeça e pescoço, permitindo assim direcionar terapêuticas reabilitadoras para pacientes que tiveram a fala e a deglutição prejudicadas durante o tratamento. Perceberam ainda, que os pacientes identificaram fala e deglutição como sendo domínios importantes para sua QV, tanto no estágio pré-operatório como seis meses após o tratamento.

Vartanian et al.⁸⁶ (2004) aplicaram o UW-QOL versão 3 (traduzido para o idioma português brasileiro) em 344 pacientes tratados para câncer bucal ou de orofaringe entre os anos de 1999 e 2002. Todos os pacientes estavam livres da doença por, pelo menos, dois anos. Observaram que pacientes menos idosos (60 anos ou menos) e aqueles com metástase regional apresentaram mais queixas relacionadas à aparência, sobretudo as mulheres, que também relataram queixa dolorosa com maior frequência em comparação aos homens. As variáveis mais afetadas em portadores de câncer em estágios avançados (T3 e T4) foram aparência, mastigação, deglutição e fala. O tipo de tratamento foi a variável de maior importância na QV para pacientes com câncer bucal e de orofaringe, sendo o tratamento combinado (cirurgia e Rt) o que mostrou piores escores, afetando principalmente aparência, recreação, mastigação, fala e

movimentação dos ombros. Além disso, a diferença na composição dos escores dos pacientes com comprometimento de linfonodos e tratamento combinado não foi estatisticamente significativa, apesar de ser clinicamente relevante.

Chandu et al.¹⁶ (2005) tiveram por objetivo avaliar a QV de pacientes com câncer bucal usando o QLQ-C30 e o UW-QOL versão 4. O estudo consistiu de 22 pacientes tratados cirurgicamente para o câncer bucal, sendo que 59% deles estavam com tumores nos estadiamentos T3 e T4, e 27% receberam Rt adjuvante. Itens referentes ao aspecto emocional foram comparados entre os questionários. De acordo com os relatos dos pacientes, a fala foi considerada o item mais importante, seguida de dor e deglutição. O item menos importante na opinião dos pacientes foi a movimentação dos ombros. De maneira geral, os escores de QV foram satisfatórios na maioria dos pacientes. A nova versão do UW-QOL incluiu aspectos relacionados a humor e ansiedade, que foi positivamente relacionado com o questionário QLQ-C30. Características como idade, estadiamento, presença de enxertos, dissecação cervical e Rt tiveram impacto significativo na QV.

Andrade et al.⁴ (2006) avaliaram a QV em pacientes com câncer bucal no Brasil através do UW-QOL (versão 3). Foram entrevistados 100 pacientes nos estadiamentos T1/T2 (39) e T3/T4 (61). Os resultados foram comparados através de características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes. Após 1 ano, 20 pacientes haviam falecido e 24 não foram localizados. A re-entrevista dos demais possibilitou o acompanhamento longitudinal e ainda a observação de modificações na auto-avaliação da QV. Pacientes com tumores maiores e localizados na porção posterior da boca apresentaram piores indicadores de QV. Mastigação foi o item com piores resultados e maior proporção de queixas, tanto na avaliação inicial como no seguimento. O questionário permitiu identificar relevantes contrastes (na comparação de características clínicas) e similaridades (na comparação de características sócio-demográficas) entre os grupos de respondentes. Seu uso regular no hospital poderia contribuir para reduzir o impacto das aplicações terapêuticas e aprimorar a gestão dos tratamentos.

Brown et al.¹¹ (2006) analisaram a QV relacionada à saúde e os aspectos funcionais em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica, seguida de

reconstrução de tumores malignos em porção anterior de língua e de palato mole. Através do UW-QOL, foram obtidos dados referentes à dor, fala, recreação, deglutição, função dos ombros, mastigação, entre outros, no período anterior e posterior à intervenção cirúrgica. De um grupo composto por 566 pacientes tratados entre 1992 e 2002, foram selecionados 118 com câncer em língua e 44 com tumores em palato mole. Observou-se que quanto mais extensa a ressecção da língua, piores os valores de QV referentes à fala, mastigação e deglutição, além de valores reduzidos também em outros aspectos em geral. Por outro lado, pacientes com ressecções extensas em palato mole mostraram resultados semelhantes ao grupo submetido a remoções pouco extensas. As taxas de recorrência foram expressivas naqueles tratados para tumores em língua, o que enfatiza a importância da ampla ressecção cirúrgica desses tumores. De maneira geral, os resultados funcionais apresentados pelos pacientes tratados para câncer em palato mole foram os melhores. Esses achados mostraram a importância de se planejar o tratamento cirúrgico visando preservar a função, pois em muitos casos, a Rt ainda é preferível para esta finalidade.

Chandu et al.¹⁵ (2006) realizaram uma revisão da literatura sobre QV relacionada à saúde em portadores de câncer bucal. Verificaram a importância da avaliação da QV de acordo com as localizações anatômicas dos tumores. Notaram ainda que características como: idade, gênero, localização e estadiamento do tumor, condição emocional, fatores de risco, relação conjugal, tipo de reconstrução cirúrgica, dissecação cervical, Rt complementar, entre outros, interferiram na QV. Concluíram que a avaliação da QV nesse âmbito deveria ser considerada como parte integrante do processo de cuidado com portadores de câncer de cabeça e pescoço. Permitindo assim, avaliar o impacto de diferentes estratégias de tratamento, de maneira a oferecer a abordagem mais apropriada de suporte e tratamento para o paciente.

Rogers et al.⁷¹ (2006) coletaram dados de pacientes sem câncer, com o auxílio do UW-QOL versão 4, e compararam com grupos de portadores de câncer em cabeça e pescoço. A amostra compreendeu 372 pacientes saudáveis do atendimento de rotina da Unidade Regional Maxilofacial de Liverpool entre 1995 e 2002, e 238 portadores de câncer bucal puderam

responder ao questionário após o tratamento. A princípio, as diferenças foram notáveis para ansiedade, dor, deglutição, mastigação e humor. Após um ano, houve importante diferença para dor, função do ombro, humor e ansiedade. A conclusão foi que os dados de referência consistiram em um importante componente na validação do questionário, auxiliando também na interpretação da QV.

Smith et al.⁸⁰ (2006) avaliaram QV e função através da aplicação de questionários em pacientes tratados para o câncer bucal e reconstruídos com enxertos livres. Os instrumentos utilizados foram o UW-QOL e o *Functional Assessment of Cancer Therapy - General Questionnaire* (FACT-G), que avalia condição física, social, familiar e emocional do paciente. Os questionários foram enviados a 139 pacientes por correspondência, sendo que retornaram 63 completamente preenchidos. O estadiamento clínico disponível nos prontuários médicos englobava 7 pacientes no estágio T1, 31 no T2, 8 no T3 e 15 no T4, havendo 2 casos tratados para recorrência do tumor. Os locais mais acometidos foram língua e assoalho de boca. Foi observada significância sobre os efeitos da Rt na fala e na dieta. Pacientes que temiam recidiva de câncer tiveram os piores resultados na avaliação da QV. O estadiamento e a localização do tumor não revelaram influência na QV e na função nesse estudo. Pacientes tratados para câncer bucal apresentaram redução persistente na QV e na função, mesmo um ano após o término do tratamento. Acrescentaram que o recrutamento dos pacientes através de correspondências apresentou baixo número de retornos e dificuldade no preenchimento, reduzindo assim, a qualidade dos dados obtidos.

Vartanian et al.⁸⁵ (2006) propuseram traduzir e realizar a validação da 4ª versão do UW-QOL para o idioma português brasileiro. A tradução e a adaptação cultural seguiram normas internacionais. Uma série de 109 pacientes foram submetidos à avaliação psicométrica após um ano do tratamento do câncer do trato aerodigestivo superior, e sem a presença de recidivas. Foram aplicados também os questionários validados: *Medical Outcomes Study 36-Item Short - Form Health Survey* (SF-36) e o HADS. Os resultados apresentaram confiabilidade excelente, e a validação foi suportada por forte significância estatística com relação aos outros instrumentos aplicados. A versão português brasileiro do UW-QOL demonstrou estar culturalmente apropriado e

psicometricamente validado para avaliar a QV de brasileiros com câncer de cabeça e pescoço.

Bolzoni-Villaret et al.⁸ (2008) realizaram um estudo prospectivo para avaliar a QV de 92 pacientes tratados para o câncer bucal ou de orofaringe e submetidos à reconstrução. Todos os pacientes realizaram o tratamento cirúrgico e 44 deles necessitaram de Rt complementar. Seguindo o sistema de estadiamento TNM, 8 pacientes estavam no estágio T1, 28 no T2, 11 no T3 e 45 no T4 (41 em *T4a* e 4 em *T4b*). Para avaliar a QV foram utilizados os instrumentos UW-QOL versão 2 e o PSS, nos períodos pré-operatório, 3, 6 e 12 meses após o tratamento. Dos 92 pacientes, 57 não chegaram ao fim do estudo, devido aos óbitos e recidivas. A pior QV foi verificada nos 3 meses após o tratamento, observando-se gradual melhora após 12 meses, porém, nunca ultrapassando ou alcançando os níveis de QV registrados no momento pré-operatório. O domínio mastigação piorou significativamente após o tratamento, principalmente nos pacientes submetidos à mandibulectomia. Por outro lado, ressecções em língua não tiveram influência nos domínios mastigação, deglutição e fala. De acordo com o tipo de reconstrução, os melhores escores de QV foram observados nos pacientes reconstruídos com enxerto livre. Os outros domínios avaliados não apresentaram valores significantes nesse estudo. Com base nos resultados obtidos, é possível fornecer ao paciente, informações sobre possíveis dificuldades e limitações decorrentes do tratamento e os conseqüentes prejuízos na QV.

Kazi et al.³⁹ (2008) avaliaram a QV de pacientes com câncer bucal submetidos à glossectomia parcial e a influência do tipo de tratamento na QV. O instrumento utilizado foi o UW-QOL (versão 4) enviado a 38 pacientes. Dos 34 respondentes, os piores escores para a QV foram verificados para os domínios mastigação, paladar e saliva. A glossectomia parcial mostrou bons índices de QV global. Pacientes submetidos ao tratamento complementar (dissecção cervical, reconstrução, complicações ou Rt) tiveram pior QV, o que também foi verificado nos pacientes com tumores maiores. Com relação ao gênero, notou-se melhor QV em homens, e piores valores relacionados ao humor em mulheres. O tratamento radioterápico complementar influenciou negativamente nos domínios saliva, mastigação, dor, aparência e deglutição, enquanto a dissecção cervical

resultou em problemas relacionados à movimentação dos ombros. Considerando o grau de importância de cada domínio na QV dos pacientes, os mais citados foram deglutição, fala e saliva. Concluíram que o tratamento complementar reduziu significativamente a QV.

Infante-Cossio et al.³⁶ (2009) utilizaram os instrumentos QLQ-C30 EORTC e o QLQ - H&N35 para avaliar a QV em 128 pacientes com diagnóstico de câncer bucal (71) e de orofaringe (57) antes do tratamento, a fim de estabelecer correlações de acordo com o gênero, idade, localização e estadiamento do tumor. Os pacientes responderam aos questionários uma semana após receberem o diagnóstico. A maioria dos tumores encontrava-se nos estadiamentos T1 e T2 (85). As mulheres apresentaram maior índice de problemas físicos e relatos de dor. Pacientes mais idosos (com mais de 65 anos) apresentaram mais problemas com fadiga e dor. O pior prognóstico foi verificado em portadores de câncer em orofaringe e, segundo o estadiamento, os tumores iniciais obtiveram melhores escores de QV. De acordo com os autores, a QV parece estar relacionada ao gênero, idade, localização e estadiamento do tumor.

2.2 Análise do Aspecto Funcional

Finlay et al.²⁶ (1992) estudaram os resultados funcionais de 255 pacientes após o tratamento para o câncer bucal e de orofaringe. Os tumores estavam localizados principalmente em assoalho de boca e língua (142). Seguindo o sistema de estadiamento TNM, os pacientes foram distribuídos da seguinte maneira: T1 (67), T2 (57), T3 (10), T4 (74) e 47 pacientes não foram classificados, sendo que 76 fizeram apenas cirurgia e 166 realizaram o tratamento combinado (cirurgia e Rt). A habilidade para deglutir foi avaliada de acordo com a consistência da dieta (sólida, semi-sólida ou líquida). Além disso, foi realizado um exame dental antes e após o tratamento para verificar os procedimentos necessários para adequar o meio bucal, por meio de restaurações, reabilitações e/ou tratamento de infecções. Observaram que 46% dos pacientes ingeriam dieta líquida ou semi-sólida após o tratamento e que a consistência da dieta foi relacionada com o estadiamento do tumor, sendo que nos estágios mais avançados houve tendência à ingestão de alimentos líquidos ou semi-sólidos. A localização do tumor não afetou a consistência da dieta no

pós-operatório. Os pacientes foram pesados em diferentes momentos do tratamento, revelando perda de peso (média de 4 kg) naqueles com tratamento combinado, com baixa recuperação do peso após 6 meses (65%). Segundo este estudo, os pacientes no estadiamento T1 e não irradiados, tiveram maior chance de retornar rapidamente para uma dieta normal e recuperar o peso mais facilmente.

Bundgaard et al.¹³ (1993) analisaram a função oral em 81 pacientes com câncer bucal no momento do diagnóstico e durante 1-2 anos após o término do tratamento. Dos 81 pacientes selecionados, 43 foram acompanhados, sendo que o estadiamento clínico desses 43 pacientes sobreviventes foi distribuído da seguinte forma: 26 no estágio T1, 12 no estágio T2, 3 no T3 e 2 no T4. Desses, 13 tiveram recorrência do tumor primário. O tratamento foi cirúrgico e/ou radioterápico, de acordo com o tamanho e localização do tumor. Os pacientes passaram periodicamente por rigoroso exame intrabucal, onde foram avaliados itens referentes à condição e higiene dental, da mucosa e função. Os itens mobilidade da língua e fala, mostraram melhores resultados em pacientes submetidos à Rt isolada, em comparação aos pacientes que tiveram tratamento combinado (cirurgia e Rt) ou apenas cirúrgico. Pacientes que sofreram recorrência do tumor revelaram os piores valores funcionais e mostraram nítida dificuldade em aceitar o tratamento novamente. As comparações feitas antes e após o tratamento mostrou que aspectos como: xerostomia, dor, presença de mucosite e dificuldade em mastigar foram freqüentes em pacientes submetidos ao tratamento combinado e naqueles que sofreram recorrência do tumor, sendo que esses últimos apresentaram pior QV geral.

Jacobson et al.³⁷ (1995) examinaram a função oral em pacientes com defeitos cirúrgicos conseqüentes da ressecção de tumores em boca e orofaringe, posteriormente reconstruídos com enxertos livres. Foram analisados 30 pacientes operados e reconstruídos entre 1988 e 1991, sendo que 6 realizaram Rt pós-cirúrgica. A análise funcional foi realizada por um mesmo patologista que fez uso de um protocolo clínico para a realização dos exames que compreendiam: deglutição, mobilidade e controle da língua, lábios, movimentação e controle mandibular, sensibilidade bucal e de orofaringe,

mastigação e fala. Dentre as análises, os piores valores para a fala foram encontrados em pacientes que sofreram ressecção na região anterior da língua e assoalho de boca, enquanto a deglutição e a mastigação foram prejudicadas em casos onde a base da língua foi removida. Observaram que pacientes cuja ressecção cirúrgica compreendeu base ou porção anterior da língua apresentaram os piores valores funcionais. Resultados funcionais favoráveis foram encontrados em pacientes reconstruídos com enxertos livres. Porém, ainda são necessários estudos para determinar se este método de reconstrução constitui na melhor escolha para o restabelecimento da função oral.

Curtis et al.¹⁹ (1997) compararam a performance mastigatória entre grupos mandibulectomizados (com e sem reconstrução mandibular) e um grupo controle constituído por indivíduos sem câncer bucal. Avaliaram se os testes funcionais utilizados para analisar a eficiência mastigatória coincidiam com os relatos dos pacientes a respeito do tipo de alimento que podiam mastigar. Os pacientes foram avaliados, pelo menos, seis meses após a cirurgia e livres da doença. Foram selecionados 10 pacientes sem reconstrução, 10 que receberam enxerto livre e 10 do grupo controle. As medidas de função oral incluíram força de mordida, mobilidade de língua, além dos pacientes relatarem os alimentos que podiam comer. Ambos os grupos, reconstruídos ou não, mostraram uma redução na força mastigatória e uma dieta mais restrita, além de função comprometida em língua, quando comparados com os pacientes saudáveis. No entanto, pacientes reconstruídos tiveram resultados melhores na mobilidade da língua e maior variação na dieta em comparação aos que não foram submetidos à reconstrução.

Konstantinovic, Dimic⁴¹ (1998) determinaram a influência do tamanho do defeito cirúrgico, local e tipo de reconstrução, na mobilidade da língua após tratamento do câncer de língua e assoalho de boca. O estudo consistiu de 60 pacientes avaliados após, pelo menos, 6 meses da cirurgia seguida de Rt. De acordo com o estadiamento TMN, 35 pacientes tinham tumores T2, 16 (T3) e 9 (T4) e dependendo do tamanho do tumor, os pacientes foram divididos em 2 grupos após a cirurgia: 1- defeitos menores de 5 cm de diâmetro (35), e 2- defeitos maiores de 5 cm de diâmetro (25). Considerando a localização: 1- região anterior da língua e assoalho, 2- lateral da língua e

assoalho e 3- base da língua. O tipo de reconstrução foi distribuído em categorias que seguem: 1- parcialmente reconstruído, 2- reconstruído com tecido adjacente ou 3- reconstruído com enxerto miocutâneo peitoral. Pacientes com defeitos maiores tiveram os piores índices de mobilidade lingual, o mesmo ocorreu naqueles reconstruídos com enxertos miocutâneos. O tipo de reconstrução, seguido pelo tamanho do defeito cirúrgico foram os principais fatores de influência na mobilidade da língua após o tratamento do câncer de língua e assoalho, sendo que a localização do defeito não teve influência neste estudo.

Pauloski et al.⁵⁷ (1998) investigaram a interferência de diferentes modalidades de tratamento (apenas cirúrgico com sutura oclusiva, ou com retalho cutâneo, e aqueles reconstruídos com enxertos pediculados ou enxertos livres) na fala de 142 pacientes após o tratamento cirúrgico para o câncer bucal e de orofaringe. Após 3 meses da ressecção cirúrgica, a fala foi avaliada por meio da gravação de 6-7 minutos de conversação, seguindo um protocolo envolvendo a pronúncia de fonemas, testes articulares e inteligibilidade da fala. Ressecções amplas foram associadas à piores índices referentes à fala. Observaram que a dificuldade na pronúncia de alguns fonemas foi relacionada à extensão da ressecção de língua, assoalho de boca ou palato mole. A análise realizada neste estudo mostrou que o método de reconstrução à base de enxertos livres apresentou os piores valores funcionais referentes à fala. Constataram que a porção de tecido lingual removida foi relacionada ao grau de deficiência na fala, mas houve significância neste aspecto apenas em graus severos de mutilação com reconstrução à base de enxertos.

Friedlander et al.²⁷ (2002) avaliaram o estado funcional de um grupo de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para carcinoma de base de língua. Foram utilizados os questionários KPS e o PSS. De 48 questionários enviados aos pacientes, retornaram 26 completamente preenchidos. A média de sobrevivência do grupo foi de 8,6 anos, sendo a média de idade de 54 anos (variando de 29 a 82 anos). Com relação ao estadiamento, 2 pacientes estavam no estágio T1, 17 no estágio T2 e 7 no estágio T3. Rt complementar foi necessária em 21 pacientes. As questões baseavam-se principalmente em aspectos como fala, dieta e habilidade para comer em público. Observaram uma

tendência de maior diversidade na dieta em pacientes mais jovens (50 anos ou menos). Além disso, pacientes mais jovens acreditavam poder levar uma vida completamente normal, enquanto os mais idosos possuíam algumas limitações em suas atividades, independentemente do estadiamento clínico do tumor. De maneira geral, concluíram que os pacientes submetidos à ressecção de tumor em base de língua apresentaram ótimos resultados funcionais.

Rogers et al.⁶⁹ (2002) tiveram como objetivo explorar os 11 domínios do exame clínico (competência labial, mobilidade da língua, saúde bucal, condição dental, abertura bucal, fala, salivação, consistência da dieta, aparência, sensação bucal e movimento nos ombros) e a QV relacionada à saúde de pacientes com câncer bucal. O instrumento utilizado foi o UW-QOL, nos períodos antes, 6 e 12 meses após o tratamento de 130 pacientes, que foram classificados de acordo com o estadiamento clínico das lesões, sendo 72 pacientes nos estágios T1 e T2, e o restante (58) nos estágios T3 e T4. O exame clínico foi realizado nos retornos, após o tratamento cirúrgico. Notaram que o fator de maior importância clínica para o prognóstico pessoal de QV foi o tamanho do tumor: quanto menor o tumor, maior a pontuação e melhor a função clínica. Com relação aos fatores que mais influenciaram a QV após a cirurgia de câncer bucal ou de orofaringe, observaram o tamanho do tumor, o tipo de cirurgia e o uso adjuvante de Rt. Como resultado, comparando ao pré-operatório, os melhores escores acumulados foram obtidos para os pacientes com pequenos tumores e melhores escores funcionais.

Rogers et al.⁷⁰ (2002) acompanharam 130 pacientes com câncer de cabeça e pescoço antes e após a ressecção cirúrgica, com o objetivo de identificar os déficits funcionais decorrentes do tratamento. Foi feito um exame clínico compreendendo os seguintes aspectos: competência labial, mobilidade da língua, saúde bucal, condição dental, abertura bucal, fala, salivação, consistência da dieta, aparência, sensação bucal e movimento dos ombros. Dos 130 pacientes, 62 necessitaram de Rt adjuvante. A idade média dos pacientes foi de 60 anos, e o estadiamento clínico dos tumores compreendia 72 pacientes nos estágios T1 e T2, e o restante (58) nos estágios T3 e T4. O exame funcional foi realizado em 129 pacientes antes da cirurgia. Neste momento os itens mais afetados foram: condição dental, consistência da dieta e protrusão lingual. Um

ano pós-cirurgia, 79 pacientes foram novamente examinados e foi notada piora nos itens relacionados à mobilidade da língua, abertura bucal, saúde bucal, fala, consistência da dieta, aparência, sensibilidade em lábio e língua. No entanto, observou-se uma tendência de melhora funcional após um ano do término do tratamento. Além disso, pacientes com tumores extensos, submetidos à Rt ou com reconstruções à base de enxertos, apresentaram os piores valores funcionais.

Ellabban et al.²⁴ (2007) realizaram um estudo que analisou a fala de 24 pacientes tratados para câncer bucal em estadiamento T2, enxertados e que fizeram Rt complementar. A avaliação longitudinal da fala foi verificada durante um ano por dois métodos: análise objetiva por digitalização e análise subjetiva por escala numérica. As avaliações foram feitas no pré-operatório e 1 mês, 3, 6 e 12 meses pós-operatório. A correlação entre a análise objetiva e subjetiva foi estudada e revelou resultados muito próximos entre os métodos avaliados.

Speksnijder et al.⁸¹ (2007) procuraram quantificar a função oral em 350 pacientes com lesões orais malignas em diferentes estágios do tratamento: antes da cirurgia, 5 semanas após, 1, 2 e 3 anos após o tratamento. Em cada retorno era medida a função mastigatória, força de mordida, força da língua, do lábio, mobilidade bucal, da língua, sensibilidade oral, produção de saliva, deglutição, fala e mobilidade de pescoço e ombros. Cinco semanas após a intervenção cirúrgica, a função oral foi significativamente prejudicada em todos os casos. Pacientes tratados de tumores em língua e assoalho de boca tiveram os piores resultados, quando comparados aos outros grupos anatômicos. Observaram que existe uma tendência em melhorar a função com o tempo, mesmo assim, pacientes com tumores em língua e assoalho de boca tiveram maior quantidade de problemas relacionados à função oral, enquanto nos pacientes com tumores em maxila, esse índice foi bastante reduzido.

2.3 Reabilitação Oral

Pace-Balzan et al.⁵⁵ (2004) elaboraram um instrumento para avaliar a reabilitação oral de pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço.

Realizaram, portanto, um estudo piloto propondo um novo questionário: O *Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire* (LORQ), composto por 25 itens sobre função oral e satisfação com próteses dentais. Neste estudo, 61 pacientes completaram o instrumento proposto, juntamente com o UW-QOL versão 3 e o QLQ-H&N35. Foram observadas correlações significantes entre os questionários LORQ, o UW-QOL e o QLQ-H&N35, mostrando que o instrumento em análise identificou diferenças importantes entre grupos de pacientes que tiveram ou não câncer, e submetidos à reabilitação oral. Desta forma este estudo preliminar demonstrou importante validade na avaliação da reabilitação oral, porém, amostras maiores devem ser estudadas.

Strassburger et al.⁸² (2004) realizaram uma revisão de literatura odontológica para identificar e classificar os artigos conforme a influência das próteses e dos implantes dentários na satisfação do paciente com relação à saúde bucal associada à QV. A revisão envolveu trabalhos cujas amostras eram compostas por pacientes saudáveis, sem experiência prévia de câncer. Segundo este autor 82% desses estudos usou instrumentos não validados.

Rogers et al.⁷² (2005) investigaram os efeitos da reabilitação oral em 130 pacientes que sofreram cirurgia para remoção de carcinoma bucal e de orofaringe. O instrumento UW-QOL foi aplicado antes, 6 e 12 meses após a ressecção cirúrgica. De todos os pacientes, 28 (22%) realizaram tratamento reabilitador. A reabilitação foi realizada por meio de próteses totais convencionais (8), implanto suportadas (7), próteses parciais removíveis (3), próteses fixas (2), entre outras (8). Notaram que o tempo médio entre a cirurgia e o início da reabilitação foi de 12 meses, e que o tratamento reabilitador levou em média 14 meses para sua execução. Observaram ainda que muitas variáveis influenciaram o encaminhamento do paciente para a reabilitação, como limite de abertura bucal, espaço inter-arcos e vontade do paciente, além de selecionarem pacientes com queixas constantes relativas à mastigação no prazo de um ano após a ressecção cirúrgica. O tamanho do tumor não influenciou o tempo entre o término do tratamento e o início da reabilitação, porém, pacientes que realizaram Rt complementar aguardaram um período maior para o início do tratamento reabilitador. Concluíram que houve melhora no aspecto relacionado à mastigação no grupo como um todo, em um período de 12 meses. Mas, o

impacto da reabilitação oral na QV neste estudo não pode ser justificada apenas pela melhora na mastigação, pois a aplicação do questionário não coincide com o término da reabilitação.

Pace-Balzan et al.⁵⁴ (2006), após desenvolverem o LORQ em 2004, identificaram a necessidade de incluir detalhes a respeito de mastigação e aparência, além de dados referentes à próteses totais, dentes e implantes. Desta forma, em 2006 propuseram aprimorar e validar o referido instrumento. Para isto, enviaram os questionários LORQ versão 3 e OHIP-14 para 164 pacientes atendidos no *University Hospital Aintree, Liverpool*. Destes, 90 retornaram os questionários, onde foi possível observar que pacientes não reabilitados tenderam a relatar prejuízos na deglutição, acúmulo de alimentos embaixo da língua, xerostomia e trismo. Como parte da validação, o LORQ v3 foi comparado ao OHIP-14, mostrando grande correlação entre os questionários nos itens referentes à vida social. Porém, em vários outros aspectos não houve correlações entre os instrumentos avaliados, favorecendo a inserção de itens adicionais ao LORQ v3. Concluíram que os dados obtidos são suficientes para permitir a aplicação clínica deste instrumento, entretanto, maior aplicação ainda é necessária.

Nelson et al.⁵² (2007), avaliaram a sobrevida de implantes e próteses implanto suportadas em 93 pacientes tratados cirurgicamente para remoção de tumor em boca, sendo que 29 destes pacientes receberam Rt complementar. Todos os pacientes tiveram implantes colocados com finalidade reabilitadora posterior. No total, foram inseridos 435 implantes de titânio e diferentes tipos de próteses foram confeccionados, conforme a necessidade de cada paciente. A cada seis meses os pacientes eram avaliados clinicamente para verificação da condição dos implantes, próteses e saúde bucal. Dos 435 implantes inseridos, 43 foram perdidos ou estavam indisponíveis devido ao óbito de alguns pacientes. A taxa de sobrevida dos implantes em um período de 3,5 anos foi de 92%, enquanto o acompanhamento por 10 anos mostrou 69% de sucesso, sendo que em pacientes saudáveis este índice chega a mais de 90% em um período de 10 anos. Constataram que, em longo prazo, a taxa de sucesso de implantes em pacientes tratados para câncer bucal é inferior aos outros pacientes. No entanto, esta taxa reduzida de sucesso também se deve ao

elevado índice de mortalidade presente neste grupo, e não necessariamente devido à falta de osseointegração.

Schoen et al.⁷⁶ (2007) avaliaram a QV relacionada à função oral em 67 pacientes edêntulos portadores de câncer em cabeça e pescoço, tratados com a combinação de cirurgia e Rt em tumores de região inferior da cavidade oral, durante o período de 1990 a 2000. Verificaram que a maioria dos pacientes possuía tumores grandes (T2 a T4) de acordo com o sistema de estadiamento TNM. Todos os pacientes foram reabilitados com próteses convencionais e estavam livres da doença por, pelo menos, um ano. Foi feita uma avaliação clínica e solicitado aos pacientes que respondessem questionários referentes à função oral e QV. Foi verificada falta de retenção e pouca estabilidade nas próteses de grande parte dos pacientes, sendo que 66% destes seriam beneficiados com próteses implanto suportadas. O restante dos pacientes não seria beneficiado de maneira alguma, pois as funções orais (fala, mastigação e deglutição) foram severamente prejudicadas em decorrência do tratamento, não se esperando, portanto, melhora na função com a reabilitação desses pacientes. Com relação à QV, os pacientes que utilizavam as próteses freqüentemente, revelaram melhores escores nas variáveis referentes à mastigação e satisfação com as próteses, quando comparados aos pacientes que utilizavam as próteses somente com finalidade cosmética. A análise dos questionários revelou ausência de significância entre análise funcional, QV e parâmetros como tamanho do tumor, localização e diferentes regimes terapêuticos. Concluíram que a Rt influenciou diretamente na função oral e QV após o tratamento oncológico. Em dois terços dos pacientes, melhora na função e na QV seriam esperadas com o uso de próteses implanto suportadas.

Pace-Balzan et al.⁵³ (2008) tiveram por objetivo aperfeiçoar e validar o instrumento LORQ v3, para avaliar a QV relacionada à saúde em pacientes após o tratamento para o câncer bucal e também verificar a necessidade da reabilitação oral nesses indivíduos. Na década de 90, como não haviam instrumentos validados para este fim, pesquisadores da Universidade de Aintree – Liverpool, elaboraram um questionário com o objetivo de avaliar o impacto da reabilitação oral após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço; avaliar o resultado da reabilitação oral na QV relacionada à saúde; e a partir daí,

permitir auxiliar na seleção do tratamento, além de avaliar a eficácia dos resultados após a reabilitação oral. O LORQ v3 consiste de 40 itens divididos em 2 sessões principais: a primeira relacionada à função oral, aparência orofacial e interação social; e a segunda referente à próteses e satisfação do paciente com a reabilitação oral. O LORQ v3 e o OHIP-14 foram aplicados em 104 pacientes oriundos do Hospital Universitário de Aintree – Liverpool, encaminhados para a confecção de próteses totais removíveis entre novembro de 2004 e junho de 2005. Pacientes reabilitados com próteses totais em ambos os arcos apresentaram piores escores referentes à função oral e problemas com a prótese inferior (mandibular) e conseqüentemente baixa satisfação com as próteses, quando comparados aos pacientes que usavam próteses parciais removíveis.

Schoen et al.⁷⁷ (2008) analisaram o impacto da reabilitação protética implanto suportada na QV de 50 pacientes tratados para o câncer de cabeça e pescoço. O estadiamento dos tumores seguiu a classificação TNM, sendo 27 pacientes nos estágios T1 e T2, e 23 pacientes nos estágios mais avançados (T3 e T4). A QV foi avaliada usando o QLQ-C30 e o QLQ-H&N35. Todos os pacientes tiveram 4 implantes inseridos em mandíbula (na região interforaminal) durante a cirurgia para a remoção do tumor. Trinta e um pacientes necessitaram de Rt complementar. De todos os implantes inseridos, 4 foram perdidos (2 em pacientes irradiados e 2 em não irradiados). Em 15 pacientes não foi possível instalar próteses implanto suportadas devido à não completa ressecção do tumor ou pela recidiva da lesão, ou ainda em decorrência do óbito de alguns pacientes. Não foi relatado nenhum caso de osteorradionecrose no período de um ano. Os 35 pacientes reabilitados mostraram melhora na QV, principalmente os pacientes não irradiados, assim como a satisfação com a prótese também foi maior neste grupo. Concluíram que a prótese mandibular implanto suportada pode melhorar a QV relacionada à função oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, especialmente em indivíduos não submetidos à Rt.



Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar o impacto do tratamento do câncer bucal na QV, além de investigar as alterações funcionais e as perspectivas para a reabilitação oral.



*Material e
Método*

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo para avaliar QV, alterações funcionais e perspectivas para a reabilitação oral em portadores de câncer bucal tratados no Hospital Amaral Carvalho, na cidade de Jaú – SP, recrutados no período de abril a dezembro de 2008.

O presente estudo foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Amaral Carvalho, na 36ª Reunião Ordinária realizada no dia 25 de janeiro de 2008, sob protocolo CEPFHAC 09/08 (Anexo 1). A identidade dos pacientes foi mantida em sigilo e foram seguidas todas as normas éticas para estudos envolvendo pacientes. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Foram recrutados 50 pacientes (42 homens e 8 mulheres) tratados para carcinoma de células escamosas bucal, em diferentes condições e estágios clínicos. Todos os pacientes haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico. Vinte e nove receberam Rt/Qt complementar, a critério dos Oncologistas do hospital.

Critérios de Inclusão: foram incluídos no estudo os pacientes, de qualquer idade, tratados para carcinoma bucal de células escamosas e submetidos à ressecção cirúrgica, com ou sem complementação Rt/Qt.

Critérios de Exclusão: pacientes que apresentavam outros tipos histológicos de câncer e aqueles não submetidos ao tratamento cirúrgico. A amostra foi composta apenas por portadores de câncer intrabucal, sendo excluídos, portanto, os casos de neoplasias em lábio, laringe, faringe, glândulas salivares, tireóide, pele, outros tumores em tecidos moles e ósseos.

O recrutamento dos pacientes foi realizado no hospital, consecutivamente, durante consultas de retornos médicos. No momento da abordagem, o paciente era esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e em seguida, convidado a responder ao questionário sobre QV e a se submeter a exame clínico. A aplicação do questionário, assim como o exame clínico, foram realizados pelo mesmo pesquisador.

4.1 Coleta de Dados

Foi elaborado um questionário específico para coleta de dados sócio-demográficos dos pacientes (idade, gênero, estado civil, etnia, nível de escolaridade e exposição a fatores de risco), além de características clínicas (estadiamento, localização do tumor e tipo de tratamento). Algumas dessas informações foram coletadas dos prontuários clínicos disponíveis no arquivo hospitalar e outras, obtidas dos próprios pacientes, durante a entrevista.

Todas as informações foram inseridas em um banco de dados construído com o auxílio do programa Epi Info versão 3.3.2 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos), disponível para download em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/epiinfo.htm>. Para a utilização do programa Epi Info os resultados foram codificados em sistema alfa numérico (Anexo 3).

Os tumores foram classificados conforme o sistema de estadiamento TNM que tem por base a avaliação de três componentes:

T - extensão do tumor primário;

N - ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais;

M - ausência ou presença de metástase à distância.

A adição de números a estes três componentes indica a extensão e a gravidade do tumor. Assim temos: T0 a T4; N0 a N3; M0 e M1. As subdivisões de algumas categorias principais estão disponíveis para aqueles que necessitam de maior especificidade (T4a, T4b, N2a, N2b, N2c). A letra “x” após T, N ou M significa que a condição não pode ser avaliada por alguma razão associada à informação insuficiente e, por fim, Tis significa carcinoma “in situ”. O sistema é uma “anotação taquigráfica” para descrever clinicamente a severidade de um determinado tumor maligno^{5,10} (Anexo 4).

4.2 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL)

Os pacientes responderam ao questionário UW-QOL, desenvolvido inicialmente por Hassan, Weymuller³² em 1993. Atualmente, em sua 4ª versão, o instrumento foi validado para o idioma português brasileiro⁸⁵, para avaliar a QV relacionada à saúde em pacientes submetidos ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço, estando disponível para download no endereço eletrônico:

<http://www.headandneckcancer.co.uk/showpage.asp?id=QOL&menu=5>. (Anexo 5).

O questionário da Universidade de Washington (UW-QOL) possui doze questões específicas sobre diferentes domínios de QV, a serem informados pelo próprio paciente (dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombros, paladar, salivação, humor e ansiedade). Cada questão possui entre 3 e 5 possibilidades de escolha, permitindo descrever as disfunções e limitações vividas diariamente pelo paciente, resultando numa escala de 0 a 100 pontos. O questionário também permite avaliar questões relevantes para o paciente durante a última semana (questão número 13), e ainda possui quatro questões gerais, uma delas descritiva, para o paciente anotar temas relevantes para sua QV, as outras três possuem cinco ou seis possibilidades de escolha: uma para o relato comparativo do estado atual com o vivido no mês anterior ao diagnóstico (questão número 14), outra para avaliar sua QV durante a última semana (questão número 15), e uma terceira para avaliar a QV segundo uma perspectiva mais abrangente, a qual inclui fatores sociais e espirituais (questão número 16)⁸⁵. O alto nível de QV ou função normal representa 100 pontos, enquanto níveis mais baixos são representados por valores inferiores (<100). Este instrumento tem sido relatado como dispondo de boa aceitabilidade, praticidade e validade dos resultados^{11,66}.

4.3 Exame clínico

Os pacientes também foram submetidos a exame clínico bucal para avaliação das eventuais alterações funcionais, envolvendo os 6 itens descritos abaixo. Os exames foram realizados sob iluminação de refletor e com o auxílio de espátulas de madeira. Em seguida os pacientes foram questionados sobre o uso de próteses dentárias e expectativas a respeito de tratamentos reabilitadores após a experiência do câncer bucal (Anexo 6).

O exame para a avaliação das funções clínicas foi composto pelos 6 itens seguintes:

4.3.1 *Mobilidade da língua;*

4.3.2 *Habilidade para comer em público;*

4.3.3 *Inteligibilidade da fala;*

4.3.4 *Consistência da dieta;*

4.3.5 *Aparência;*

4.3.6 *Salivação.*

4.3.1 Mobilidade da língua. A mobilidade da língua é crítica para a fala e deglutição. Além disso, tem grande importância na mastigação^{37,75}. Para esta análise foi solicitado que os pacientes realizassem movimentos de lateralidade direita, esquerda, colocação da língua no palato e protrusão da língua. Para a padronização dos resultados, os valores foram distribuídos em três categorias¹⁷:

1. Normal: padrão adequado;
2. Alterado: realização dos exercícios, embora com dificuldade e lentidão;
3. Muito alterado: língua aderida no assoalho de boca, fraqueza da musculatura e incapacidade para realizar os exercícios propostos.

4.3.2 Habilidade para comer em público: Foi avaliada aplicando a tabela de análise funcional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, proposta por List et al.⁴⁵ (1990), utilizando os escores abaixo:

Resultados funcionais	Escore
Sem restrições para comer em público	100
Restrição da dieta quando em público	75
Come apenas na presença de algumas pessoas em lugares restritos	50
Só come em casa na presença de algumas pessoas	25
Sempre come sozinho	0

4.3.3 Inteligibilidade da fala: Foi avaliada pelo profissional durante entrevista clínica, utilizando como parâmetro a tabela de análise funcional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, proposta por List et al.⁴⁵ (1990), de acordo com os escores abaixo:

Resultados funcionais	Escore
Sempre compreensível	100
Compreensível na maioria das vezes, ocasionalmente repetição é necessária	75
Usualmente incompreensível, contato cara-a-cara é necessário	50
Difícil de compreender	25
Incompreensível, necessita escrever para ser compreendido	0

4.3.4 Consistência da dieta. Foi avaliada com base em questionamentos específicos sobre a dieta do paciente e classificados de acordo com a tabela de análise funcional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, proposta por List et al.⁴⁵ (1990), utilizando os escores abaixo:

Resultados funcionais	Escore
Sem restrições de alimentos	100
Amendoim	90
Carnes	80
Cenoura	70
Pães e biscoitos	60
Macarrão, vegetais, peixes, hambúrguer	50
Ovos, purê de batatas, pudim	40
Alimentos triturados	30
Líquidos quentes	20
Líquidos gelados	10
Sonda	0

4.3.5 Aparência. Na ausência de uma medida clínica padrão, foram observadas assimetrias faciais, seqüelas cirúrgicas, postura cabeça-pescoço, sinais extrabuciais e retrações de tecidos. Foram feitas fotografias para efeito de comparação⁷⁰.

4.3.6 Salivação. Para a análise do fluxo salivar estimulado foi utilizada solução composta por ácido cítrico a 2,5%. Foram colocadas 2 gotas da solução no dorso lingual dos pacientes e solicitado para que eles deglulissem a saliva logo após este procedimento, a seguir foram orientados a coletar saliva utilizado um coletor universal LEMED® 80ml, por cinco minutos. Em seguida, a saliva coletada foi transferida para um tubo graduado, sendo utilizada para a análise somente a porção líquida. Os pacientes foram orientados a permanecer 120 minutos sem fumar e sem ingerir líquidos ou alimentos antes do início da coleta. Para determinação do fluxo salivar foi calculada a razão entre o volume total de saliva produzido e o intervalo de tempo de secreção em minutos (mL/min) e a avaliação foi realizada baseando-se no seguinte protocolo, proposto por Pupo et al. em 2002⁶⁰.

Quantidade de saliva	Interpretação
Maior ou igual a 1,0 mL/min	Fluxo normal
Abaixo de 1mL/min	Hipossalivação

4.4 Análise estatística

Os testes estatísticos foram realizados com auxílio do programa Open Epi (*Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health* - versão 2), disponível on-line em: www.openepi.com. Com este recurso foi possível relacionar dados do questionário UW-QOL com as informações clínicas e demográficas, além da abordagem dos aspectos relacionados à reabilitação oral.

Para a comparação entre as proporções foi aplicado o teste qui-quadrado (χ^2) para estudar a dependência entre duas variáveis, através de uma tabela de dupla entrada ou também conhecida como tabela de contingência. Porém, em casos em que a frequência esperada em cada célula da tabela fosse menor que 5, a comparação entre as proporções foi realizada com o Teste exato de Fisher, pois em amostras reduzidas esse teste apresenta menor margem de erro que o teste de qui-quadrado. Para a comparação entre duas médias foi utilizado o Teste *t* de *Student* com intervalo de confiança de 95%.

Diferenças com valores de $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes.



5 RESULTADO

Os resultados serão apresentados de acordo com os itens abaixo:

- 5.1 Caracterização Geral da Amostra
- 5.2 Qualidade de Vida e Tratamento
- 5.3 Qualidade de Vida e Estadiamento TNM
- 5.4 Qualidade de Vida e Domínios Específicos
 - 5.4.1 Mastigação
 - 5.4.2 Deglutição
 - 5.4.3 Saliva
 - 5.4.4 Dor
 - 5.4.5 Outros Domínios
- 5.5 Qualidade de Vida e Alterações Funcionais
- 5.6 Qualidade de Vida e Reabilitação Oral
- 5.7 Questões descritivas (UW-QOL)

5.1 Caracterização Geral da Amostra

Este estudo envolveu um total de 50 pacientes, 42 homens (84%) e 8 mulheres (16%), com idade média de 60,5 (\pm 10,1) anos, sendo 90% brancos e 62% casados. Todos os pacientes foram portadores de carcinoma de células escamosas intrabucal, e no momento do recrutamento para o estudo já haviam sido tratados. O período médio entre o tratamento cirúrgico e o recrutamento para o estudo foi de 38,4 meses. De acordo com a localização anatômica, a língua apresentou maior incidência (27), seguida por assoalho de boca (11), rebordo alveolar (10) e palato (2). A análise do nível de escolaridade indicou predominância de pacientes analfabetos ou com poucos anos de estudo (4 anos em média), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais da amostra

Características gerais	Pacientes (N=50) N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	60,5 ± 10,1 (44 - 84)
Faixa etária	
40 – 50	11 (22)
51 – 60	12 (24)
61 – 70	20 (40)
71 – 80	6 (12)
> 80	1 (2)
60 anos ou menos	23 (46)
Mais de 60 anos	27 (54)
Gênero	
1. Homem	42 (84)
2. Mulher	8 (16)
Estado Civil	
1. Casado	31 (62)
2. Solteiro	5 (10)
3. Viúvo	5 (10)
4. Separado	9 (18)
Etnia	
1. Branco	45 (90)
2. Negro	2 (4)
3. Mulato	3 (6)
Escolaridade	
1. Analfabeto	5 (10)
2. Fundamental	32 (64)
3. Médio	7 (14)
4. Superior	6 (12)
Meses após cirurgia ± DP	38,4 ± 28,9

Os pacientes foram questionados a respeito de exposição a fatores de risco para o câncer bucal, revelando elevado número de tabagistas (34%), porém houve importante redução no número de etilistas. O uso combinado de tabaco e álcool também apresentou redução no número de pacientes que possuía esses hábitos (Figura 2).

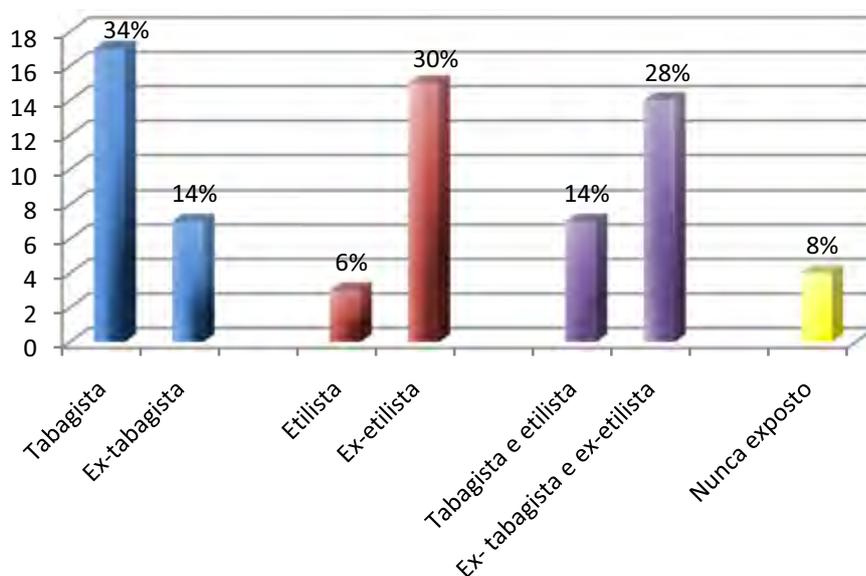


FIGURA 2 - Exposição a fatores de risco para o câncer bucal.

Com base no histórico de tabagismo elevado (90%), observa-se que o número de tabagistas (48%) ainda supera os ex-tabagistas, após a experiência do câncer bucal. Por outro lado, 78% dos pacientes que afirmaram histórico de etilismo, a maioria (58%) conseguiu abandonar o hábito, principalmente após receberem o diagnóstico de câncer bucal (Figura 3).

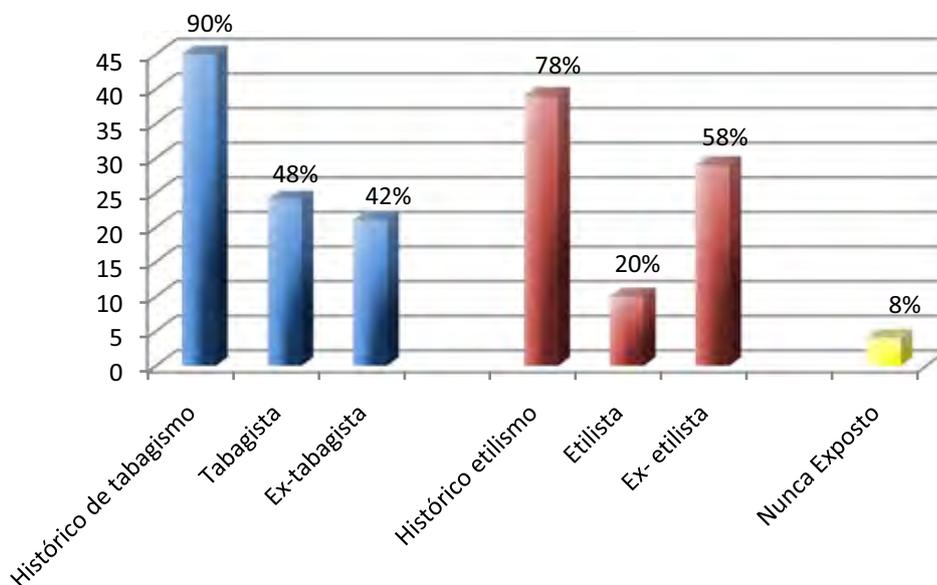


FIGURA 3 - Histórico de exposição a fatores de risco e condição após o tratamento para o câncer bucal.

Em relação à saúde sistêmica foi observada maior incidência de portadores de doenças cardiovasculares (principalmente hipertensão arterial), seguido por desordens endócrinas (principalmente diabetes), entre outras doenças, conforme a Figura 4.

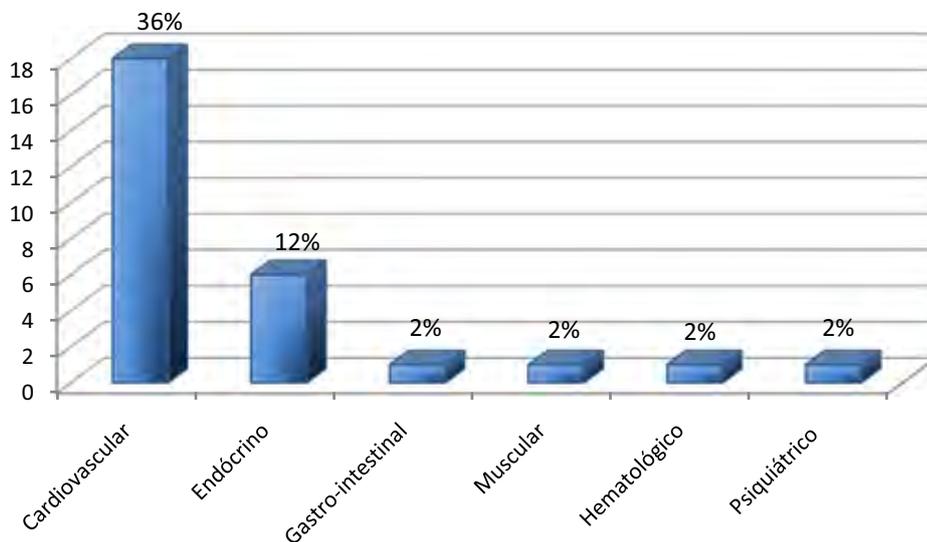


FIGURA 4 - Distribuição das doenças sistêmicas mais frequentes.

O uso de medicamentos foi investigado, e as categorias medicamentosas mais consumidas encontram-se na Figura 5.

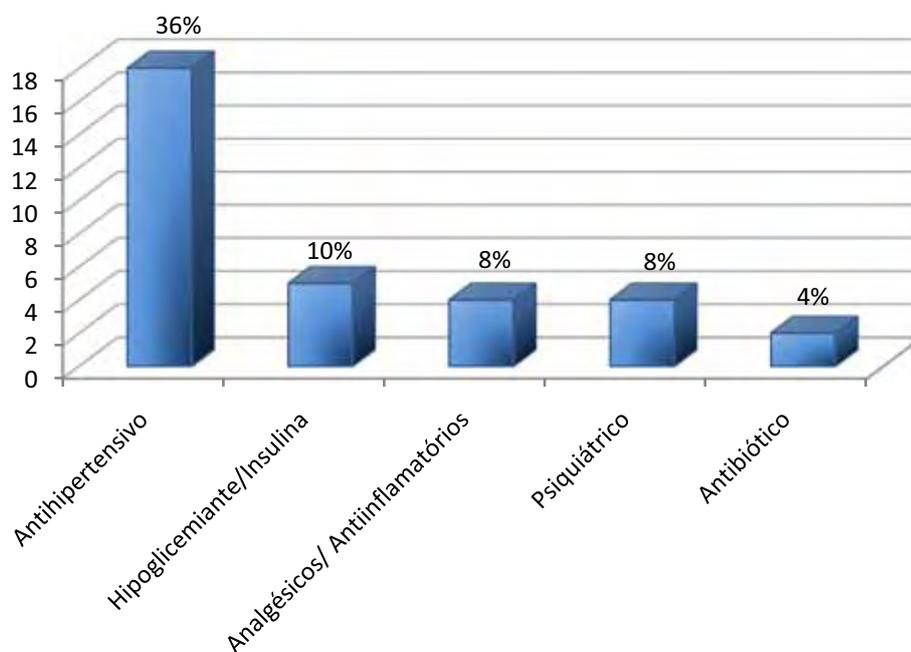


FIGURA 5 - Distribuição dos medicamentos mais consumidos.

5.2 Qualidade de Vida e Tratamento

Vinte e um pacientes (42%) foram submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo, enquanto 29 (58%) foram submetidos ao tratamento combinado (cirurgia e Rt/Qt complementar). A modalidade de tratamento para o câncer bucal foi associada ao nível de escolaridade, tendo havido significância estatística entre educação fundamental e tratamento combinado, ou seja, quanto mais elevado o nível de escolaridade, menor o índice de Rt/Qt complementares, verificando-se o inverso em relação aos índices de escolaridade mais baixos (Tabela 2).

Tabela 2 - Características gerais da amostra de acordo com a modalidade terapêutica

Tratamento	Cirurgia (N=21) N (%)	Cirurgia + Rt/Qt (N=29) N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	61,8 ± 11,3 (44 - 84)	59,5 ± 9,11 (44 - 75)
Faixa etária		
40 - 50	4 (19)	7 (24,2)
51 - 60	6 (28,6)	6 (20,7)
61 - 70	6 (28,6)	14 (48,3)
71 – 80	4 (19)	2 (6,9)
> 80	1 (4,8)	0
60 anos ou menos	10 (47,6)	13 (44,8)
Mais de 60 anos	11 (52,4)	16 (55,2)
Gênero		
1. Homem	17 (81)	25 (86,2)
2. Mulher	4 (19)	4 (13,8)
Estado Civil		
1. Casado	12 (57,1)	19 (65,5)
2. Solteiro	3 (14,3)	2 (6,9)
3. Viúvo	3 (14,3)	2 (6,9)
4. Separado	3 (14,3)	6 (20,7)
Etnia		
1. Branco	20 (95,2)	25 (86,2)
2. Negro	0	2 (6,9)
3. Mulato	1 (4,8)	2 (6,9)
Escolaridade		
1. Analfabeto	3 (14,3)	2 (6,9)
2. Fundamental	9 (42,9)	23 (79,3) ^a
3. Médio	3 (14,3)	4 (13,8)
4. Superior	6 (28,6) ^b	0

a) χ^2 ($p=0,008$), b) Teste exato de Fisher ($p=0,01$).

A localização anatômica e o tamanho do tumor (estadiamento T), não influenciaram o tipo de tratamento. Por outro lado, pacientes que necessitaram de dissecação cervical foram positivamente associados ao tratamento combinado.

De acordo com o sistema de estadiamento TNM, 9 (18%) pacientes apresentavam tumores no estágio T1, 22 (44%) no estágio T2, 18 (36%) no estágio T3 e 1 (2%) no estágio T4. Quatorze pacientes (28%) possuíam linfonodos cervicais palpáveis (N1/ N2). Nenhum paciente apresentou metástase à distância (M0). Exposição aos fatores de risco não foi estatisticamente associada ao tipo de tratamento (Tabela 3).

Tabela 3 - Características clínicas e fatores de risco para o câncer bucal, de acordo a modalidade terapêutica

Tratamento	Cirurgia (N=21) N (%)	Cirurgia + Rt/Qt (N=29) N (%)
Localização		
1. Língua	11 (52,4)	16 (55,2)
2. Assoalho	5 (23,8)	6 (20,7)
3. Rebordo	5 (23,8)	5 (17,2)
4. Palato	0	2 (6,9)
Estadiamento		
T1	5 (23,8)	4 (13,8)
T2	10 (47,6)	12 (41,4)
T3	6 (28,6)	12 (41,4)
T4	0	1 (3,4)
N0	18 (85,7)	18 (62,1)
N1	2 (9,5)	8 (27,6)
N2	1 (4,8)	3 (10,3)
Meses após cirurgia ± DP	37 ± 28,5	39,4 ± 29,7
Dissecção cervical	11 (52,4)	23 (79,3) ^a
Nodos (+)	3 (14,3)	17 (58,6) ^b
Fatores de risco		
Tabagista	7 (33,3)	17 (58,6)
Ex-tabagista	11 (52,4)	10 (34,5)
Etilista	5 (23,8)	5 (17,2)
Ex-etilista	8 (38,1)	21 (72,4) ^c

a) χ^2 ($p=0,04$), b) Teste exato de Fisher ($p=0,003$), c) χ^2 ($p=0,01$).

A percepção dos pacientes com relação aos fatores mais relevantes para sua QV mostrou que o tratamento combinado (cirurgia e Rt/Qt complementar) se refletiu em significativa piora na mastigação e na salivação (xerostomia). Da mesma forma, o tratamento com Rt/Qt complementar apresentou uma tendência para piorar a QV após o tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento

Tratamento	Cirurgia (N=21) N (%)	Cirurgia + Rt/Qt (N=29) N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	2 (9,5)	7 (24,1)
2. Aparência	1 (4,8)	0
3. Atividade	1 (4,8)	0
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	2 (9,5)	4 (13,8)
6. Mastigação	8 (38,1)	13 (44,8) ^a
7. Fala	2 (9,5)	7 (24,1)
8. Ombro	3 (14,3)	1 (3,4)
9. Paladar	1 (4,8)	3 (10,3)
10. Saliva	2 (9,5)	12 (41,4) ^b
11. Humor	2 (9,5)	2 (6,9)
12. Ansiedade	5 (23,8)	2 (6,9)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	7 (33,3)	3 (10,3)
2. Sem alteração	7 (33,3)	9 (31)
3. Vida piorou	7 (33,3)	17 (58,6)

a) χ^2 ($p=0,04$), **b)** Teste exato de Fisher ($p=0,02$).

O tratamento combinado foi associado à piora da QV nos domínios: dor, deglutição, mastigação, paladar e saliva, com base na análise do questionário da Universidade de Washington (UW-QOL). De modo geral, o tratamento combinado mostrou redução na QV global em comparação ao tratamento cirúrgico exclusivo, conforme se verifica na Tabela 5.

Tabela 5 - Análise da QV através do questionário UW-QOL de acordo com a modalidade terapêutica

Tratamento		Cirurgia (N=21) N (%)	Cirurgia + Rt/Qt (N=29) N (%)
Domínios (UW-QOL)			
Dor	100	18 (85,7)	15 (51,7)
	<100	3 (14,3)	14 (48,3) ^a
	Média ± DP	92,8 ± 17,9	81 ± 22,8 ^b
Aparência	100	13 (61,9)	23 (79,3)
	<100	8 (38,1)	6 (20,7)
	Média ± DP	89,2 ± 14,9	93,9 ± 12,7
Atividade	100	12 (57,1)	16 (55,2)
	<100	9 (42,9)	13 (44,7)
	Média ± DP	80,9 ± 26,1	81 ± 25,5
Recreação	100	17 (81)	23 (79,3)
	<100	4 (19)	6 (20,7)
	Média ± DP	92,8 ± 16	91,3 ± 19,2
Deglutição	100	18 (85,7)	13 (44,8)
	<100	3 (14,3)	16 (55,3) ^c
	Média ± DP	92 ± 20,9	71,2 ± 30,5 ^d
Mastigação	100	11 (52,4)	7 (24,1)
	<100	10 (47,6)	22 (75,9) ^e
	Média ± DP	73,8 ± 30	51,7 ± 34 ^f
Fala	100	7 (33,3)	9 (31)
	<100	14 (66,7)	20 (69)
	Média ± DP	78 ± 15,9	73,7 ± 20,6
Ombro	100	13 (61,9)	22 (75,9)
	<100	8 (38,1)	7 (24,2)
	Média ± DP	81 ± 29	88,5 ± 22,3
Paladar	100	14 (66,7)	12 (41,4)
	<100	7 (33,3)	17 (58,6)
	Média ± DP	85,7 ± 22,5	64,3 ± 35,6 ^g
Saliva	100	18 (85,7)	5 (17,2)
	<100	3 (14,3)	24 (82,8) ^h
	Média ± DP	93,6 ± 17	48,1 ± 27,7 ⁱ
Humor	100	14 (66,7)	14 (48,3)
	<100	7 (33,3)	15 (51,7)
	Média ± DP	83,3 ± 27,7	73,2 ± 30,5
Ansiedade	100	12 (57,1)	15 (51,7)
	<100	9 (42,9)	14 (48,3)
	Média ± DP	79,4 ± 28,8	75,8 ± 28,1
QV Total	Média ± DP	84,5 ± 13,3	74 ± 14 ^j

a) Teste exato de Fisher ($p=0,02$), b) Teste t ($p=0,01$), c) Teste exato de Fisher ($p=0,006$), d) Teste t ($p=0,009$), e) χ^2 ($p=0,04$), f) Teste t ($p=0,02$), g) Teste t ($p=0,01$), h) Teste exato de Fisher ($p=0,000003$), i) Teste t ($p=0,00000002$), j) Teste t ($p=0,009$).

Alterações funcionais decorrentes do tratamento foram identificadas no exame clínico padronizado e estão apresentadas na Tabela 6. Mobilidade da língua e salivação foram significativamente reduzidas naqueles que realizaram Rt/Qt complementar, condição que também interferiu na consistência da dieta e na inteligibilidade da fala.

Tabela 6 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme modalidade terapêutica

Tratamento	Cirurgia (N=21)	Cirurgia + Rt/Qt (N=29)
	N (%)	N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	4 (19)	17 (58,6) ^a
Lateralidade esquerda	6 (28,6)	16 (55,2)
Língua no palato	4 (19)	14 (48,3)
Protrusão da língua	7 (33,3)	22 (75,9) ^b
Aparência alterada	4 (19)	8 (27,6)
Salivação reduzida	12 (57,1)	29 (100) ^c
Habilidade para comer em público		
100	16 (76,2)	16 (55,2)
< 100	5 (23,8)	13 (44,8)
Média ± DP	89,2 ± 23,1	79,3 ± 28,4
Inteligibilidade da fala		
100	17 (81)	16 (55,2)
< 100	4 (19)	13 (44,8)
Média ± DP	95,2 ± 10	85,3 ± 19,4 ^d
Consistência da dieta		
100	10 (47,6)	5 (17,2)
< 100	11 (52,4)	24 (82,8) ^e
Média ± DP	79 ± 23,4	60,3 ± 25,8 ^f

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) Teste exato de Fisher ($p=0,01$), **b)** χ^2 ($p=0,002$), **c)** Teste exato de Fisher ($p=0,0001$), **d)** Teste t ($p=0,03$), **e)** χ^2 ($p=0,02$), **f)** Teste t ($p=0,01$).

5.3 Qualidade de Vida e Estadiamento TNM

O tamanho dos tumores foi classificado conforme o sistema de estadiamento TNM, e para verificar a existência de associação entre o estadiamento e a QV, os tumores menores foram agrupados em T1 e T2, e os maiores em T3 e T4. O primeiro grupo foi composto por 31 pacientes, enquanto o segundo reuniu 19 (Tabela 7).

Tabela 7 - Características gerais da amostra de acordo com o estadiamento TNM

Estadiamento	T1 + T2 (N=31) N (%)	T3 + T4 (N=19) N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	60,2 ± 11 (44 - 84)	60,9 ± 8,4 (49 - 76)
Faixa etária		
40 – 50	9 (29)	2 (10,5)
51 – 60	6 (19,4)	6 (31,6)
61 – 70	11 (35,5)	9 (47,4)
71 – 80	4 (12,9)	2 (10,5)
> 80	1 (3,2)	0
60 anos ou menos	15 (48,4)	8 (42,1)
Mais de 60 anos	16 (51,6)	11 (57,9)
Gênero		
1. Homem	25 (80,6)	17 (89,5)
2. Mulher	6 (19,4)	2 (10,5)
Estado Civil		
1. Casado	21 (67,7)	10 (52,6)
2. Solteiro	3 (9,7)	2 (10,5)
3. Viúvo	3 (9,7)	2 (10,5)
4. Separado	4 (12,9)	5 (26,3)
Etnia		
1. Branco	29 (93,5)	16 (84,2)
2. Negro	1 (3,2)	1 (5,3)
3. Mulato	1 (3,2)	2 (10,5)
Escolaridade		
1. Analfabeto	3 (9,7)	2 (10,5)
2. Fundamental	19 (61,3)	13 (68,4)
3. Médio	4 (12,9)	3 (15,8)
4. Superior	5 (16,1)	1 (5,3)

O grupo composto por tumores menores apresentou significativa ausência de nodos cervicais clinicamente palpáveis (N0). Por outro lado, a confirmação histológica de metástases regionais foi significativamente maior no grupo dos tumores avançados (Tabela 8).

Tabela 8 - Características clínicas e exposição a fatores de risco para o câncer bucal, de acordo com o estadiamento TNM

Estadiamento	T1 + T2 (N=31) N (%)	T3 + T4 (N=19) N (%)
Localização		
1. Língua	15 (48,4)	12 (63,2)
2. Assoalho	8 (25,8)	3 (15,8)
3. Rebordo	7 (22,6)	3 (15,8)
4. Palato	1 (3,2)	1 (5,3)
Estadiamento		
T1	9 (29)	0
T2	22 (71)	0
T3	0	18 (94,7)
T4	0	1 (5,3)
N0	26 (83,8) ^a	10 (52,6)
N1	5 (16,1)	5 (26,3)
N2	0	4 (21,1)
Meses após cirurgia ± DP	40,2 ± 28,1	35,4 ± 30,7
Tratamento		
1. Cirurgia	15 (48,4)	6 (31,6)
2. Cirurgia e Rt/Qt	16 (51,6)	13 (68,4)
Dissecção cervical	20 (64,5)	14 (73,7)
Nodos (+)	9 (29)	11 (57,9) ^b
Fatores de risco		
Tabagista	13 (41,9)	11 (57,9)
Ex-tabagista	14 (45,2)	7 (36,8)
Etilista	8 (25,8)	2 (10,5)
Ex-etilista	16 (51,6)	13 (68,4)

a) χ^2 ($p= 0,01$), b) χ^2 ($p= 0,04$).

O estadiamento do tumor não interferiu na QV global de acordo com a opinião dos pacientes após o tratamento para o câncer bucal, segundo respostas à questão 14 do UW-QOL (Anexo 5) na amostra avaliada (Tabela 9).

Tabela 9 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento, segundo o estadiamento TNM

Estadiamento	T1 + T2 (N=31) N (%)	T3 + T4 (N=19) N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	8 (25,8)	1 (5,3)
2. Aparência	1 (3,2)	0
3. Atividade	1 (3,2)	0
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	3 (9,7)	3 (15,8)
6. Mastigação	13 (41,9)	8 (42,1)
7. Fala	4 (12,9)	5 (26,3)
8. Ombro	3 (9,7)	1 (5,3)
9. Paladar	3 (9,7)	1 (5,3)
10. Saliva	10 (32,2)	4 (21,1)
11. Humor	3 (9,7)	1 (5,3)
12. Ansiedade	6 (19,4)	1 (5,3)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	6 (19,4)	4 (21,1)
2. Sem alteração	7 (22,6)	9 (47,4)
3. Vida piorou	18 (58,1)	6 (31,6)

A comparação entre estadiamento e a QV mostrou que a fala foi alterada significativamente nos pacientes com tumores maiores e o número de relatos referentes a problemas de ansiedade foi expressivo entre os portadores de tumores menores. Por outro lado a QV total foi praticamente idêntica para os dois grupos (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o estadiamento TNM

Estadiamento		T1 + T2 (N=31)	T3 + T4 (N=19)
		N (%)	N (%)
Domínios (UW-QOL)			
Dor	100	20 (64,5)	13 (68,4)
	<100	11 (35,5)	6 (31,6)
	Média ± DP	84,6 ± 22,9	88,1 ± 19,3
Aparência	100	23 (74,2)	13 (68,4)
	<100	8 (25,8)	6 (31,6)
	Média ± DP	92,7 ± 13,2	90,7 ± 14,9
Atividade	100	18 (58,1)	10 (52,6)
	<100	13 (41,9)	9 (47,4)
	Média ± DP	82,2 ± 25,1	78,9 ± 26,6
Recreação	100	23 (74,2)	17 (89,5)
	<100	8 (25,8)	2 (10,5)
	Média ± DP	89,5 ± 20,1	96 ± 12,5
Deglutição	100	18 (58,1)	13 (68,4)
	<100	13 (41,9)	6 (31,6)
	Média ± DP	80,6 ± 25,5	78,8 ± 33,8
Mastigação	100	13 (41,9)	5 (26,3)
	<100	18 (58,1)	14 (73,7)
	Média ± DP	64,5 ± 34,5	55,2 ± 32,8
Fala	100	13 (41,9)	3 (15,8)
	<100	18 (58,1)	16 (84,2)
	Média ± DP	80,8 ± 16,5	66,8 ± 19,3 ^a
Ombro	100	22 (71)	13 (68,4)
	<100	9 (29)	6 (31,6)
	Média ± DP	84,9 ± 27	86 ± 23,1
Paladar	100	16 (51,6)	10 (52,6)
	<100	15 (48,4)	9 (47,4)
	Média ± DP	74,2 ± 31,9	71,8 ± 33,9
Saliva	100	13 (41,9)	10 (52,6)
	<100	18 (58,1)	9 (47,4)
	Média ± DP	66,6 ± 32,3	68,2 ± 34,3
Humor	100	15 (48,4)	13 (68,4)
	<100	16 (51,6)	6 (31,6)
	Média ± DP	71,7 ± 32	86,8 ± 22,6
Ansiedade	100	13 (41,9) ^b	14 (73,7)
	<100	18 (58,1)	5 (26,3)
	Média ± DP	71 ± 29,5	87,7 ± 22,8 ^c
QV total	Média ± DP	78,3 ± 14,8	78,6 ± 14,5

a) Teste t ($p=0,008$), b) χ^2 ($p=0,02$), c) Teste t ($p=0,04$).

Na Tabela 11 são apresentados os valores obtidos no exame clínico de acordo com o estadiamento, merecendo destaque as alterações na mobilidade da língua e na inteligibilidade da fala, que foram severamente prejudicadas nos pacientes com tumores extensos.

Tabela 11 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme estadiamento TNM

Estadiamento	T1 + T2 (N=31) N (%)	T3 + T4 (N=19) N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	10 (32,2)	11 (57,9)
Lateralidade esquerda	10 (32,2)	12 (63,2) ^a
Língua no palato	6 (19,4)	12 (63,2) ^b
Protrusão da língua	14 (45,2)	15 (78,9) ^c
Aparência alterada	6 (19,4)	6 (31,6)
Salivação reduzida	26 (83,9)	15 (78,9)
Habilidade para comer em público		
100	19 (61,3)	13 (68,4)
< 100	12 (38,7)	6 (31,6)
Média ± DP	82,2 ± 25,9	82,5 ± 28
Inteligibilidade da fala		
100	26 (83,9)	7 (36,8)
< 100	5 (16,1)	12 (63,2) ^d
Média ± DP	95,9 ± 9,3	78,9 ± 20,8 ^e
Consistência da dieta		
100	12 (38,7)	3 (15,8)
< 100	19 (61,3)	16 (84,2)
Média ± DP	72,2 ± 25,6	61,5 ± 26,7

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) χ^2 ($p=0,03$), b) χ^2 ($p=0,001$), c) χ^2 ($p=0,01$), d) χ^2 ($p=0,0006$), e) Teste t ($p=0,0002$)

5.4 Qualidade de Vida e Domínios Específicos

Com base nos resultados obtidos através da aplicação do UW-QOL, serão apresentados a seguir, os valores para os domínios de QV com piores escores (mastigação, deglutição, salivação e dor). Os resultados relativos aos outros domínios foram apresentados sucintamente, conforme significância estatística.

5.4.1 Mastigação

Problemas relacionados à mastigação (escore <100) estiveram presentes na maioria dos pacientes entrevistados (64%). A idade média nesse grupo foi de aproximadamente 62 anos, conforme Tabela 12.

Observou-se maior tendência para escores menores que 100 em pacientes com mais de 60 anos. O mesmo tipo de tendência verificou-se para os pacientes com baixos índices de escolaridade.

Tabela 12 - Características gerais da amostra de acordo com o domínio mastigação

Mastigação	Escore 100 (N=18)	Escore <100 (N=32)
	N (%)	N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	58,2 ± 10,8 (44 - 76)	61,7 ± 9,5 (46 - 84)
Faixa etária		
40 – 50	6 (33,3)	5 (15,6)
51 – 60	5 (27,8)	7 (21,9)
61 – 70	4 (22,2)	16 (50)
71 – 80	3 (16,7)	3 (9,4)
> 80	0	1 (3,1)
60 anos ou menos	11 (61,1)	12 (37,5)
Mais de 60 anos	7 (38,9)	20 (62,5)
Gênero		
1. Homem	16 (88,9)	26 (81,3)
2. Mulher	2 (11,1)	6 (18,8)
Estado Civil		
1. Casado	10 (55,6)	21 (65,6)
2. Solteiro	3 (16,7)	2 (6,3)
3. Viúvo	1 (5,6)	4 (12,5)
4. Separado	4 (22,2)	5 (15,6)
Etnia		
1. Branco	17 (94,4)	28 (87,5)
2. Negro	1 (5,6)	1 (3,1)
3. Mulato	0	3 (9,4)
Escolaridade		
1. Analfabeto	2 (11,1)	3 (9,4)
2. Fundamental	9 (50)	23 (84,3)
3. Médio	3 (16,7)	4 (12,5)
4. Superior	4 (22,2)	2 (6,3)

O domínio mastigação obteve os piores escores quando associado ao tratamento combinado (Rt/Qt complementar), conforme se observa na Tabela 13.

Tabela 13 - Características clínicas e exposição a fatores de risco para o câncer bucal, de acordo com o domínio mastigação

Mastigação	Escore 100 (N=18) N (%)	Escore <100 (N=32) N (%)
Localização		
1. Língua	11 (61,1)	16 (50)
2. Assoalho	3 (16,7)	8 (25)
3. Rebordo	3 (16,7)	7 (21,9)
4. Palato	1 (5,6)	1 (3,1)
Estadiamento		
T1	3 (16,7)	6 (18,8)
T2	10 (55,6)	12 (37,5)
T3	5 (27,8)	13 (40,6)
T4	0	1 (3,1)
N0	14 (77,7)	22 (68,7)
N1	3 (16,7)	7 (21,9)
N2	1 (5,6)	3 (9,4)
Meses após cirurgia ± DP	39,7 ± 29,6	37,7 ± 29
Tratamento		
1. Cirurgia	11 (61,1)	10 (31,3)
2. Cirurgia e Rt/Qt	7 (38,9)	22 (68,8) ^a
Dissecção cervical	12 (66,7)	22 (68,8)
Nodos (+)	7 (38,9)	13 (40,6)
Fatores de risco		
Tabagista	6 (33,3)	18 (56,3)
Ex-tabagista	10 (55,6)	11 (34,4)
Etilista	3 (16,7)	7 (21,9)
Ex-etilista	10 (55,6)	19 (59,4)

a) χ^2 ($p=0,04$).

Segundo análise do UW-QOL, 32 pacientes apresentaram problemas com mastigação (escore <100). Destes, 20 (62,5%) relataram que a dificuldade para mastigar representa um fator importante na sua QV (Tabela 14).

Tabela 14 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento, segundo o domínio mastigação

Mastigação	Escore 100 (N=18)	Escore <100 (N=32)
	N (%)	N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	2 (11,1)	7 (21,9)
2. Aparência	0	1 (3,1)
3. Atividade	0	1 (3,1)
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	1 (5,6)	5 (15,6)
6. Mastigação	0	20 (62,5) ^a
7. Fala	3 (16,7)	6 (18,8)
8. Ombro	2 (11,1)	2 (6,3)
9. Paladar	0	4 (12,5)
10. Saliva	2 (11,1)	12 (37,5)
11. Humor	1 (5,6)	3 (9,4)
12. Ansiedade	2 (11,1)	5 (15,6)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	4 (22,2)	6 (18,8)
2. Sem alteração	8 (44,4)	8 (25)
3. Vida piorou	6 (33,3)	18 (56,2)

a) Teste exato de Fisher ($p=0,0001$).

Alterações na mastigação foram associadas à dificuldades na deglutição, fala, mudanças no paladar e escassez de saliva de acordo com análise subjetiva dos pacientes, descrita no UW-QOL. Significância estatística também foi verificada na redução global da QV naqueles que relatavam a mastigação comprometida, conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, segundo o domínio mastigação

Mastigação		Escore 100 (N=18) N (%)	Escore <100 (N=32) N (%)
Domínios (UW-QOL)			
Dor	100	13 (72,2)	20 (62,5)
	< 100	5 (27,8)	12 (37,5)
	Média ± DP	88,8 ± 19,5	84,3 ± 22,6
Aparência	100	13 (72,2)	23 (71,9)
	< 100	5 (27,8)	9 (28,1)
	Média ± DP	93 ± 11,5	91,4 ± 15
Atividade	100	11 (61,1)	17 (53,2)
	< 100	7 (38,9)	15 (46,8)
	Média ± DP	79,1 ± 30	82 ± 23,1
Recreação	100	14 (77,8)	26 (81,2)
	< 100	4 (22,2)	6 (18,8)
	Média ± DP	94,4 ± 10,6	90,6 ± 20,8
Deglutição	100	15 (83,3)	16 (50)
	< 100	3 (16,7)	16 (50) ^a
	Média ± DP	94,5 ± 12,6	71,8 ± 31,9 ^b
Mastigação	100	18 (100)	0
	< 100	0	32 (100)
	Média ± DP	100	39 ± 21
Fala	100	9 (50)	7 (21,9)
	< 100	9 (50)	25 (78,1) ^c
	Média ± DP	83,5 ± 16,9	71 ± 18,4 ^d
Ombro	100	11 (61,1)	24 (75)
	< 100	7 (38,9)	8 (25)
	Média ± DP	79,6 ± 30,5	88,5 ± 21,7
Paladar	100	16 (88,9)	10 (31,3)
	< 100	2 (11,1)	22 (68,7) ^e
	Média ± DP	96,3 ± 10,6	60,4 ± 33,3 ^f
Saliva	100	13 (72,2)	10 (31,3)
	< 100	5 (27,8)	22 (68,7) ^g
	Média ± DP	85,1 ± 26,2	57,1 ± 32 ^h
Humor	100	12 (66,7)	16 (50)
	< 100	6 (33,3)	16 (50)
	Média ± DP	83,3 ± 28,4	74,2 ± 30,1
Ansiedade	100	10 (55,6)	17 (53,2)
	< 100	8 (44,4)	15 (46,8)
	Média ± DP	81,5 ± 23,5	75 ± 30,6
QV total	Média ± DP	87,8 ± 23,5	73,1 ± 14,3 ⁱ

a) Teste exato de Fisher ($p=0,03$), b) Teste t ($p=0,005$), c) χ^2 ($p=0,04$), d) Teste t ($p=0,02$), e) Teste exato de Fisher ($p=0,0001$), f) Teste t ($p=0,00005$), g) χ^2 ($p=0,005$), h) Teste t ($p=0,008$), i) Teste t ($p=0,0003$).

Problemas com mastigação foram significativamente associados a alterações em alguns itens avaliados durante exame clínico, como mobilidade da língua, salivação reduzida, habilidade para comer em público e, principalmente, consistência da dieta (Tabela 16).

Tabela 16 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio mastigação

Mastigação	Escore 100 (N=18) N (%)	Escore <100 (N=32) N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	4 (22,2)	17 (53,2)
Lateralidade esquerda	4 (22,2)	18 (56,3) ^a
Língua no palato	4 (22,2)	14 (43,8)
Protrusão da língua	6 (33,3)	23 (84,3) ^b
Aparência alterada	4 (22,2)	8 (25)
Salivação reduzida	12 (66,7)	29 (90,6) ^c
Habilidade para comer em público		
100	16 (88,9)	16 (50)
< 100	2 (11,1)	16 (50) ^d
Média ± DP	93 ± 20,6	78,1 ± 28,2 ^e
Inteligibilidade da fala		
100	13 (72,2)	20 (62,5)
< 100	5 (27,8)	12 (37,5)
Média ± DP	93 ± 11,5	87,5 ± 19
Consistência da dieta		
100	14 (77,8)	1 (3,1)
< 100	4 (22,2)	31 (96,9) ^f
Média ± DP	91,1 ± 19,3	55,3 ± 20,3 ^g

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) Teste exato de Fisher ($p=0,03$), **b)** χ^2 ($p=0,008$), **c)** Teste exato de Fisher ($p=0,01$), **d)** Teste exato de Fisher ($p=0,01$), **e)** Teste t ($p=0,04$), **f)** Teste exato de Fisher ($p=0,0000001$), **g)** Teste t ($p=0,00000009$).

5.4.2 Deglutição

Dificuldade para deglutir foi relatada por 19 pacientes, com idade média de 58,5 anos, conforme Tabela 17.

Tabela 17 - Características gerais da amostra de acordo com o domínio deglutição

Deglutição	Escore 100 (N=31) N (%)	Escore <100 (N=19) N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	61,7 ± 10,1 (44 - 84)	58,5 ± 9,8 (46 - 78)
Faixa etária		
40 – 50	5 (16,1)	6 (31,6)
51 – 60	8 (25,8)	4 (21,1)
61 – 70	12 (38,7)	8 (42,1)
71 – 80	5 (16,1)	1 (5,3)
> 80	1 (3,2)	0
60 anos ou menos	13 (41,9)	10 (52,6)
Mais de 60 anos	18 (58,1)	9 (47,4)
Gênero		
1. Homem	26 (83,9)	16 (84,2)
2. Mulher	5 (16,1)	3 (15,8)
Estado Civil		
1. Casado	19 (61,3)	12 (63,2)
2. Solteiro	4 (12,9)	1 (5,3)
3. Viúvo	4 (12,9)	1 (5,3)
4. Separado	4 (12,9)	5 (26,3)
Etnia		
1. Branco	27 (87,1)	18 (94,7)
2. Negro	2 (6,5)	0
3. Mulato	2 (6,5)	1 (5,3)
Escolaridade		
1. Analfabeto	4 (12,9)	1 (5,3)
2. Fundamental	18 (58,1)	14 (73,6)
3. Médio	4 (12,9)	3 (15,8)
4. Superior	5 (16,1)	1 (5,3)

Dentre os pacientes com dificuldade para deglutir, 16 (84,2%) realizaram o tratamento combinado, apresentando significância estatística com base na modalidade terapêutica (Tabela 18).

Tabela 18 - Características clínicas e exposição a fatores de risco para o câncer bucal, de acordo com o domínio deglutição

Deglutição	Escore 100 (N=31) N (%)	Escore <100 (N=19) N (%)
Localização		
1. Língua	20 (64,5)	7 (36,8)
2. Assoalho	6 (19,4)	5 (26,3)
3. Rebordo	4 (12,9)	6 (31,6)
4. Palato	1 (3,2)	1 (5,3)
Estadiamento		
T1	6 (19,4)	3 (15,8)
T2	12 (38,7)	10 (52,6)
T3	13 (41,9)	5 (26,3)
T4	0	1 (5,3)
N0	21 (67,7)	15 (78,9)
N1	7 (22,6)	3 (15,8)
N2	3 (9,7)	1 (5,3)
Meses após cirurgia ± DP	39,8 ± 31,2	36,2 ± 25,5
Tratamento		
1. Cirurgia	18 (58,1)	3 (15,8)
2. Cirurgia e Rt/Qt	13 (41,9)	16 (84,2) ^a
Dissecção cervical	21 (67,7)	13 (68,4)
Nodos (+)	10 (32,3)	10 (52,6)
Fatores de risco		
Tabagista	12 (38,7)	12 (63,2)
Ex-tabagista	16 (51,6)	5 (26,3)
Etilista	6 (19,4)	4 (21,1)
Ex-etilista	16 (51,6)	13 (68,4)

a) Teste exato de Fisher ($p=0,006$).

Ainda para os pacientes com problemas de deglutição, os fatores de maior importância nos últimos 7 dias foram: presença de dor e problemas com a mastigação. Segundo a análise individual dos pacientes, problemas com deglutição afetam significativamente sua vida para pior, quando comparado ao momento anterior ao tratamento (Tabela 19).

Tabela 19 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento, segundo o domínio deglutição

Deglutição	Escore 100 (N=31)	Escore <100 (N=19)
	N (%)	N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	1 (3,2)	8 (42,1) ^a
2. Aparência	1 (3,2)	0
3. Atividade	0	1 (5,3)
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	0	6 (31,6)
6. Mastigação	8 (25,8)	12 (63,2) ^b
7. Fala	5 (16,1)	4 (21,1)
8. Ombro	2 (6,5)	2 (10,5)
9. Paladar	2 (6,5)	2 (10,5)
10. Saliva	6 (19,4)	8 (42,1)
11. Humor	2 (6,5)	2 (10,5)
12. Ansiedade	3 (9,7)	4 (21,1)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	10 (32,3)	0
2. Sem alteração	12 (38,7)	4 (21,1)
3. Vida piorou	9 (29)	15 (78,9) ^c

a) Teste exato de Fisher ($p=0,001$), **b)** χ^2 ($p=0,008$), **c)** Teste exato de Fisher ($p=0,001$).

A partir da análise do UW-QOL verificou-se que problemas com deglutição afetam significativamente as atividades recreativas dos pacientes, além de interferirem negativamente no seu estado de humor, entre outros problemas que apresentaram significância estatística do ponto de vista funcional, conforme a Tabela 20.

Tabela 20 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, segundo o domínio deglutição

Deglutição		Escore 100 (N=31) N (%)	Escore <100 (N=19) N (%)
Domínios (UW- QOL)			
Dor	100	27 (87,1)	6 (31,6)
	< 100	4 (12,9)	13 (68,4) ^a
	Média ± DP	94,3 ± 15,4	72,3 ± 23,4 ^b
Aparência	100	22 (71)	14 (73,7)
	< 100	9 (29)	5 (26,3)
	Média ± DP	92,7 ± 11,5	90,7 ± 17
Atividade	100	18 (58,1)	10 (52,6)
	< 100	13 (41,9)	9 (47,4)
	Média ± DP	82,2 ± 25,9	78,9 ± 25,3
Recreação	100	28 (90,3)	12 (63,2)
	< 100	3 (9,7)	7 (36,8)
	Média ± DP	97,5 ± 7,5	82,9 ± 25 ^c
Deglutição	100	31 (100)	0
	< 100	0	19 (100)
	Média ± DP	0	47,3 ± 20,5
Mastigação	100	15 (48,4)	3 (15,8)
	< 100	16 (51,6)	16 (84,2) ^d
	Média ± DP	74,1 ± 25,4	39,4 ± 35,6 ^e
Fala	100	11 (35,5)	5 (26,3)
	< 100	20 (64,5)	14 (73,7)
	Média ± DP	77,6 ± 17,9	72,1 ± 20
Ombro	100	23 (74,2)	12 (63,2)
	< 100	8 (25,8)	7 (36,8)
	Média ± DP	87,1 ± 25,3	82,4 ± 25,8
Paladar	100	19 (61,3)	7 (36,8)
	< 100	12 (38,7)	12 (63,2)
	Média ± DP	81,7 ± 27	59,5 ± 36,2 ^f
Saliva	100	20 (64,5)	3 (15,8)
	< 100	11 (35,5)	16 (84,2) ^g
	Média ± DP	78,4 ± 30,6	49 ± 28,2 ^h
Humor	100	22 (71)	6 (31,6)
	< 100	9 (29)	13 (68,4) ⁱ
	Média ± DP	87,9 ± 22,2	60,5 ± 32,6 ^j
Ansiedade	100	20 (64,5)	7 (36,8)
	< 100	11 (35,5)	12 (63,2)
	Média ± DP	86 ± 20,6	63,1 ± 33,2 ^k
QV total	Média ± DP	86,4 ± 9,4	65,5 ± 12 ^l

a) Teste exato de Fisher ($p=0,0001$), b) Teste t ($p=0,0002$), c) Teste t ($p=0,003$), d) Teste exato de Fisher ($p=0,03$), e) Teste t ($p=0,0002$), f) Teste t ($p=0,01$), g) Teste exato de Fisher ($p=0,001$), h) Teste t ($p=0,001$), i) χ^2 ($p=0,006$), j) Teste t ($p=0,0009$), k) Teste t ($p=0,004$), l) Teste t ($p=0,0005$).

Com base no exame clínico notou-se que pacientes que relataram problemas com deglutição, evitavam comer em público, além de consumirem uma dieta restrita, à base de alimentos leves, amassados ou triturados (Tabela 21).

Tabela 21 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio deglutição

Deglutição	Escore 100 (N=31) N (%)	Escore <100 (N=19) N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	11 (35,5)	10 (52,6)
Lateralidade esquerda	12 (38,7)	10 (52,6)
Língua no palato	10 (32,3)	8 (42,1)
Protrusão da língua	15 (48,4)	14 (73,7)
Aparência alterada	7 (22,6)	5 (26,3)
Salivação reduzida	23 (74,2)	18 (94,7)
Habilidade para comer em público		
100	24 (77,4)	8 (42,1)
< 100	7 (22,6)	11 (57,9) ^a
Média ± DP	91,9 ± 17,5	69,7 ± 32,8 ^b
Inteligibilidade da fala		
100	21 (67,7)	12 (63,2)
< 100	10 (32,3)	7 (36,8)
Média ± DP	90,3 ± 15,3	88,1 ± 19,3
Consistência da dieta		
100	12 (38,7)	3 (15,8)
< 100	19 (61,3)	16 (84,2)
Média ± DP	78,3 ± 20,5	51,5 ± 26,7 ^c

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) χ^2 ($p=0,01$), **b)** Teste t ($p=0,003$), **c)** Teste t ($p=0,0002$).

5.4.3 Saliva

Conforme se observa na Tabela 22, não houve associação significativa entre a idade dos pacientes e a redução do fluxo salivar, e ao contrário, verificou-se uma tendência de pacientes idosos apresentarem melhores escores para o domínio saliva.

Tabela 22 - Características gerais da amostra de acordo com o domínio saliva

Saliva	Escore 100 (N=23) N (%)	Escore <100 (N=27) N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	62,2 ± 10,9 (44 - 84)	59 ± 9,1 (44 - 75)
Faixa etária		
40 – 50	4 (17,4)	7 (25,9)
51 – 60	6 (26,1)	6 (22,2)
61 – 70	8 (34,8)	12 (44,4)
71 – 80	4 (17,4)	2 (7,4)
> 80	1 (4,3)	0
60 anos ou menos	10 (43,5)	13 (48,1)
Mais de 60 anos	13 (56,5)	14 (51,9)
Gênero		
1. Homem	20 (87)	22 (81,5)
2. Mulher	3 (13)	5 (18,5)
Estado Civil		
1. Casado	13 (56,5)	18 (66,7)
2. Solteiro	3 (13)	2 (7,4)
3. Viúvo	3 (13)	2 (7,4)
4. Separado	4 (17,4)	5 (18,5)
Etnia		
1. Branco	21 (91,3)	24 (88,9)
2. Negro	0	2 (7,4)
3. Mulato	2 (8,7)	1 (3,7)
Escolaridade		
1. Analfabeto	3 (13)	2 (7,4)
2. Fundamental	13 (56,5)	19 (70,4)
3. Médio	2 (8,7)	5 (18,5)
4. Superior	5 (21,7)	1 (3,7)

Embora os valores não sejam significantes, os piores escores para o domínio saliva foram verificados em pacientes com confirmação de nódulos metastáticos cervicais (Nodos +).

Problemas relacionados à redução do fluxo salivar foram muito freqüentes na amostra, principalmente nos pacientes submetidos ao tratamento combinado (Rt/Qt complementar), pois de 27 pacientes com hipossalivação, 24 (88,9%) foram submetidos à cirurgia associada à Rt/Qt complementar. Esses dados foram altamente significativos estatisticamente em comparação aos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo (Tabela 23).

Tabela 23 - Características clínicas e exposição a fatores de risco para o câncer bucal, de acordo com o domínio saliva

Saliva	Escore 100 (N=23)	Escore <100 (N=27)
	N (%)	N (%)
Localização		
1. Língua	14 (60,9)	13 (48,1)
2. Assoalho	5 (21,7)	6 (22,2)
3. Rebordo	4 (17,4)	6 (22,2)
4. Palato	0	2 (7,4)
Estadiamento		
T1	5 (21,7)	4 (14,8)
T2	8 (34,8)	14 (51,9)
T3	10 (43,5)	8 (29,6)
T4	0	1 (3,7)
N0	17 (74)	19 (70,4)
N1	3 (13)	7 (25,9)
N2	3 (13)	1 (3,7)
Meses após cirurgia ± DP	43,3 ± 34,1	34,2 ± 23,5
Tratamento		
1. Cirurgia	18 (78,3)	3 (11,1)
2. Cirurgia e Rt/Qt	5 (21,7)	24 (88,9) ^a
Dissecção cervical	13 (56,5)	21 (77,8)
Nodos (+)	6 (26,1)	14 (51,9)
Fatores de risco		
Tabagista	9 (39,1)	15 (55,6)
Ex-tabagista	12 (52,2)	9 (33,3)
Etilista	5 (21,7)	5 (18,5)
Ex-etilista	12 (52,2)	17 (63)

a) Teste exato de Fisher ($p=0,000003$)

A falta de saliva foi relacionada à presença de dor, e constatou-se que após o tratamento, a xerostomia reduziu de forma significativa a QV do paciente oncológico (Tabela 24).

Tabela 24 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento, segundo o domínio saliva

Saliva	Escore 100 (N=23)	Escore <100 (N=27)
	N (%)	N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	1 (4,3)	8 (29,6) ^a
2. Aparência	0	1 (3,7)
3. Atividade	1 (4,3)	0
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	3 (13)	3 (11,1)
6. Mastigação	6 (26,1)	14 (51,9)
7. Fala	3 (13)	6 (22,2)
8. Ombro	3 (13)	1 (3,7)
9. Paladar	0	4 (14,8)
10. Saliva	1 (4,3)	13 (48,1) ^b
11. Humor	2 (8,7)	2 (7,4)
12. Ansiedade	4 (17,4)	3 (11,1)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	9 (39,1) ^c	1 (3,7)
2. Sem alteração	8 (34,8)	8 (29,6)
3. Vida piorou	6 (26,1)	18 (66,7) ^d

a) Teste exato de Fisher ($p=0,04$), **b)** Teste exato de Fisher ($p=0,001$), **c)** Teste exato de Fisher ($p=0,004$), **d)** χ^2 ($p=0,004$).

A Tabela 25 mostra os domínios de QV afetados em pacientes com salivação reduzida, merecendo destaque o item referente a alterações nos domínios dor, deglutição, mastigação e paladar, que apresentaram associações estatisticamente significantes.

Tabela 25 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, segundo o domínio saliva

Saliva		Escore 100 (N=23) N (%)	Escore <100 (N=27) N (%)
Domínios (UW-QOL)			
Dor	100	19 (82,6)	14 (51,9)
	< 100	4 (17,4)	13 (48,1) ^a
	Média ± DP	92,3 ± 17,5	80,5 ± 23,3
Aparência	100	17 (73,9)	19 (70,4)
	< 100	6 (26,1)	8 (29,6)
	Média ± DP	92,3 ± 13,9	91,6 ± 13,8
Atividade	100	16 (69,6)	12 (44,4)
	< 100	7 (30,4)	15 (55,6)
	Média ± DP	84,7 ± 25,8	77,7 ± 25,3
Recreação	100	19 (82,6)	21 (77,8)
	< 100	4 (17,4)	6 (22,2)
	Média ± DP	93,4 ± 15,4	90,7 ± 19,7
Deglutição	100	20 (87)	11 (40,7)
	< 100	3 (13)	16 (59,3) ^b
	Média ± DP	89,8 ± 27,4	71,6 ± 27,3 ^c
Mastigação	100	13 (56,5)	5 (18,5)
	< 100	10 (43,5)	22 (81,5) ^d
	Média ± DP	73,9 ± 33,2	50 ± 31 ^e
Fala	100	8 (34,8)	8 (29,6)
	< 100	15 (65,2)	19 (70,4)
	Média ± DP	75,5 ± 20,6	75,5 ± 17,4
Ombro	100	17 (73,9)	18 (66,7)
	< 100	6 (26,1)	9 (33,3)
	Média ± DP	85,5 ± 28,1	85,2 ± 23,2
Paladar	100	18 (78,3)	8 (29,6)
	< 100	5 (21,7)	19 (70,4) ^f
	Média ± DP	88,4 ± 25,8	60,4 ± 32,1 ^g
Saliva	100	23 (100)	0
	< 100	0	27 (100)
	Média ± DP	100	39,3 ± 16,3
Humor	100	16 (69,6)	12 (44,4)
	< 100	7 (30,4)	15 (55,6)
	Média ± DP	85,8 ± 25,9	70,3 ± 31
Ansiedade	100	14 (60,9)	13 (48,1)
	< 100	9 (39,1)	14 (51,9)
	Média ± DP	82,6 ± 26,3	72,8 ± 29,4
QV total	Média ± DP	86,7 ± 13,1	72,8 ± 29,4 ^h

a) Teste exato de Fisher ($p=0,04$), **b)** Teste exato de Fisher ($p=0,001$), **c)** Teste t ($p=0,02$), **d)** χ^2 ($p=0,005$), **e)** Teste t ($p=0,01$), **f)** χ^2 ($p=0,0006$), **g)** Teste t ($p=0,001$), **h)** Teste t ($p=0,00007$).

Durante exame clínico, alguns pacientes xerostômicos apresentaram dificuldades para realizar determinados movimentos propostos na análise da mobilidade da língua, além de relatarem que não se sentiam confortáveis ao comer em público (Tabela 26).

Tabela 26 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio saliva

Saliva	Escore 100 (N=23) N (%)	Escore <100 (N=27) N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	6 (26,1)	15 (55,6) ^a
Lateralidade esquerda	8 (34,8)	14 (51,9)
Língua no palato	7 (30,4)	11 (40,7)
Protrusão da língua	9 (39,1)	20 (74) ^b
Aparência alterada	3 (13)	9 (33,3)
Salivação reduzida	15 (65,2)	26 (96,3) ^c
Habilidade para comer em público		
100	19 (82,6)	13 (48,1)
< 100	4 (17,4)	14 (51,9) ^d
Média ± DP	88 ± 29	76,6 ± 24
Inteligibilidade da fala		
100	15 (65,2)	18 (66,7)
< 100	8 (34,8)	9 (33,3)
Média ± DP	88 ± 19,7	90,7 ± 14,1
Consistência da dieta		
100	10 (43,5)	5 (18,5)
< 100	13 (56,5)	22 (81,5)
Média ± DP	76,9 ± 27,2	60,7 ± 23,5

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) χ^2 ($p=0,03$), **b)** χ^2 ($p=0,01$), **c)** Teste exato de Fisher ($p=0,01$), **d)** Teste exato de Fisher ($p=0,02$).

5.4.4 Dor

A presença de dor na região onde foi realizado o tratamento (cirúrgico ou combinado) foi relatada por 17 pacientes. Embora a intensidade da dor não tenha apresentado níveis extremos, verificou-se que sua presença afeta a QV do indivíduo em diversos domínios, conforme apresentado nas tabelas que seguem (Tabelas 27 a 31).

Tabela 27 - Características gerais da amostra de acordo com o domínio dor

Dor	Escore 100 (N=33)	Escore <100 (N=17)
	N (%)	N (%)
Idade média ± DP (mín. – máx.)	60,4 ± 10 (44 - 84)	60,5 ± 10,4 (44 - 78)
Faixa etária		
40 – 50	6 (18,2)	5 (29,4)
51 – 60	10 (30,3)	2 (11,8)
61 – 70	12 (36,4)	8 (47,1)
71 – 80	4 (12,1)	2 (11,8)
> 80	1 (3)	0
60 anos ou menos	15 (45,5)	7 (41,2)
Mais de 60 anos	18 (54,5)	10 (58,8)
Gênero		
1. Homem	30 (90,9)	12 (70,6)
2. Mulher	3 (9,1)	5 (29,4)
Estado Civil		
1. Casado	22 (66,7)	9 (52,9)
2. Solteiro	1 (3)	4 (23,5)
3. Viúvo	5 (15,2)	0
4. Separado	5 (15,2)	4 (23,5)
Etnia		
1. Branco	30 (90,9)	15 (88,2)
2. Negro	1 (3)	1 (5,9)
3. Mulato	2 (6,1)	1 (5,9)
Escolaridade		
1. Analfabeto	5 (15,2)	0
2. Fundamental	19 (57,6)	13 (76,5)
3. Médio	4 (12,1)	3 (17,6)
4. Superior	5 (15,2)	1 (5,9)

A presença de dor foi associada ao tratamento combinado. Pacientes com tumores em língua foram os que menos relataram queixa dolorosa após o tratamento. Nota-se ainda que, embora não estatisticamente significativa, pacientes com cirurgia mais recente relatam maior incidência de dor, conforme se verifica na Tabela 28.

Tabela 28 - Características clínicas e exposição a fatores de risco para o câncer bucal, de acordo com o domínio dor

Dor	Escore 100 (N=33)	Escore <100 (N=17)
	N (%)	N (%)
Localização		
1. Língua	22 (66,7) ^a	5 (29,4)
2. Assoalho	5 (15,2)	6 (35,3)
3. Rebordo	6 (18,2)	4 (23,5)
4. Palato	0	2 (11,8)
Estadiamento		
T1	5 (15,2)	4 (23,5)
T2	15 (45,5)	7 (41,2)
T3	13 (39,4)	5 (29,4)
T4	0	1 (5,9)
N0	23 (69,7)	13 (76,5)
N1	7 (21,2)	3 (17,6)
N2	3 (9,1)	1 (5,9)
Meses após cirurgia ± DP	42,4 ± 29,8	30,5 ± 26,2
Tratamento		
1. Cirurgia	18 (54,5)	3 (17,6)
2. Cirurgia e Rt/Qt	15 (45,5)	14 (82,4) ^b
Dissecção cervical	23 (69,7)	11 (64,7)
Nodos (+)	12 (36,4)	8 (47,1)
Fatores de risco		
Tabagista	13 (39,4)	11 (64,7)
Ex-tabagista	17 (51,5)	4 (23,5)
Etilista	7 (21,2)	3 (17,6)
Ex-etilista	19 (57,6)	10 (58,8)

a) χ^2 ($p=0,01$), b) Teste exato de Fisher ($p=0,02$).

A dor foi diretamente relacionada à piora da vida do paciente, além disso, quem sente dor relatou problemas com mastigação (Tabela 29).

Tabela 29 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV após o tratamento, segundo o domínio dor

Dor	Escore 100 (N=33)	Escore <100 (N=17)
	N (%)	N (%)
Fatores mais relevantes		
1. Dor	0	9 (52,9)
2. Aparência	0	1 (5,9)
3. Atividade	0	1 (5,9)
4. Recreação	0	0
5. Deglutição	0	6 (35,3)
6. Mastigação	10 (30,3)	11 (64,7) ^a
7. Fala	5 (15,2)	4 (23,5)
8. Ombro	2 (6,1)	2 (11,8)
9. Paladar	2 (6,1)	2 (11,8)
10. Saliva	8 (24,2)	6 (35,3)
11. Humor	1 (3)	3 (17,6)
12. Ansiedade	3 (9,1)	4 (23,5)
Após tratamento		
1. Vida melhorou	10 (30,3)	0
2. Sem alteração	12 (36,4)	4 (23,5)
3. Vida piorou	11 (33,3)	13 (76,5) ^b

a) χ^2 ($p=0,01$), b) Teste exato de Fisher ($p=0,008$).

Com base na análise do questionário UW-QOL, a presença de dor interfere em diversos domínios da QV, conforme apresentado na Tabela 30, merecendo destaque para a influência da dor nos itens: atividade, recreação, deglutição, mastigação, paladar, saliva, humor e ansiedade. Além disso, nesses pacientes a QV global mostrou-se significativamente pior.

Tabela 30 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, segundo o domínio dor

Dor		Escore 100 (N=33) N (%)	Escore <100 (N=17) N (%)
Domínios (UW-QOL)			
Dor	100	33 (100)	0
	< 100	0	17 (100)
	Média ± DP	100	58,8 ± 15,1
Aparência	100	25 (75,8)	11 (64,7)
	< 100	8 (24,2)	6 (35,3)
	Média ± DP	93,9 ± 10,8	88,2 ± 17,9
Atividade	100	22 (66,7)	6 (35,3)
	< 100	11 (33,3)	11 (64,7) ^a
	Média ± DP	85,6 ± 24,2	72 ± 26,3 ^b
Recreação	100	30 (90,9)	10 (58,8)
	< 100	3 (9,1)	7 (41,2) ^c
	Média ± DP	97,7 ± 7,2	80,8 ± 25,8 ^d
Deglutição	100	27 (81,8)	4 (23,5)
	< 100	6 (18,2)	13 (76,5) ^e
	Média ± DP	92,9 ± 16,1	54,8 ± 31,1 ^f
Mastigação	100	13 (39,4)	5 (29,4)
	< 100	20 (60,6)	12 (70,6)
	Média ± DP	69,6 ± 24,8	44,1 ± 42,8 ^g
Fala	100	12 (36,4)	4 (23,5)
	< 100	21 (63,6)	13 (76,5)
	Média ± DP	77,9 ± 17,8	70,7 ± 20
Ombro	100	26 (78,8)	9 (52,9)
	< 100	7 (21,2)	8 (47,1)
	Média ± DP	88,9 ± 24,5	78,4 ± 26,2
Paladar	100	21 (63,6)	5 (29,4)
	< 100	12 (36,4)	12 (70,6) ^h
	Média ± DP	81,8 ± 27,7	56,8 ± 34,9 ⁱ
Saliva	100	19 (57,6)	4 (23,5)
	< 100	14 (42,4)	13 (76,5) ^j
	Média ± DP	73,6 ± 32,1	54,8 ± 31,1
Humor	100	22 (66,7)	6 (35,3)
	< 100	11 (33,3)	11 (64,7) ^k
	Média ± DP	85,6 ± 23,4	61,7 ± 34,3 ^l
Ansiedade	100	20 (60,6)	7 (41,2)
	< 100	13 (39,4)	10 (58,8)
	Média ± DP	83,9 ± 22,2	64,6 ± 34,4 ^m
QV total	Média ± DP	85,5 ± 9,4	64,6 ± 12,9 ⁿ

a) χ^2 ($p=0,03$), b) Teste t ($p=0,007$), c) Teste exato de Fisher ($p=0,02$), d) Teste t ($p=0,0009$), e) Teste exato de Fisher ($p=0,0001$), f) Teste t ($p=0,0000006$), g) Teste t ($p=0,01$), h) χ^2 ($p=0,02$), i) Teste t ($p=0,008$), j) Teste exato de Fisher ($p=0,04$), k) χ^2 ($p=0,03$), l) Teste t ($p=0,005$), m) Teste t ($p=0,02$), n) Teste t ($p=0,00000003$).

A Tabela 31 a seguir, ilustra as principais alterações funcionais presentes em pacientes com dor, podendo-se observar significativa dificuldade para comer em público, além de restrições relativas à consistência da dieta.

Tabela 31 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio dor

Dor	Escore 100 (N=33) N (%)	Escore <100 (N=17) N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	11 (33,3)	10 (58,8)
Lateralidade esquerda	13 (39,4)	9 (52,9)
Língua no palato	10 (30,3)	8 (47,1)
Protrusão da língua	16 (48,5)	13 (76,5)
Aparência alterada	6 (18,2)	6 (35,3)
Salivação reduzida	25 (75,8)	16 (94,1)
Habilidade para comer em público		
100	27 (81,8)	5 (29,4)
< 100	6 (18,2)	12 (70,6) ^a
Média ± DP	95,4 ± 9,7	60,2 ± 33,1 ^b
Inteligibilidade da fala		
100	24 (72,7)	9 (52,9)
< 100	9 (27,3)	8 (47,1)
Média ± DP	91,6 ± 14,8	85,2 ± 19,8
Consistência da dieta		
100	12 (36,4)	3 (17,6)
< 100	21 (63,6)	14 (82,4)
Média ± DP	76 ± 22	52,9 ± 27,7 ^c

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) χ^2 ($p=0,0002$), b) Teste t ($p=0,0000007$), c) Teste t ($p=0,002$).

5.4.5 Outros Domínios

Nesta seção serão apresentados apenas os valores que mostraram importante significância estatística, assim sendo, os valores integrais referentes aos demais domínios (aparência, atividade, recreação, fala, ombro, paladar, humor e ansiedade) estão alocados nos apêndices, que se iniciam à página 131.

Pacientes que tiveram a atividade ocupacional interrompida em virtude do tratamento, relataram problemas com dor ($p=0,03$), recreação ($p=0,02$) e movimentação dos ombros ($p=0,01$), (Apêndices-Tabela A5).

A fala alterada mostrou significativa relação entre os pacientes que realizaram cirurgia mais recentemente (média de 31,3 meses) ($p=0,009$), porém, o tamanho do tumor e a extensão cirúrgica não influenciaram no domínio fala nesse estudo, (Apêndices-Tabela A10).

Problemas com a movimentação dos ombros foi associada à atividade ocupacional ($p=0,01$), principalmente em pacientes mais jovens (com menos de 60 anos), ($p=0,02$). Pacientes que realizaram dissecação cervical também apresentaram limitações na movimentação dos ombros ($p=0,001$), (Apêndices-Tabela A13). O domínio ombro alterado revelou ainda, significantes problemas com relação ao humor ($p=0,03$) e ansiedade ($p=0,02$), (Apêndices-Tabela A14). Além da salivagem reduzida ($p=0,02$) e dieta restrita ($p=0,01$), (Apêndices-Tabela A15).

Alterações no paladar foram associadas a problemas com mastigação ($p=0,0001$), ausência de saliva ($p=0,0006$), dificuldade para comer em público ($p=0,003$) e consistência da dieta ($p=0,002$), (Apêndices-Tabela A17 e Tabela A18).

Alterações no humor e ansiedade foram fortemente associadas entre si ($p<0,0000001$), (Apêndices-Tabela A20). E, segundo a percepção dos pacientes sobre esses domínios, a maioria relatou que a vida, de modo geral, piorou significativamente após o tratamento do câncer, ($p=0,001$) e ($p=0,02$) para humor e ansiedade, respectivamente, (Apêndices-Tabela A21 e Tabela A24).

5.5 Qualidade de Vida e Alterações Funcionais

Serão apresentadas a seguir as comparações entre a avaliação subjetiva dos domínios de QV e alteração funcional avaliada clinicamente, do ponto de vista objetivo do profissional.

Problemas com mobilidade da língua foram relacionados a alterações na fala e na mastigação. Dificuldade para comer em público foi positivamente associada à presença de dor, problemas com recreação, deglutição, mastigação, fala, paladar, saliva, humor e ansiedade. A variável “dificuldade para comer em público” foi também associada estatisticamente à piora na QV global dos pacientes.

A avaliação objetiva da fala coincidiu com a percepção subjetiva do paciente nesse domínio.

A consistência da dieta foi positivamente associada à problemas com a deglutição, mastigação, função do ombro, paladar e saliva. A variável clínica “consistência da dieta” foi associada com a piora global da QV.

Queixas relacionadas à aparência foram significantes em pacientes que apresentaram baixos escores no domínio ombro. O reduzido fluxo salivar apresentou significativa correlação entre a análise subjetiva do paciente e objetiva do profissional, por outro lado, o fluxo salivar normal foi mais freqüente nos pacientes que relataram problemas no ombro, conforme ilustra a Tabela 32.

Tabela 32- Domínios UW-QOL alterados (<100) de acordo com os aspectos funcionais

UW-QOL	Aspectos Funcionais (N=50)																	
	Mobilidade da língua			Comer em público			Fala			Consistência da dieta			Aparência			Fluxo salivar		
	Normal	Alterado	N	Normal	Alterado	N	Normal	Alterado	N	Normal	Alterado	N	Normal	Alterado	N	Normal	Alterado	N
Media ± DP	N=17	N=33	N=32	N=18	N=33	N=33	N=17	N=35	N=38	N=12	N=41							
Dor	91,1 ± 17,5	83,3 ± 23,1	94,5 ± 13,8	70,8 ± 24,6 ^a	87,8 ± 21,7	82,3 ± 21,2	91,6 ± 18	83,5 ± 22,6	87,5 ± 21,5	81,2 ± 21,6	94,4 ± 16,6	84,1 ± 22,1						
Aparência	92,6 ± 11,7	91,6 ± 14,8	94,5 ± 10,5	87,5 ± 17,6	91,6 ± 13,5	92,6 ± 14,6	91,6 ± 12,1	92,1 ± 14,5	94,7 ± 11,8	83,3 ± 16,2 ^b	86,1 ± 18,1	93,2 ± 12,5						
Atividade	85,2 ± 23,4	78,7 ± 26,6	85,9 ± 24,5	72,2 ± 25,5	85,6 ± 22,5	72 ± 29,1	75 ± 34	83,5 ± 20,9	82,9 ± 26	75 ± 23,8	80,5 ± 27,3	81 ± 25,4						
Recreação	94,1 ± 14	90,9 ± 19,5	96,8 ± 8,4	83,3 ± 25,7 ^c	91,6 ± 17,3	92,6 ± 19,2	96,6 ± 8,7	90 ± 20,2	90,1 ± 19,7	97,9 ± 7,2	91,6 ± 17,6	92 ± 18						
Deglutição	88,2 ± 20,1	75,7 ± 31,5	88,5 ± 21,7	64,7 ± 33,3 ^d	82,8 ± 25,2	74,4 ± 34,5	93,4 ± 13,6	74,2 ± 31,5 ^e	80,7 ± 28,6	77,7 ± 29,7	92,5 ± 22,3	77,2 ± 29,3						
Mastigação	76,4 ± 31,2	53 ± 32,9 ^f	73,4 ± 28,3	38,8 ± 32,3 ^g	65,1 ± 31,8	52,9 ± 37,3	96,6 ± 12,9	45,7 ± 28,1 ^h	61,8 ± 33,7	58,3 ± 35,8	83,3 ± 25	56 ± 33,9						
Fala	84,4 ± 16,9	70,9 ± 18,1 ⁱ	80,3 ± 18,5	66,8 ± 16,2 ^j	82 ± 16,6	62,9 ± 16,3 ^k	82,4 ± 17	72,5 ± 18,9	77,3 ± 19	69,6 ± 17,1	74,3 ± 14,5	75,7 ± 19,7						
Ombro	88,2 ± 23,4	83,8 ± 26,5	85,4 ± 26,7	85,2 ± 23,5	84,8 ± 26,4	86,2 ± 23,7	71,1 ± 33 ^l	91,4 ± 18,6	89,5 ± 20,6	72,2 ± 34,3 ^m	66,7 ± 33,3 ⁿ	89,4 ± 21,6						
Paladar	82,3 ± 26,7	68,6 ± 34,3	83,3 ± 28,1	55,5 ± 32,4 ^o	76,7 ± 29,5	66,6 ± 37,3	95,6 ± 11,6	63,8 ± 33,7 ^p	75,4 ± 32,6	66,5 ± 31,9	88,8 ± 23,6	69,9 ± 33,2						
Saliva	76,4 ± 30,7	62,5 ± 33,2	74,9 ± 31,8	53,6 ± 30,6 ^q	69,6 ± 30,6	62,5 ± 37,1	82,2 ± 27,8	60,8 ± 32,9 ^r	71,8 ± 31,6	52,6 ± 33,3	92,5 ± 22,3	61,6 ± 32,2 ^s						
Humor	70,5 ± 30,9	81 ± 28,6	84,3 ± 25,2	65,2 ± 33,3 ^t	78,7 ± 30	75 ± 29,3	78,3 ± 31,1	77,1 ± 29,3	76,9 ± 29,8	79,1 ± 29,8	88,8 ± 25,3	75 ± 30,1						
Ansiedade	68,6 ± 32,2	81,8 ± 25,1	84,4 ± 22,3	64,7 ± 33,3 ^u	76,7 ± 29,5	78,4 ± 26,2	77,8 ± 24,1	77,1 ± 30	77,2 ± 28,1	77,7 ± 29,7	85,3 ± 17,3	75,6 ± 29,9						
QV Total	82,8 ± 12,5	76,1 ± 15,2	84,8 ± 10,6	67 ± 13,9 ^v	80,8 ± 12,2	73,7 ± 17,7	85,4 ± 10,9	75,4 ± 15 ^w	80 ± 14,2	73,3 ± 14,9	84,5 ± 11,8	77,1 ± 14,9						

a) Teste t (p=0,00006), b) Teste t (p=0,01), c) Teste t (p=0,008), d) Teste t (p=0,003), e) Teste t (p=0,02), f) Teste t (p=0,01), g) Teste t (p=0,0002), h) Teste t (p=0,0000002), i) Teste t (p=0,01), j) Teste t (p=0,01), k) Teste t (p=0,0003), l) Teste t (p=0,007), m) Teste t (p=0,03), n) Teste t (p=0,01), o) Teste t (p=0,002), p) Teste t (p=0,0008), q) Teste t (p=0,02), r) Teste t (p=0,03), s) Teste t (p=0,008), t) Teste t (p=0,02), u) Teste t (p=0,01), v) Teste t (p=0,000005), w) Teste t (p=0,02).

5.6 Qualidade de Vida e Reabilitação Oral

5.6.1 Condição dentária e uso de próteses antes e após o tratamento

Quando questionados a respeito da condição dentária existente antes do tratamento, 34 pacientes relataram ser edêntulos totais, ao passo que após o tratamento, esse número aumentou para 40.

Com relação ao uso de próteses antes do tratamento, 22 pacientes eram usuários de próteses totais superiores e inferiores, porém, após o tratamento, esse número reduziu-se a 5. Ainda, o número de pacientes que não usavam nenhum tipo de prótese antes do tratamento era 15, porém, após o tratamento essa frequência subiu para 22, conforme ilustra a Tabela 33.

Tabela 33 - Condição dentária e uso de próteses antes e após o tratamento para o câncer bucal

Condição dentária/próteses	Antes (N=50)	Depois (N=50)
	N (%)	N (%)
Desdentados totais	34 (68)	40 (80)
Desdentados parciais	14 (28)	8 (16)
Dentados	2 (4)	2 (4)
Usava PT superior e inferior	22 (44)	5 (10)
Usava apenas PT superior ou PPR	11 (22)	21 (42)
Não usava próteses	15 (30)	22 (44)

Quatorze (28%) pacientes relataram que gostariam de ser reabilitados com novas próteses. Por outro lado, 18 (36%) pacientes disseram que preferem não usar próteses, já que, para a maioria destes, a prótese pode estar relacionada ao desenvolvimento do tumor. Sete (14%) pacientes não apresentavam condições de serem submetidos a um tratamento reabilitador com próteses convencionais em função das limitações anatômicas decorrentes do tratamento e 2 (4%) deles possuíam os dentes naturais e não necessitavam de próteses. Por fim, 7 (14%) pacientes já haviam sido reabilitados após o tratamento do câncer bucal.

5.6.2 Expectativas para a Reabilitação Oral

De acordo com a aplicação do UW-QOL verificou-se significativa queixa relacionada à dor, aparência, mastigação, fala, paladar e saliva nos pacientes que desejariam ser reabilitados, como mostra a Tabela 34.

Tabela 34 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, segundo a expectativa do paciente com relação à reabilitação oral

Domínios (UW-QOL)		Desejaria Reabilitação	Desejaria Reabilitação
		(SIM) (N=14)	(NÃO) (N=36)
		N (%)	N (%)
Dor	100	6 (42,9)	27 (75)
	< 100	8 (57,1) ^a	9 (25)
	Média ± DP	78,5 ± 21,6	88,8 ± 21
Aparência	100	7 (50) ^b	29 (80,6)
	< 100	7 (50)	7 (19,4)
	Média ± DP	85,7 ± 16,1 ^c	94,4 ± 12,1
Atividade	100	5 (35,7)	23 (63,9)
	< 100	9 (64,3)	13 (36,1)
	Média ± DP	75 ± 24	83,3 ± 26
Recreação	100	10 (71,4)	30 (83,3)
	< 100	4 (28,6)	6 (16,7)
	Média ± DP	89,2 ± 18,8	93 ± 17,5
Deglutição	100	6 (42,9)	25 (69,4)
	< 100	8 (57,1)	11 (30,6)
	Média ± DP	69 ± 30,7	84,2 ± 27
Mastigação	100	1 (7,1)	17 (47,2)
	< 100	13 (92,9) ^d	19 (52,8)
	Média ± DP	42,8 ± 26,7 ^e	68 ± 34,1
Fala	100	1 (7,1)	15 (41,7)
	< 100	13 (91,9) ^f	21 (58,3)
	Média ± DP	66,9 ± 13,1 ^g	78,8 ± 19,6
Ombro	100	8 (57,1)	27 (75)
	< 100	6 (42,9)	9 (25)
	Média ± DP	81 ± 25,2	87 ± 25,5
Paladar	100	3 (21,4)	23 (63,9)
	< 100	11 (78,6) ^h	13 (36,1)
	Média ± DP	59,5 ± 26,9	78,7 ± 33
Saliva	100	3 (21,4)	20 (55,6)
	< 100	11 (78,6)	16 (44,4)
	Média ± DP	52,2 ± 28,5 ⁱ	73 ± 32,7
Humor	100	5 (35,7)	23 (63,9)
	< 100	9 (64,3)	13 (36,1)
	Média ± DP	67,8 ± 30,1	81,2 ± 28,8
Ansiedade	100	6 (42,9)	21 (58,3)
	< 100	8 (57,1)	15 (41,7)
	Média ± DP	66,6 ± 34,6	81,5 ± 24,5
QV total	Média ± DP	68,3 ± 8,9 ^j	82,3 ± 14,5

a) χ^2 ($p=0,03$), b) χ^2 ($p=0,03$), c) Teste t ($p=0,04$), d) Teste exato de Fisher ($p=0,01$), e) Teste t ($p=0,01$), f) Teste exato de Fisher ($p=0,03$), g) Teste t ($p=0,04$), h) Teste exato de Fisher ($p=0,01$), i) Teste t ($p=0,04$), j) Teste t ($p=0,001$).

Constatou-se que os pacientes desejariam ser reabilitados possivelmente devido às dificuldades para comer em público e por apresentarem dificuldades para mastigar alimentos duros, como se observa para a variável “consistência da dieta” na Tabela 35.

Tabela 35 - Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme expectativa do paciente para a reabilitação oral

Exame clínico	Desejaria Reabilitação (SIM) (N=14)	Desejaria Reabilitação (NÃO) (N=36)
	N (%)	N (%)
Mobilidade da língua*		
Lateralidade direita	7 (50)	14 (38,9)
Lateralidade esquerda	6 (42,9)	16 (44,4)
Língua no palato	5 (35,7)	13 (36,1)
Protrusão da língua	9 (64,3)	20 (55,6)
Aparência alterada	5 (35,7)	7 (19,4)
Salivação reduzida	12 (85,7)	29 (80,6)
Habilidade para comer em público		
100	5 (35,7)	27 (75)
< 100	9 (64,3) ^a	9 (25)
Média ± DP	73,2 ± 28,5	87,5 ± 25
Inteligibilidade da fala		
100	9 (64,3)	24 (66,7)
< 100	5 (35,7)	12 (33,3)
Média ± DP	91 ± 12,4	88,8 ± 18,3
Consistência da dieta		
100	1 (7,1)	14 (38,9)
< 100	13 (92,9)	22 (61,1)
Média ± DP	53,3 ± 20,6 ^b	73,8 ± 26,3

*Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

a) χ^2 ($p=0,009$), b) *Teste t* ($p=0,01$).

5.7 Questões Descritivas (UW-QOL)

O questionário UW-QOL possui quatro questões gerais, dentre elas, uma descritiva, que permite ao paciente relatar aspectos que não foram abordados nas perguntas anteriores. Dentre os respondentes, quatro (8%) relataram estar ansiosos com a possibilidade de recidiva da doença. Seis pacientes (12%) queixaram-se de ter que parar de trabalhar em decorrência do tratamento, pois suas funções exigem movimentação dos ombros, que ficou comprometida após ressecção do tumor.

Problemas com depressão foram relatados por 2 mulheres, após a extração de alguns elementos dentários no ato cirúrgico. Outro caso de depressão ocorreu em paciente que sofreu alterações na fala, e por essa razão sente-se discriminada pela sociedade por acharem que ela sofre de problemas mentais.

Todos os pacientes foram questionados sobre sua condição dentária, uso de próteses e suas expectativas sobre a reabilitação oral após o tratamento do câncer. Cinco pacientes (10%) relataram que não querem ser reabilitados, pois acreditam que a prótese antiga tenha ferido a região onde ocorreu o crescimento do tumor, e por essa razão não querem novas próteses. Alguns pacientes edêntulos (10%) nunca usaram próteses dentárias, e relataram não serem necessárias (“não faz falta”).

Apenas dois dos pacientes avaliados apresentavam boa condição dentária e não necessitavam de qualquer tratamento reabilitador oral.



Discussão

6 DISCUSSÃO

Nas últimas décadas o número de publicações sobre QV em pacientes com câncer em cabeça e pescoço aumentou consideravelmente. A expressão “câncer de cabeça e pescoço” inclui um amplo grupo de neoplasias (boca, orofaringe, lábio, laringe, faringe, glândulas salivares, tireóide, pele, outros tumores em tecidos moles e ósseos) que afetam diferentes funções dependendo da localização e do tratamento^{36,78}.

Existem evidências de que tumores em diferentes regiões da cabeça e pescoço possuam comportamentos biológicos distintos e produzam efeitos diferentes na QV. Isso pode ser explicado em virtude da complexa anatomia da boca, além disso, a boca executa diversas funções como fala, paladar e deglutição. Por essa razão é importante apontar o câncer bucal como uma entidade distinta de outras neoplasias de cabeça e pescoço¹⁵.

Poucos trabalhos foram publicados abordando exclusivamente a QV em portadores de câncer bucal^{15,36,39,78}.

Com base nas considerações acima, optou-se no presente estudo por avaliar exclusivamente a QV de portadores de câncer bucal, buscando contribuir para a compreensão do comportamento biológico do câncer nessa localização anatômica, bem como os efeitos colaterais decorrentes de seu tratamento.

6.1 Caracterização Geral da Amostra

Avaliando os dados demográficos, notou-se predominância do gênero masculino, entre sua 5^a e 6^a década de vida, o que tem sido demonstrado nos diversos estudos sobre epidemiologia do câncer bucal. No entanto, a incidência do câncer bucal é crescente no mundo todo, inclusive entre as mulheres^{6,14,43,48,58,89,95}.

A exposição ao tabaco e ao álcool foi bastante elevada no presente estudo, chegando a 90% dos pacientes com histórico de tabagismo, o que reforça o papel desses agentes na etiologia do câncer bucal. Esses dados reforçam ainda o papel da prevenção primária, pois sabe-se que eliminando o tabaco estaríamos reduzindo a incidência de câncer bucal em mais de 80% dos

casos aproximadamente⁸⁹. Esses resultados são concordantes com outros da literatura, segundo os quais a exposição ao tabaco e ao álcool se mantém elevada a despeito do conhecimento de que são eles os principais fatores etiológicos para o câncer bucal^{51,59}.

É possível dizer, com base nos resultados deste estudo, que o consumo de tabaco, embora tenha reduzido, ainda continua elevado, por outro lado, o consumo de álcool foi eliminado na maioria dos pacientes com câncer bucal. Talvez essa mudança de comportamento esteja relacionada à preocupação com a recidiva da doença, que apresenta risco elevado, principalmente quando os fatores de risco persistem. Além disso, o desenvolvimento de um novo tumor primário é perfeitamente possível⁸⁹.

Este estudo também avaliou a incidência de problemas sistêmicos, revelando maior prevalência de alterações cardiovasculares e endócrinas, as quais provavelmente estejam relacionadas à idade dos pacientes, bem como ao seu estilo de vida, muitas vezes aliado à alimentação inadequada e hábitos pouco saudáveis^{48,78}.

Diversos estudos envolvendo a aplicação de questionários para a avaliação da QV são baseados no envio dos mesmos por correspondência, porém, muitas vezes o retorno não corresponde ao esperado^{7,11,27,30,67,80}.

A maioria dos pacientes entrevistados neste estudo relatou que o hábito de estudar não era considerado prioridade durante sua infância e juventude, e por essa razão o índice de analfabetos e semi-analfabetos foi elevado (74%). Considerando os fatos acima mencionados e o grande número de analfabetos no Brasil, o que poderia gerar impedimento na utilização do questionário UW-QOL, optamos por entrevistar os pacientes para tornar viável a utilização do instrumento de avaliação da QV, assim como fez Vartanian et al.⁸⁶ em 2004.

6.2 Qualidade de Vida e Tratamento

O tratamento cirúrgico do câncer bucal pode comprometer drasticamente a função oral, a estética e o bem-estar dos pacientes, reduzindo sua QV^{12,15,19,23,41,57}. Mediante essa realidade, muitos estudos sobre QV começaram a ser realizados com o objetivo de avaliar a percepção do paciente e

suas expectativas após o tratamento^{33,40,80,84}. Através dessa percepção do paciente é possível identificar os principais problemas enfrentados por eles e atuar na elaboração de medidas que visem reduzir as queixas relatadas nos questionários.

Neste estudo os mais elevados níveis de escolaridade foram diretamente associados ao tratamento cirúrgico isolado. Por outro lado, pacientes com poucos anos de estudo foram fortemente associados ao tratamento combinado. Provavelmente estes resultados devam-se ao fato de que pacientes mais esclarecidos tendem a ter mais acesso aos cuidados com a saúde e prevenção de doenças, e como consequência, a obtenção do diagnóstico precoce influencia na modalidade de tratamento, geralmente cirúrgico nos casos iniciais.

A literatura mostra que pacientes em estágios avançados da doença, por apresentarem tumores maiores e conseqüente comprometimento de linfonodos, tiveram os piores indicativos de QV^{4,7,21,30,42,65,69,70,75}. Esses resultados não são surpreendentes, visto que tumores extensos requerem ressecções amplas, comprometendo aspectos funcionais, principalmente relacionados à fala, mastigação e deglutição. A função e a QV pioram ainda mais nos casos tratados com Rt, devido aos efeitos associados à função salivar, mudanças no paladar e desenvolvimento de mucosites acompanhadas de dor^{13,76}. No presente estudo não houve significância estatística entre o tipo de tratamento empregado e o tamanho do tumor. Talvez isso se deva em virtude da alteração do estadiamento no momento da cirurgia, já que na primeira consulta (quando são registrados os estadiamentos) são solicitados todos os exames pré-operatórios pertinentes a cada caso. E, dependendo da saúde sistêmica do paciente, o tratamento do câncer propriamente dito pode atrasar, e no momento da cirurgia o paciente apresentar outro estadiamento. Por este motivo, em nossa amostra apenas o tipo de tratamento apresentou impacto direto sobre a QV, independentemente do tamanho do tumor. Ainda com relação à falta de associação entre o tipo de tratamento e o tamanho do tumor, devemos considerar que os fatores que influenciam a escolha do tratamento são relacionados ao tumor primário e à equipe de profissionais envolvida no tratamento. Assim, de acordo com Shah, Gil⁷⁸ (2008), esses fatores são classificados como: 1) fatores relacionados ao tumor; 2) fatores relacionados ao paciente; 3) fatores relacionados aos médicos.

Estudos revelam que a ressecção do tumor intrabucal produz efeitos funcionais mais críticos quando as neoplasias se localizam na língua e no assoalho de boca^{11,81}. Os piores escores têm sido relacionados à fala em pacientes que sofreram ressecção na região anterior de língua e assoalho de boca, enquanto a deglutição e a mastigação foram prejudicadas nos casos em que a lateral da língua foi removida^{4,37}. Segundo Kazi et al.³⁹ (2008), após avaliar 38 pacientes tratados por glossectomia parcial, a QV geral apresentou índices satisfatórios, exceto nos domínios mastigação, paladar e saliva.

Essas reflexões são importantes visto que 54% da amostra deste estudo foi composta por portadores de câncer de língua. Além disso, predominaram os pacientes com câncer na arcada inferior (assoalho de boca e rebordo alveolar) cujo tratamento cirúrgico muitas vezes requer remoção de parte da língua em função da expansão do tumor ou da necessidade de se obter margens livres.

Na amostra avaliada aproximadamente 60% dos pacientes foram submetidos ao tratamento combinado (cirurgia e Rt/Qt complementar). Segundo a literatura, o tratamento combinado (Rt/Qt) é associado aos piores escores na avaliação da QV, afetando principalmente aparência, recreação, mastigação, fala e movimento dos ombros^{21,33,86}. Por outro lado, outros estudos contrariam nossos resultados, indicando que o tratamento cirúrgico exclusivo é responsável pela piora na QV^{42,47}. Embora o tratamento cirúrgico seja o mais recomendado para o câncer bucal, o tratamento combinado continua sendo bastante utilizado^{12,15,78}.

O uso de Rt isolada ou em combinação com cirurgia tem seus efeitos colaterais reconhecidos no tratamento de tumores de cabeça e pescoço. A literatura relata toxicidade oral e prejuízos funcionais com conseqüente impacto na QV⁴⁴. Essas complicações são resultantes da radiação sobre o tecido, incluindo as glândulas salivares, mucosas, osso, musculatura e articulação temporomandibular. Clinicamente esta exposição resulta em mucosite, xerostomia, perda de paladar, risco para cáries dentárias, osteorradionecrose e trismo⁸⁸.

Apesar disso, a cirurgia seguida de Rt complementar ainda é a opção terapêutica mais empregada nos casos em que os pacientes procuram

por tratamento quando a lesão é extensa, e muitas vezes com metástases regionais⁷⁸.

Este estudo mostrou que problemas com xerostomia ocorrem simultaneamente com piores escores para deglutição, mastigação, paladar e dor. Embora algumas disfunções provocadas pela Rt sejam reversíveis, como a mucosite, outros são permanentes e podem ainda piorar com o tempo²⁵. A incidência desses problemas, no entanto, parecem ser sub-notificadas de acordo com List, Bilir⁴⁴ (2004).

O tratamento radioterápico exclusivo, a princípio, eleva os valores relacionados à QV logo após o tratamento, quando comparado aos casos cirúrgicos^{13,21}, porém a Rt exclusiva está associada a índices mais elevados de recidiva tumoral e conseqüente mortalidade, devendo-se considerar este aspecto no momento da escolha terapêutica¹³. Além disso, não se pode ignorar que entre os efeitos colaterais da Rt está o aumento do potencial da área irradiada para dar origem a outros tumores primários^{31,73}, embora esse ainda seja um assunto controverso na literatura.

Diversos estudos relatam que os indicadores de QV tendem a melhorar após cerca de 12 meses do tratamento^{7,29,30,65,81}. Porém, na amostra avaliada, os índices de QV relativos à mastigação, deglutição e saliva permaneceram reduzidos, mesmo após 39 meses (em média) do tratamento, especialmente nos pacientes submetidos à Rt complementar.

Os resultados de Kazi et al.³⁹ (2008) demonstraram que a glossectomia parcial apresenta uma boa QV global ao longo do tempo com valores elevados comparáveis a outros estudos^{11,67,69,86,90}. Esse fato sugere que o impacto da cirurgia sobre a QV é menor do que se poderia esperar e concordante com outros estudos relatando que pacientes com boa QV aprenderam estratégias de enfrentamento dos problemas com o tempo. Talvez também por esse motivo, os pacientes avaliados neste estudo apresentaram melhores escores de QV mediante tratamento cirúrgico após o período médio de 37 meses (Tabela 3).

6.3 Qualidade de Vida e Estadiamento TNM

Surpreendentemente, neste estudo o estadiamento T foi significativamente associado apenas com o domínio fala e ansiedade, não

havendo impacto sobre os outros domínios do UW-QOL (Tabela 10). Este resultado é contrário à maioria dos estudos, segundo os quais, quanto mais avançado o estadiamento tumoral, pior é a QV^{16,21,42,86}. Porém no estudo de Smith et al.⁸⁰ (2006) o estadiamento e a localização do tumor também não revelaram influência na QV e nem na função.

Por outro lado, mediante exame clínico, foram identificadas alterações funcionais significativas relacionadas à mobilidade da língua e à inteligibilidade da fala para os tumores T3 e T4. Esses resultados são coerentes e consistentes quando verificamos que 63% dos tumores T3 e T4 se localizaram na língua. Curiosamente, problemas com ansiedade foram freqüentes em pacientes com tumores menores (T1 e T2), provavelmente este fato esteja relacionado ao maior nível de informação desses pacientes, os quais procuraram tratamento em estágios iniciais da doença, e preocupam-se com a possibilidade de tumores recorrentes, o que acaba por refletir-se em seu estado emocional.

De acordo com Kazi et al.³⁹, quando se analisa o escore composto (média dos domínios) deve-se ter cuidado porque os pacientes tendem a se ajustar às suas deficiências com o tempo, e isso pode causar um efeito de anulação (por exemplo, enquanto um valor aumenta, outro pode estar diminuindo e assim o valor total não muda muito)^{39,90}. Assim, os valores dos domínios devem ser analisados separadamente, porque um tratamento específico pode afetar mais um domínio do que outro. Este efeito de anulação talvez possa explicar o fato de que em nossa amostra a QV global para pacientes com tumores T1 e T2 foi muito próxima da QV dos pacientes com tumores T3 e T4 (Tabela 10).

6.4 Qualidade de Vida: Domínios Específicos

6.4.1 Mastigação

A mastigação com algum grau de alteração (<100) foi estatisticamente associada à movimentação de língua limitada conforme se pode observar na Tabela 16, e que coincide com o estudo de Curtis et al.¹⁹ (1997). Esses resultados sugerem que para elevar os escores específicos da QV, tais pacientes deveriam ser submetidos à terapia que propiciasse a reabilitação de

tais aspectos funcionais⁷⁰. Nesse contexto, consideramos fundamental a inclusão de diferentes profissionais visando à multidisciplinaridade na reabilitação funcional desses pacientes, dada a sua complexidade.

Além disso, verifica-se associação estatisticamente significativa entre os baixos escores para mastigação e a salivação, o que poderia ser decorrente do fato de que pacientes com tumores amplos necessitam de ressecção cirúrgica extensa, muitas vezes aliada à Rt, o que reduz significativamente a produção de saliva²⁵.

Observamos ainda que, como seria esperado, o domínio mastigação está associado à redução da habilidade para comer em público e aos piores escores relacionados à consistência da dieta. Possivelmente a dificuldade para comer em público e a necessidade do paciente recorrer a alimentos menos consistentes estejam diretamente ligados também, aos problemas de mobilidade de língua e de xerostomia comentados anteriormente.

Como esperado, os pacientes com baixos escores para o domínio mastigação, quando analisados mediante o UW-QOL apresentaram associação com piores escores para os domínios deglutição, fala, paladar e saliva (Tabela 15). Esses resultados são coerentes entre si, e são também coerentes com os aspectos funcionais alterados observados no exame clínico, como alteração na mobilidade da língua e salivação reduzida^{4,11}.

Considerando a interdependência desses aspectos funcionais fica para nós evidente que, para a reabilitação oral desses pacientes, visando a melhora da função mastigatória, não apenas seria necessária a instalação de próteses como também a utilização de recursos terapêuticos próprios de outras especialidades como Fisioterapia, Fonoaudiologia e Farmacologia, por exemplo.

6.4.2 Deglutição

Os pacientes com baixos escores para o domínio deglutição apresentaram associações estatisticamente significantes com relação à presença de dor e mastigação deficiente. Além disso, tais pacientes relataram que sua QV piorou sensivelmente após o tratamento. Clinicamente observou-se que os mesmos pacientes revelaram sua habilidade para comer em público prejudicada, sendo necessário recorrer a alimentos menos consistentes.

Os resultados do presente estudo mostraram grande concordância quando foram comparados aos aspectos objetivos obtidos no exame clínico com os relatos subjetivos fornecidos pelos pacientes mediante resposta ao UW-QOL, tal como ocorreu para o domínio mastigação abordado anteriormente. Concordância semelhante foi relatada por Rogers et al.⁷⁰ (2002).

A deglutição prejudicada teve impacto estatisticamente significativo sobre a recreação, o humor e a ansiedade dos pacientes, o que não ocorreu para os domínios mastigação e saliva.

Observa-se também que o domínio deglutição foi estatisticamente associado a piores escores relativos à salivação e conseqüentemente ao paladar. Apesar de ter sido possível estabelecer tal associação, não nos é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre a deglutição e a xerostomia, embora saibamos que a ausência de saliva dificulta no processo de deglutição^{44,50}. Por outro lado, podemos inferir que os pacientes tenham apresentado piores escores (dor, recreação, mastigação, paladar, saliva, humor e ansiedade) associados ao domínio deglutição devido ao tratamento combinado (Rt/Qt) que afetou fortemente o domínio deglutição conforme se pode visualizar na Tabela 5. As alterações no domínio deglutição interferem diretamente no humor e nas atividades de recreação, o que demonstra que esta dimensão da QV é tão ou mais relevante do que a própria mastigação.

6.4.3 Saliva

Os escores reduzidos para o domínio saliva foram muito freqüentes, apresentando significância estatística conforme a modalidade de tratamento, sendo que todos os pacientes submetidos ao tratamento combinado desenvolveram xerostomia. A dor foi associada à xerostomia, e considerada como um fator relevante na QV do paciente. A xerostomia deixa a mucosa friável e sensível, além de sofrer descamação constante, provocando sensação de ardência ou ainda ferimentos (mucosite) em pacientes sob Rt/Qt³.

Segundo o exame clínico, pacientes que apresentaram xerostomia revelaram maior dificuldade para comer em público, já que sua alimentação geralmente fica limitada a alimentos macios e pastosos, sempre acompanhados de líquidos para facilitar na deglutição⁵⁰.

Parece evidente que a saliva desempenha fundamental importância na QV²⁵. Segundo o UW-QOL, a falta de saliva está estatisticamente associada à dor, deglutição, mastigação e paladar, além de interferir na piora da QV global. Sem dúvida, todos esses domínios são dependentes da saliva, seja para formar o bolo alimentar, seja para auxiliar na deglutição^{3,64,74}. Ainda com relação ao paladar, sabe-se que a falta de saliva pode modificá-lo, no entanto, como a maioria dos pacientes foram irradiados, torna-se difícil identificar o que realmente provocou alterações no paladar, ou seja, não se pode saber se a Rt teve efeito direto sobre tais modificações ou se elas são decorrentes da xerostomia provocada pela Rt.

Tais resultados demonstram mais uma vez que as alterações funcionais detectadas no exame clínico estão diretamente correlacionadas com o impacto de tais alterações em domínios específicos da QV.

De qualquer forma, é imprescindível que exista um suporte ao paciente visando adequar sua condição bucal, eliminar infecções e traumas de qualquer espécie, a fim de realizar um acompanhamento periódico no controle e manutenção da saúde bucal.

6.4.4 Dor

Na avaliação clínica, a presença de dor interferiu diretamente na consistência da dieta e habilidade para comer em público. Além disso, baixos escores no domínio dor refletiram-se em significativa piora nos escores recreação, atividade, humor e ansiedade, afinal, é compreensível que a dor interfira negativamente em diversos aspectos da QV, mesmo após o período de adaptação. Além disso, o domínio dor foi o único domínio da QV positivamente associado à ansiedade, afetando também a atividade, recreação e o humor. Todas essas são dimensões da QV altamente importantes no enfrentamento da doença e das conseqüências do tratamento. Assim sendo, nos parece fundamental que o paciente oncológico receba o suporte terapêutico adequado para a redução ou eliminação da dor, favorecendo assim, a melhora geral dos índices de QV e o equilíbrio emocional. Atualmente, segundo a legislação brasileira, todos os centros especializados em tratamento de câncer devem contar com um ambulatório ou serviço especializado em controle da dor crônica.

Por outro lado, pacientes que sofreram a ressecção de tumores em língua apresentaram menor queixa dolorosa, provavelmente por ser a língua um tecido mole e essencialmente muscular que apresenta índices de recuperação pós-operatórios superiores a outras regiões, como regiões próximas a tecido ósseo e linfonodos regionais⁹³.

6.4.5 Outros Domínios

Os escores para função do ombro foram significativamente mais baixos para os pacientes que sofreram dissecação cervical, já que durante o procedimento cirúrgico algumas estruturas são lesadas, resultando em perda, geralmente temporária, nos movimentos dos ombros. A dissecação cervical constitui em um complemento ao tratamento cirúrgico, realizada em pacientes que apresentam alguma evidência de metástases regionais. Na maior parte desses casos a Rt adjuvante também é necessária, o que justifica a presença de salivação reduzida e dieta restrita nesse grupo com baixos escores para a função do ombro⁷⁸.

Alguns estudos apontam relevância na queixa relacionada à atividade ocupacional, afinal, dependendo da extensão do tratamento, algumas funções físicas, como a movimentação dos ombros, fica comprometida, forçando o indivíduo a afastar-se de suas atividades profissionais^{42,67}. Os achados deste estudo são concordantes com os acima citados, apresentando prevalência pelos pacientes mais jovens da amostra, possivelmente por estes ainda desenvolverem alguma atividade laboral, o que não ocorre com pacientes mais idosos, geralmente aposentados e sem qualquer ocupação que requeira movimentos braçais.

Certamente a impossibilidade de trabalhar refletiu nos reduzidos escores obtidos nos domínios recreação, humor e ansiedade no presente estudo. Esta condição reflete negativamente na QV do indivíduo, levando-o ao sentimento de invalidez, o que pode resultar em episódios depressivos, afetando seu equilíbrio psicológico. Adiciona-se a isso o fato de que psicologicamente o paciente encontra-se fragilizado durante o tratamento, pois existe a constante preocupação com a recidiva da doença e as seqüelas que ela pode deixar. Nestes casos são necessárias abordagens individualizadas, pois quando se

deseja oferecer um bom tratamento ao paciente não se pode estabelecer generalizações^{20,34,72}.

A forte associação entre problemas com humor e ansiedade nesse estudo está diretamente relacionada ao impacto que o câncer e seu tratamento tiveram na vida do indivíduo. Dependendo das expectativas do paciente, este pode aceitar a doença e viver normalmente, mesmo com algumas limitações decorrentes do tratamento. Por outro lado, a dificuldade na aceitação do câncer ainda é um problema na população, que encara a doença como uma sentença de morte^{1,34}. Apesar da inovação nas técnicas terapêuticas que aumentam significativamente a sobrevida, ainda persiste o conceito em associar o câncer ao fim da vida, afetando o equilíbrio emocional dos pacientes.

6.5 Qualidade de Vida e Alterações Funcionais

Nossos resultados mostram que os pacientes tratados com Rt/Qt complementares apresentam problemas relacionados à deglutição, mastigação, salivação e paladar, obrigando-os, muitas vezes, a consumirem uma dieta pouco consistente, e a provável conseqüência desses baixos escores para esses domínios da QV poderia ser o impacto direto ou indireto sobre o estado nutricional. Tem sido estimado que problemas significativos no estado nutricional ocorram em mais de 80% dos pacientes irradiados¹⁸. Embora pouco investigada, a dieta de muitos pacientes após o tratamento para o câncer bucal se restringe à alimentação líquida ou semi-sólida. Condição que permanece após algum período, justificada pela desagradável sensação de boca seca, dificuldade para engolir e ausência de dentes^{19,26,70,80}.

O exame clínico revelou que problemas com mobilidade da língua interferiam significativamente na fala e na mastigação. Esses resultados não são surpreendentes, considerando que essas funções são dependentes da correta movimentação da língua, visto que a língua é um órgão de central importância que integra as funções de articulação, mastigação, deglutição, paladar, manutenção da higiene oral e degustação de alimentos³⁷.

A dificuldade para comer em público foi bastante relatada, principalmente em pacientes que apresentavam mastigação deficiente, salivação reduzida e deglutição alterada. Estes últimos, por exemplo, tinham receio de

engasgar com a comida, enquanto outros temiam o desvio do alimento para a cavidade nasal devido à comunicação buco-nasal resultante do tratamento cirúrgico em tumores de maxila.

A inteligibilidade da fala foi clinicamente avaliada e não apresentou resultados estatisticamente significantes com relação à percepção subjetiva do próprio indivíduo nesse aspecto. Muitos pacientes relataram que a fala foi alterada e que tinham dificuldade em pronunciar algumas palavras, no entanto, durante avaliação clínica, a fala da maioria dos pacientes foi perfeitamente compreensível.

A análise objetiva do fluxo salivar mostrou importante incidência de pacientes xerostômicos ou com hipossalivação (n=41) (Tabela 32). Porém, apenas 13 deles relataram que a falta de saliva interferia em sua QV. Os pacientes que não observaram ou não relataram queixas com relação à falta de saliva provavelmente devam estar habituados a essa condição, em virtude da conhecida capacidade de adaptação⁴⁶.

A avaliação da aparência nesse estudo mostrou que 12 pacientes apresentaram seqüelas faciais, como cicatrizes cervicais, assimetrias faciais, deslocamento de linha média e papadas cervicais, revelando significância estatística naqueles com problemas nos ombros (Tabela 32), o que é coerente, visto que no procedimento de dissecação cervical, muitas vezes nervos adjacentes são comprometidos⁶⁶.

6.6 Qualidade de Vida e Reabilitação Oral

Os estudos indicam que após cerca de 12 meses do término do tratamento para o câncer bucal há uma tendência para o aumento dos valores de QV^{7,29,30,65}, mesmo que, a princípio, aos olhos do profissional, o paciente apresente uma condição totalmente precária com relação à função e à estética. Este estudo mostrou que para muitos pacientes, alguns aspectos são pouco importantes, quando o que se busca é apenas uma oportunidade de viver um pouco mais e sentiam-se satisfeitos com isso. Por outro lado, dependendo da percepção e expectativa do paciente, o período após o tratamento se assemelhava ao fim da vida, pois este não se encontrava preparado para viver com limitações e não aceitava sua atual condição, afetando ainda sua auto-estima no trabalho, no lar e na sua vida como um todo.

Nesses casos, uma equipe deveria ser consultada para estudar a melhor forma de reinserir este indivíduo no convívio social e permitir que ele tenha uma sobrevida aceitável. Nesse sentido, reforça-se a importância do acompanhamento odontológico no âmbito de um atendimento multidisciplinar para pacientes com câncer bucal, visando sua reabilitação oral por meio de próteses e adequação do meio bucal. Além disso, o acompanhamento fonoaudiológico, fisioterapêutico e psicológico são extremamente importantes no restabelecimento de funções já citadas, para promover de fato, uma sobrevida com qualidade.

Mesmo os pacientes reabilitados podem sentir dificuldades para usar próteses devido às seqüelas pós-cirúrgicas, xerostomia e mucosites, e isso tem um efeito adverso sobre sua dieta⁷². Os escores de QV em pacientes reabilitados com próteses totais foram piores em relação àqueles reabilitados com próteses parciais, o que demonstra que os dentes remanescentes podem tornar a QV mais satisfatória⁵³. Além disso, estudos demonstram que a retenção de dentes naturais em maxila ou mandíbula pode ter um efeito positivo marcante sobre a dieta e o bem-estar psicológico dos pacientes^{2,63}.

Apesar de não existirem protocolos validados para a avaliação da necessidade de reabilitação oral nos pacientes tratados para o câncer bucal, no presente estudo foi elaborada uma série de questões referentes às expectativas dos pacientes com relação à reabilitação após o tratamento.

A reabilitação oral foi considerada importante para alguns pacientes, especialmente as mulheres e os pacientes com maior nível de escolaridade. Para outros, no entanto, o tratamento reabilitador era visto como um possível desencadeador de um novo tumor, e por essa razão preferiam ficar sem as próteses. Tais pacientes acreditavam que as próteses antigas mal adaptadas foram as causadoras do câncer bucal. Relatos desta natureza indicam que este assunto é realmente pouco explorado, e que faltam esclarecimentos aos pacientes sobre os possíveis benefícios que a reabilitação oral pode proporcionar, melhorando a QV.

Com base nos dados anteriormente comentados, verifica-se a necessidade de se desenvolver estratégias que possam promover melhor QV aos pacientes após o tratamento. A reabilitação oral está ganhando destaque como um tratamento complementar principalmente no âmbito da promoção do

bem-estar do paciente após o tratamento antineoplásico^{35,55,56,76}. Embora os estudos sejam recentes e escassos (Figura 6), perspectivas otimistas têm sido relatadas, porém, muito ainda é necessário para ser possível estabelecer o que realmente o paciente oncológico necessita para melhorar sua QV^{52-55,76,77}.

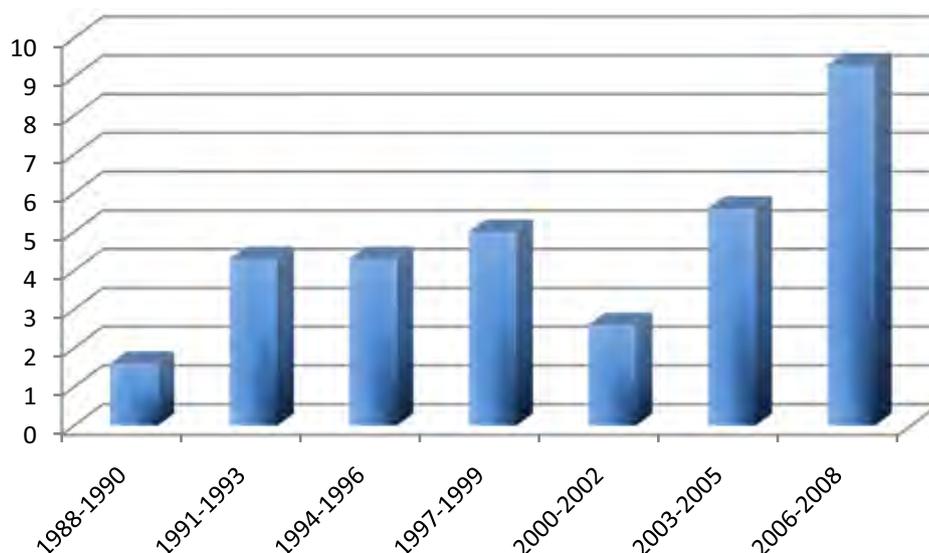


FIGURA 6 - Evolução do número de artigos (médias trienais) indexados no PubMed utilizando os parâmetros de busca "oral cancer" e "rehabilitation".

Estudos preliminares revelam que alguns pacientes conseguem se beneficiar do tratamento reabilitador convencional, para outros é indicado o uso de próteses sobre implantes, porém, muitos não possuem condições de serem submetidos à reabilitação de forma alguma, devido principalmente às cirurgias agressivas e mutilantes, que alteram drasticamente a morfologia e a função^{52,72,76,79}.

Embora estudos sobre QV estejam sendo altamente valorizados na atualidade, poucos foram publicados sobre o real impacto da reabilitação oral sobre a QV (Figura 7). Segundo Rogers et al.⁷² (2005), até 2005 ainda não se tinha conhecimento sobre esse tipo de estudo. Porém, a partir de março de 2008 foi publicado um instrumento específico para a avaliação da reabilitação oral na QV após o tratamento do câncer bucal. Trata-se da validação da terceira versão do *Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire* (LORQ) (Anexo 7), ainda não

disponível para o idioma português. Os primeiros 17 itens avaliam a função oral, aparência orofacial e interação social, enquanto os demais itens avaliam questões relacionadas às próteses e à satisfação do paciente com elas.

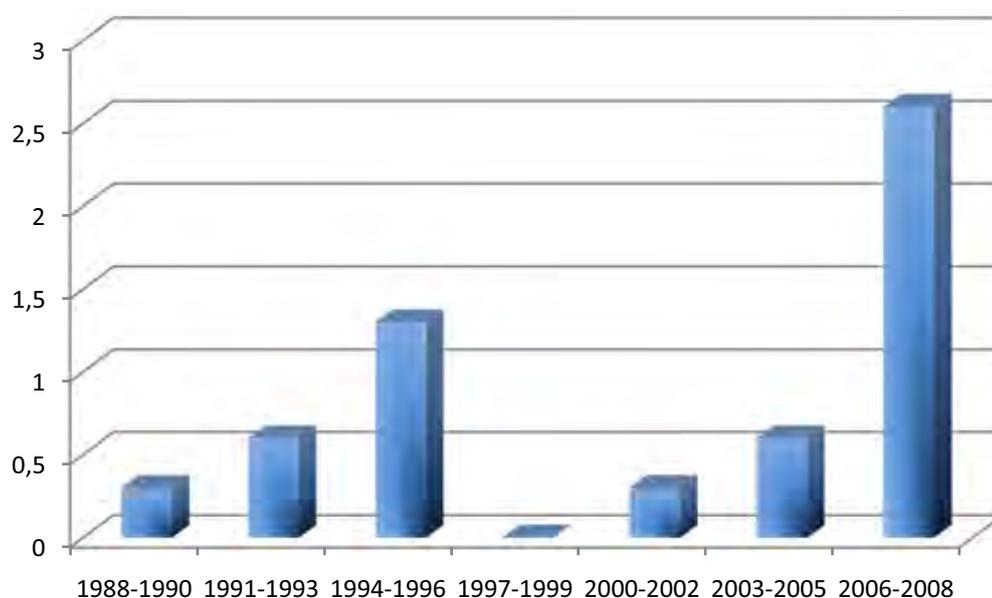


FIGURA 7 - Evolução do número de artigos (médias trienais) indexados no PubMed utilizando os parâmetros de busca “oral cancer”, “quality of life” e “rehabilitation”.

A reabilitação oral com próteses convencionais, por ser a princípio, de fácil confecção e baixo custo, é a mais utilizada, porém, em decorrência do tratamento cirúrgico, em muitos casos o paciente perde estruturas importantes de suporte anatômico, dificultando na estabilidade e retenção de próteses convencionais, inviabilizando o uso das mesmas, ou transformando a reabilitação num procedimento altamente complexo^{35,53,76}.

Muitos pacientes usuários de próteses totais antes do tratamento para o câncer bucal, relataram piora na QV relacionada principalmente à aparência, visto que após o tratamento cirúrgico, as próteses foram perdidas em decorrência das alterações anatômicas. Problemas com mastigação e dificuldade para comer em público também foram relatados, provavelmente pela insegurança em falar e mastigar, por falta das próteses.

Na amostra avaliada os piores índices com relação à possibilidade de reabilitação convencional ocorreram em pacientes com tumores em rebordo

alveolar, ou seja, a maioria desses pacientes necessita de reabilitações complexas com implantes. No entanto, alguns desses pacientes interessados na reabilitação não poderiam arcar com os elevados custos de um tratamento reabilitador diferenciado.

Por outro lado, pacientes desdentados que nunca usaram próteses, julgam não serem necessárias. De modo geral, pacientes com essa opinião são pessoas provenientes de uma condição social muito simples, que não possuem muitas expectativas e adaptam-se facilmente a limitações de diversas naturezas, contentando-se apenas com a condição de terem sobrevivido ao câncer. Porém, com a crescente incidência de câncer bucal em pacientes cada vez mais jovens, a presença de limitações geralmente desencadeia frustrações e muitos não aceitam viver desta forma. Para estes, os índices de QV chegam a valores muito reduzidos⁶⁴.

Com o surgimento dos implantes e atualmente o uso de implantes associados a magnetos, abriu-se a perspectiva de novas esperanças para a reabilitação oral de pacientes com extensas seqüelas cirúrgicas, nas quais são perdidos muitos referenciais anatômicos importantes^{52,76,77}. Apesar de muito promissora, a reabilitação à base de implantes também tem suas limitações, principalmente nos pacientes irradiados³⁵, o que corresponde à maioria dos casos, visto que o câncer bucal no Brasil é diagnosticado em fases tardias nas quais apenas o tratamento cirúrgico pode não ser suficiente. Além disso, o câncer bucal é muito mais prevalente em pacientes com carências sócio-econômicas⁵⁸, e a reabilitação à base de implantes pode ser uma opção economicamente inacessível para muitos.

Embora os implantes auxiliem a reter as próteses, outros fatores são importantes para a mastigação, como a preservação de tecido lingual remanescente e sua mobilidade⁷². Desta forma a presença do Cirurgião-Dentista na equipe multidisciplinar que assiste o paciente durante a ressecção cirúrgica poderia trazer benefícios no que diz respeito à futura reabilitação oral, tendo em vista que as equipes de cirurgiões de cabeça e pescoço realizam as ressecções sem muita preocupação e nem conhecimento sobre a importância de serem preservadas algumas estruturas anatômicas que poderiam facilitar a posterior reabilitação. Isso contraria as recomendações de Shah, Gil⁷⁸ (2008) para os quais, o objetivo do tratamento do câncer bucal é erradicar a doença, preservar

ou restaurar a função, minimizar as seqüelas do tratamento e finalmente prevenir novos tumores primários.

O Brasil aparece no panorama mundial entre os países de maior incidência e mortalidade por câncer bucal quando considerada exclusivamente a população masculina⁵⁸ (Figuras 8 e 9).

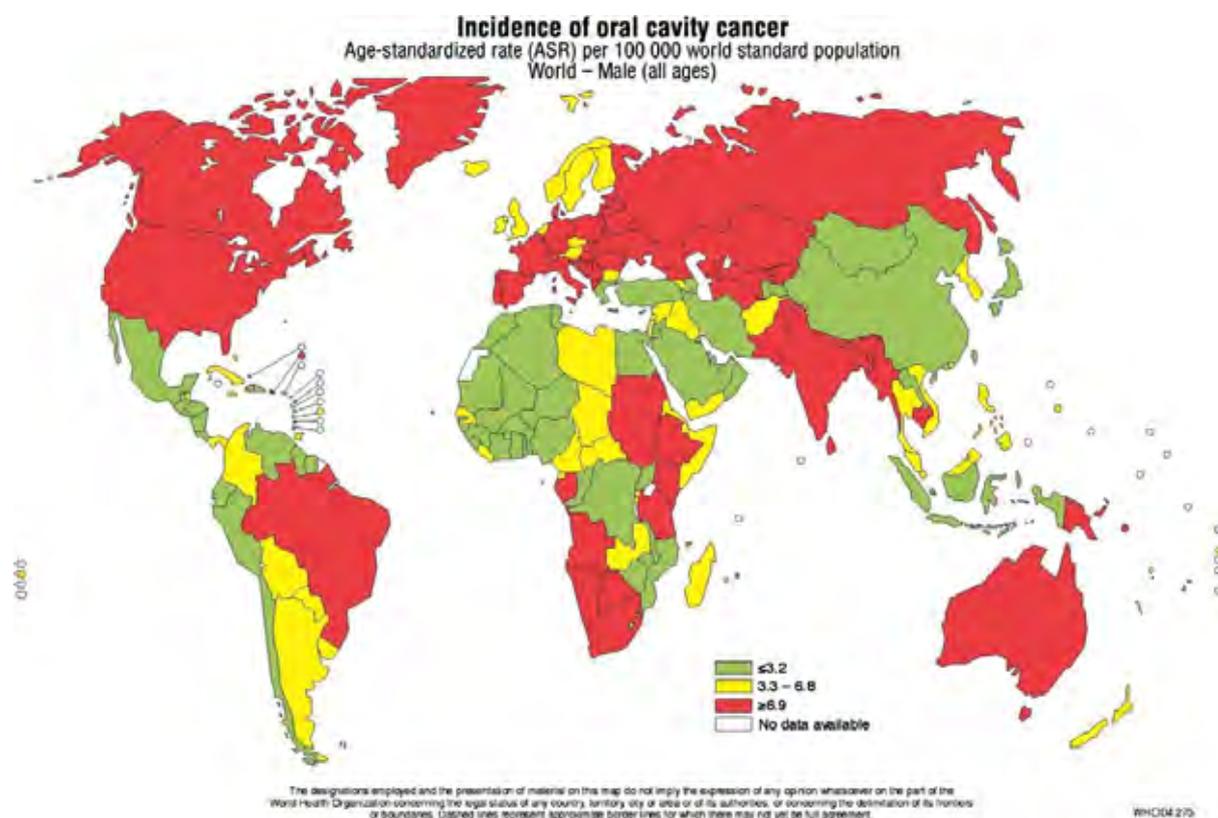


FIGURA 8 - Incidência de câncer bucal em homens distribuídos pelos países do mundo. (Fonte: Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. Oral Oncol. In press 2008).

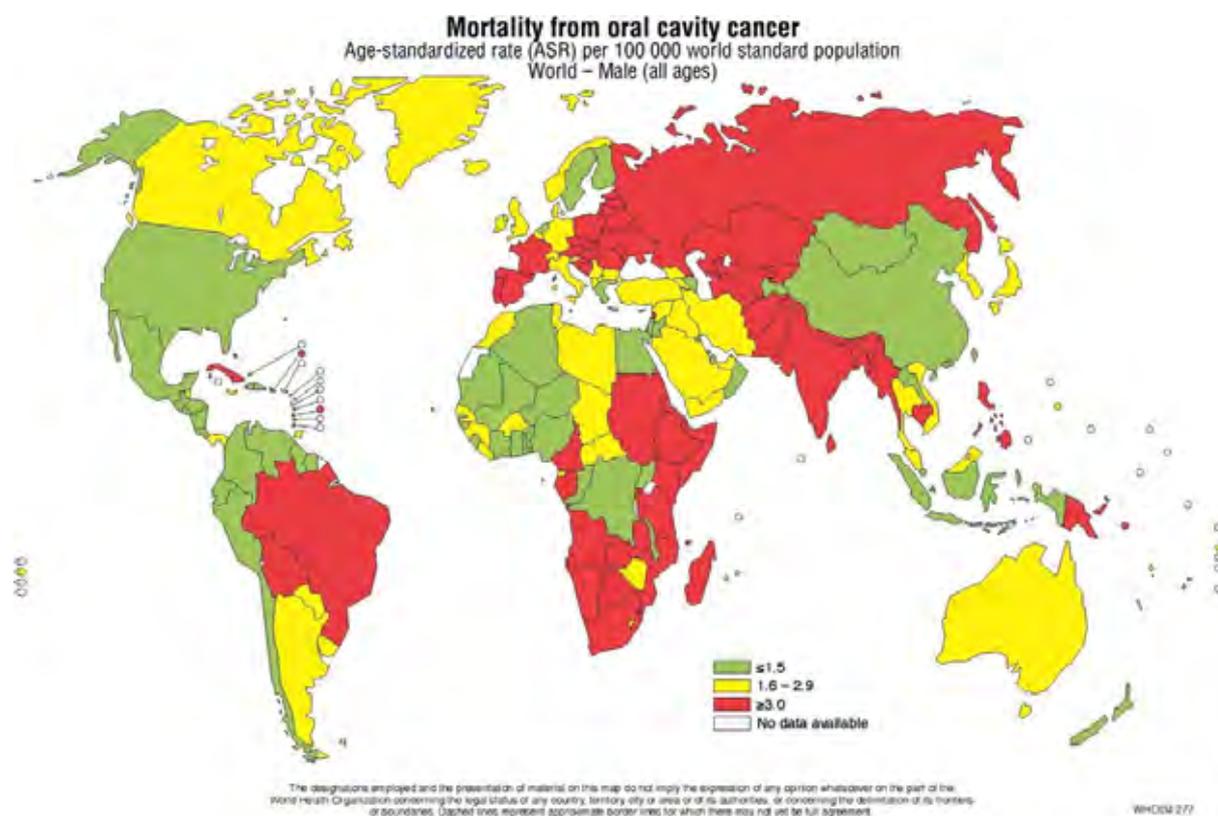


FIGURA 9 - Mortalidade por câncer bucal em homens distribuídos pelos países do mundo. (Fonte: Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. Oral Oncol. In press 2008).

Analisando o contexto brasileiro com relação ao câncer bucal e à reabilitação após o tratamento deparamo-nos com uma realidade distante da ideal. Primeiramente, tem-se um sistema de saúde público em que o número de pacientes excede, em muito, o número de atendimentos possíveis em determinadas instituições, resultando, portanto, em demora no agendamento e conseqüentemente no tratamento dos usuários desse serviço. Conformados com esta realidade, muitos pacientes aguardam pelo momento de serem tratados, sem receberem informações detalhadas sobre os procedimentos aos quais serão submetidos, e ainda sem saberem quais as possíveis seqüelas decorrentes do tratamento. Os profissionais têm dezenas de pacientes para atender em um curto período, a fim de desafogar a excessiva demanda. E assim, seguem as metas impostas pelo sistema, sem conseguir aliar a sobrevida à QV. Com este panorama atual, o paciente que consegue tratamento nas unidades de saúde sente-se satisfeito por isso, principalmente ao ver que muitos não tiveram

a mesma oportunidade. Muitos sequer cogitam a hipótese de ter à sua disposição um serviço de ofereça suporte reabilitador após o tratamento. A expectativa do paciente que utiliza o sistema público de saúde no âmbito da Oncologia é mínima, e se restringe à sobrevivência⁵³, cujos índices no Brasil ainda estão muito aquém do desejado.

Esta não é uma realidade apenas brasileira. Estudos mostram que em outros países, a reabilitação oral de pacientes oncológicos ainda representa um enorme desafio, pois em grandes centros de países desenvolvidos observa-se que o número de pacientes reabilitados é pequeno. Além disso, a reabilitação oral demanda habilidades específicas, consome tempo e requer considerável comprometimento do paciente^{55,72}.

6.7 Considerações Finais

A avaliação da QV é uma questão complexa que envolve aspectos gerais e específicos sobre diferentes variáveis (fala, mastigação, deglutição, etc.) sob o ponto de vista subjetivo dos pacientes^{32,85}. Atualmente esta avaliação ainda é feita apenas com finalidade de pesquisa, através da aplicação de questionários específicos em portadores de câncer de cabeça e pescoço.

Os questionários de QV estão sendo cada vez mais usados no Reino Unido. Kanatas, Rogers³⁸ (2004) estimaram que aproximadamente 30% dos clínicos envolvidos em Oncologia de cabeça e pescoço estão agora usando questionários para avaliação da QV. Estudos recentes têm conseguido oferecer inclusive recursos tecnológicos que permitem incluir a QV como um fator importante a ser considerado no planejamento do tratamento de pacientes com câncer e na escolha da intervenção com melhores resultados sob esse aspecto^{64,68}.

O conhecimento dos reais benefícios da Rt/Qt complementar no tratamento do câncer bucal e o impacto na QV deveriam ser cuidadosamente considerados pelos Oncologistas. O paciente deveria ser informado sobre os efeitos colaterais para que pudesse exercer o direito de recusar um tratamento que, do ponto de vista curativo, pode ser questionável. Os pacientes devem poder optar entre adicionar anos à vida ou adicionar vida aos anos,

principalmente aqueles com tumores avançados, nos quais a probabilidade de sobrevida é remota⁴⁴. Existem situações clínicas em que a QV é o principal fator a ser considerado quando da necessidade de se optar entre modalidades terapêuticas. Essa não é uma questão simples, pois entre outros fatores, não se pode prever a capacidade adaptativa de cada paciente, que pode ser amplamente variável⁶⁴. Desde que o índice de sobrevida seja similar entre diferentes modalidades de tratamento, os clínicos estão procurando considerar cada vez mais a QV como um fator decisório no plano de tratamento. Às vezes o que é tecnicamente possível, é inaceitável mediante a perspectiva do paciente^{39,64}.

Os Oncologistas precisam avaliar suas técnicas e refletir sobre outras formas de realizar procedimentos não apenas para aumentar a sobrevida, mas também a QV. Essa mudança de perspectiva em relação à escolha do tipo de tratamento e da melhor técnica deve incluir também a previsão de um tratamento reabilitador futuro.



Conclusão

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados podemos concluir que:

1. O tratamento com Rt/Qt complementar piora mais a QV do que a cirurgia isolada.
2. A análise objetiva através do exame clínico mostrou concordância com a percepção subjetiva do paciente obtida pela aplicação do UW-QOL.
3. Isoladamente a deglutição e a dor são fatores que afetam maior número de domínios da QV.
4. A mastigação e a deglutição afetadas pioram significativamente a QV, isso indica, portanto, que a reabilitação oral possa proporcionar importante restabelecimento da QV elevando-a a níveis mais aceitáveis.
5. É necessário maior desenvolvimento da Odontologia visando à reabilitação oral de pacientes após o tratamento do câncer bucal. Isso poderia proporcionar soluções viáveis às necessidades prementes e antigas dos pacientes mutilados após o tratamento.
6. O real impacto da reabilitação oral na QV após o tratamento do câncer bucal ainda não foi adequadamente estudado.



8 REFERÊNCIAS*

1. Aarstad HJ, Aarstad AK, Heimdal JH, Olofsson J. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Acta Otolaryngol.* 2005; 125: 557-65.
2. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1999; 16: 176-80.
3. Al-Nawas B, Al-Nawas K, Kunkel M, Grotz KA. Quantifying radioxerostomia: salivary flow rate, examiner's score, and quality of life questionnaire. *Strahlenther Onkol.* 2006; 182: 336-41.
4. Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006; 20: 290-6.
5. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. Tumors of the oral cavity and oropharynx. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P. *Classification of tumors: pathology and genetics of head and neck tumors.* Geneva: World Health Organization; 2005.
6. Bell RB, Kademan D, Homer L, Dierks EJ, Potter BE. Tongue cancer: is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 229-36.
7. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Bjorklund A, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *Laryngoscope.* 2001; 111: 1440-52.
8. Bolzoni Villaret A, Cappiello J, Piazza C, Pedruzzi B, Nicolai P. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008; 28: 120-5.
9. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [acesso em 2009 jan 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.

* De acordo com o estilo Vancouver. Disponível no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

10. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer – INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>.
11. Brown JS, Rogers SN, Lowe D. A comparison of tongue and soft palate squamous cell carcinoma treated by primary surgery in terms of survival and quality of life outcomes. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 208-14.
12. Brown JS, Zuydam A, Jones C, Rogers SN, Vaughan ED. Soft palate reconstruction using a radial forearm free flap in conjunction with a superiorly based pharyngeal flap and radial forearm free tissue transfer. *Head Neck.* 1997; 19: 524-34.
13. Bundgaard T, Tandrup O, Elbrond O. A functional evaluation of patients treated for oral cancer. A prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1993; 22: 28-34.
14. Casiglia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. *Gen Dent.* 2001; 49: 35-55.
15. Chandu A, Smith ACH, Rogers SN. Health-related quality of life in oral cancer: a review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64: 495-502.
16. Chandu A, Sun KC, DeSilva RN, Smith ACH. The assessment of quality of life in patients who have undergone surgery for oral cancer: a preliminary report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63: 1606-12.
17. Chiappetta ALML, Oda AL, Zanoteli E, Guilherme A, Oliveira ASB. Disfagia orofaríngea na distrofia miotônica. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001; 59: 394-400.
18. Cooper JS, Fu K, Marks J, Silverman S. Late effects of radiation therapy in the head and neck region. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995; 30: 1141-64.
19. Curtis DA, Plesh O, Miller AJ, Curtis TA, Sharma A, Schweitzer R, et al. A comparison of masticatory function in patients with or without reconstruction of the mandible. *Head Neck.* 1997; 19: 287-96.
20. De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JFA, Ryckman RM, van den Borne BW. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: a review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 120: 427-36.
21. Deleyiannis FWB, Weymuller Jr EA, Coltrera MD. Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III or IV) oropharyngeal cancer. *Head Neck.* 1997; 19: 466-73.

22. Drettner B, Ahlbom A. Quality of life and state of health for patients with cancer in the head and neck. *Acta Otolaryngol.* 1983; 96: 307-14.
23. Dropkin MJ. Coping with disfigurement/ dysfunction and length of hospital stay after head and neck cancer surgery. *ORL Head Neck Nurs.* 1997; 15: 22-6.
24. Ellabban M, Jackson M, Shoaib T, Marley S, Robertson G, Wrench A, et al. Objective and subjective assessment of speech after primary surgery for oral cancer with radiotherapy: a longitudinal assessment of twenty-four selected cases. [abstract 101]. *Oral Oncol.* 2007; 2(1suppl 1): 91.
25. Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND, Stevenson-Moore P, Osoba D. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck.* 1999; 21: 1-11.
26. Finlay PM, Dawson F, Robertson AG, Soutar DS. An evaluation of functional outcome after surgery and radiotherapy for intraoral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992; 30: 14-7.
27. Friedlander P, Caruana S, Singh B, Shaha A, Kraus D, Harrison L, et al. Functional status after primary surgical therapy for squamous cell carcinoma of the base of the tongue. *Head Neck.* 2002; 24: 111-4.
28. Gouveia Sobrinho EA, Carvalho MB, Franzi SA. Aspectos e tendências da avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Soc Bras Cancerol.* 2001; 15. [acesso em 2008 out 26]. Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/index.asp>.
29. Gritz ER, Carmack CL, Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol.* 1999; 17: 352-60.
30. Hammerlid E, Silander E, Hörnestam L, Sullivan M. Health related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer – longitudinal study. *Head Neck.* 2001; 23: 113-25.
31. Hashibe M, Ritz B, Le AD, Li G, Sankaranarayanan R, Zhang ZF. Radiotherapy for oral cancer as a risk factor for second primary cancers. *Cancer Lett.* 2005; 220: 185-95.
32. Hassan SJ, Weymuller EA. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck.* 1993; 15: 485-96.

33. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 39: 340-5.
34. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *J Craniomaxillofac Surg.* 2005; 33: 404-9.
35. Hundepool AC, Dumans AG, Hofer SOP, Fokkens NJW, Rayat SS, van der Meij EH, et al. Rehabilitation after mandibular reconstruction with fibula free-flap: clinical outcome and quality of life assessment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37: 1009-13.
36. Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Gutierrez-Perez JL, Gili-Miner M. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* In press 2009. DOI:10.1016/j.ijom.2008.12.001.
37. Jacobson MC, Franssen E, Fliss DM, Birt BD, Gilbert RW. Free forearm flap in oral reconstruction. Functional outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 121: 959-64.
38. Kanatas NA, Rogers SN. A national survey of health-related quality of life questionnaires in head and neck oncology. *Ann R Coll Surg Engl.* 2004; 86: 6-10.
39. Kazi R, Johnson C, Prasad V, De Cordova J, Venkitaraman R, Nutting CM, et al. Quality of life outcome measures following partial glossectomy: Assessment using the UW-QOL scale. *J Cancer Res Ther.* 2008; 4: 116-20.
40. Klozar J, Lischkeova B, Betka J. Subjective functional results 1 year after surgery and postoperative radiation for oropharyngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258: 546-51.
41. Konstantinovic VS, Dimic ND. Articulatory function and tongue mobility after surgery followed by radiotherapy for tongue and floor of the mouth cancer patients. *Br J Plast Surg.* 1998; 51: 589-93.
42. Konstantinovic VS. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. *Int J CranioMaxillofac Surg.* 1999; 27: 192-7.
43. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. *Cancer J Clin.* 1998; 48: 6-29.

44. List MA, Bilir SP. Functional outcomes in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol.* 2004; 2: 178-89.
45. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer.* 1990; 66: 564-9.
46. Long SA, D'Antonio LL, Robinson EB, Zimmerman G, Petti G, Chonkich G. Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. *Laryngoscope.* 1996; 106: 1084-8.
47. McDonough EM, Varvares MA, Dunphy FR, Dunleavy T, Dunphy CH, Boyd JH. Changes in quality-of-life scores in a population of patients treated for squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck.* 1996; 18: 487-93.
48. Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of tongue cancer: a review of global incidence. *Oral Dis.* 2000; 6: 75-84.
49. Morton RP. Evolution of quality of life assessment in head and neck cancer. *J Laryngol Otol.* 1995; 109: 1029-35.
50. Murphy BA, Gilbert J. Dysphagia in head and neck cancer patients treated with radiation: assessment, sequelae, and rehabilitation. *Semin Radiat Oncol.* 2009; 19: 35-42.
51. Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, et al. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India. A nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncol.* 2008; 44: 446-54.
52. Nelson K, Heberer S, Glatzer C. Survival analysis and clinical evaluation of implant-retained prostheses in oral cancer resection patients over a mean follow-up period of 10 years. *J Prosthet Dent.* 2007; 98: 405-10.
53. Pace-Balzan A, Butterworth CJ, Dawson LJ, Lowe D, Rogers SN. The further development and validation of the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire (LORQ) version 3: A cross-sectional survey of patients referred to a dental hospital for removable prostheses replacement. *J Prosthet Dent.* 2008; 99: 233-42.
54. Pace-Balzan A, Cawood JI, Howel R, Butterworth CJ, Lowe D, Rogers SN. The further development and validation of the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire: a cross-sectional survey of patients attending for oral

- rehabilitation and general dental practice. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 72-8.
55. Pace-Balzan A, Cawood JI, Howel R, Lowe D, Rogers SN. The Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire: a pilot study. *J Oral Rehabil.* 2004; 31: 609-17.
56. Patton DW, Ali A, Davies R, Fardy MJ. Oral rehabilitation and quality of life following the treatment of oral cancer. *Dent Update.* 1994; 21: 231-4.
57. Pauloski BR, Logemann JA, Colangelo LA. Surgical variables affecting speech in treated patients with oral and oropharyngeal cancer. *Laryngoscope.* 1998; 108: 908-16.
58. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* In press 2008. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.023.
59. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol.* In press 2008. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.018.
60. Pupo DB, Bussoloti I, Liquidato BM, Korn GP. A proposal for a practical method of sialometry. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002; 68: 219-22.
61. Rabbels J, Wyzisk M, Siessegger M, Klesper B, Reuther T, Kubler AC. Quality of life of patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Mund Kiefer Gesichtschir.* 2005; 9: 300-5.
62. Radford K, Woods H, Lowe D, Rogers SN. A UK multi-centre pilot study of speech and swallowing outcomes following head and neck cancer. *Clin Otolaryngol.* 2004; 29: 376-81.
63. Regezi JA, Courtney RM, Kerr DA. Dental management of patients irradiated for oral cancer. *Cancer.* 1976; 338: 994-1000.
64. Rogers SN. Quality of life for head and neck cancer patients – has treatment planning altered? *Oral Oncol.* In press 2008. DOI:10.1016/j.oraloncology.2008.11.006.
65. Rogers SN, Lowe D, Humphris G. Distinct patient groups in oral cancer: a prospective study of perceived health status following primary surgery. *Oral Oncol.* 2000; 36: 529-38.

66. Rogers SN, Laher SH, Overend L, Lowe D. Importance-rating using the University of Washington Quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *J Craniomaxillofac Surg.* 2002; 30: 125-32.
67. Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The University of Washington head and neck cancer measure as a predictor of outcome following primary surgery for oral cancer. *Head Neck.* 1999; 21: 394-401.
68. Rogers SN, Scott J, Chakrabati A, Lowe D. The patients' account of outcome following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer using a 'quality of life' questionnaire. *Eur J Cancer Care.* 2008; 17: 182-8.
69. Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 40: 11-8.
70. Rogers SN, Lowe D, Patel M, Brown JS, Vaughan ED. Clinical function after primary surgery for oral and oropharyngeal cancer: an 11-item examination. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 40: 1-10.
71. Rogers SN, O'Donnell JP, Williams-Hewitt S, Christensen JC, Lowe D. Health related quality of life measured by the UW-QOL – reference values from a general dental practice. *Oral Oncol.* 2006; 42: 281-7.
72. Rogers SN, Panasar J, Pritchard K, Lowe D, Howell R, Cawood JL. Survey of oral rehabilitation in a consecutive series of 130 patients treated by primary resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 43: 23-30.
73. Rusthoven KE, Raben D, Ballonoff A, Kane M, Song JI, Chen C. Effect of radiation techniques in treatment of oropharynx cancer. *Laryngoscope.* 2008; 118: 635-9.
74. Salama JK, Stenson KM, List MA, Mell LK, MacCracken E, Cohen EE, et al. Characteristics associated with swallowing changes after concurrent chemotherapy and radiotherapy in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 134: 1060-5.
75. Schliephake H, Schmelzeisen R, Schonweiler K, Schiller T, Henbernd C. Speech, deglutition and life quality after intra-oral tumor resection: a prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27: 99-105.

76. Schoen PJ, Reintsema H, Bouma J, Roodenburg JLN, Vissink A, Raghoobar GM. Quality of life related to oral function in edentulous head and neck cancer patients post treatment. *Int J Prosthodont.* 2007; 20: 469-77.
77. Schoen PJ, Raghoobar GM, Bouma J, Reintsema H, Burlage FR, Roodenburg JLN, et al. Prosthodontic rehabilitation of oral function in head-neck cancer patients with dental implants placed simultaneously during ablative tumour surgery: an assessment of treatment outcomes and quality of life. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37: 8-16.
78. Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer – Surgery. *Oral Oncol.* In press 2008. DOI:10.1016/j.oraloncology.2008.05.017.
79. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer.* 1988; 57: 109-12.
80. Smith GI, Yeo D, Clark J, Choy ET, Gao K, Oates J, et al. Measures of health related quality of life and functional status in survivors of oral cavity cancer who have had defects reconstructed with radial forearm free flaps. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44: 187-92.
81. Speksnijder C, van der Bilt A, van der Glas B, Merx T, Koole R. Oral function after oncological intervention, reconstruction and rehabilitation. [abstract 103]. *Oral Oncol.* 2007; 2(1suppl 1): 92.
82. Strassburger C, Heydecke G, Kerschbaum T. Influence of prosthetic and implant therapy on satisfaction and quality of life: a systematic literature review. Part 1- Characteristics of the studies. *Int J Prosthodont.* 2004; 17: 83-93.
83. Terrel JE. Quality of life assessment in head and neck patients. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1999; 13: 849-65.
84. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996; 334: 835-40.
85. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CLB, Toyota J, McDowell JA, et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2006; 28: 1115-21.
86. Vartanian JG, Carvalho AI, Yueh B, Priante AVM, Melo RLM, Correia LM, et al. Long term quality of life evaluation after head and neck cancer treatment

- in a developing country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004; 130: 1209-13.
- 87.** Vaughan ED, Bainton R, Martin IC. Improvements in morbidity of mouth cancer using microvascular free flap reconstructions. *J Craniomaxillofac Surg.* 1992; 20: 132-4.
- 88.** Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003; 14: 199-212.
- 89.** Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* In press 2008. DOI:10.1016/j.oraloncology.2008.06.002.
- 90.** Weymuller EA, Yueh B, Deleyiannis FW, Kuntz AL, Alsarraf R, Coltrera MD. Quality of life in patients with head and neck cancer: lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 329-35.
- 91.** The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-8.
- 92.** The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.
- 93.** Winter SC, Cassell O, Corbridge RJ, Goodacre T, Cox GJ. Quality of life following resection, free flap reconstruction and postoperative external beam radiotherapy for squamous cell carcinoma of the base of tongue. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2004; 29: 274-8.
- 94.** Woolley E, Magennis P, Shokar P, Lowe D, Edwards D, Rogers SN. The correlation between indices of deprivation and health-related quality of life in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44: 177-86.
- 95.** Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002; 38: 737-46.

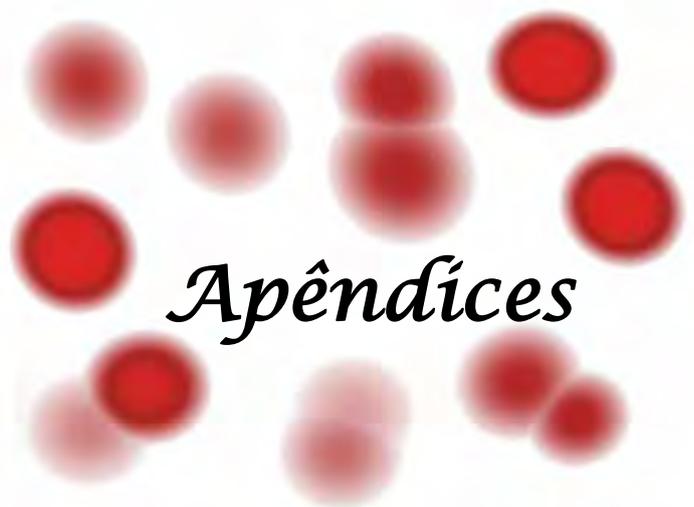


Tabela A1 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio aparência

Domínio aparência	Escore 100 (N=36)	Escore < 100 (N=14)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	61,4 ± 10,1 (45 – 84)	58 ± 9,7 (44 – 73)	Teste t (p=0,28)
Grupo de idade			
40 – 50	7 (19,4)	4 (28,6)	T. exato de Fisher (p=1,02)
51 – 60	9 (35)	3 (21,4)	T. exato de Fisher (p=1,10)
61 – 70	14 (38,9)	6 (42,9)	χ^2 (p=0,79)
71 – 80	5 (13,9)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=0,90)
> 80	1 (2,8)	0	
60 anos ou menos	16 (44,4)	7 (50)	χ^2 (p=0,72)
Mais de 60 anos	20 (55,5)	7 (50)	
Gênero			
1. Homem	30 (83,3)	12 (85,7)	T. exato de Fisher (p=1,20)
2. Mulher	6 (16,7)	2 (14,3)	
Estado Civil			
1. Casado	22 (61,1)	9 (64,3)	χ^2 (p=0,83)
2. Solteiro	3 (8,3)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,86)
3. Viúvo	4 (11,1)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=1,13)
4. Separado	7 (19,4)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=1,02)
Etnia			
1. Branco	32 (88,9)	13 (92,9)	T. exato de Fisher (p=1,13)
2. Negro	2 (5,6)	0	
3. Mulato	2 (5,6)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=1,27)
Escolaridade			
1. Analfabeto	4 (11,1)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=1,13)
2. Fundamental	23 (63,9)	9 (64,3)	χ^2 (p=0,97)
3. Médio	5 (13,9)	2 (5,6)	T. exato de Fisher (p=1,28)
4. Superior	4 (11,1)	2 (5,6)	T. exato de Fisher (p=1,09)
Localização			
1. Língua	19 (52,8)	8 (57,1)	χ^2 (p=0,78)
2. Assoalho	7 (19,4)	4 (28,6)	T. exato de Fisher (p=1,02)
3. Rebordo	8 (22,2)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,84)
4. Palato	2 (5,6)	0	
Estadiamento			
T1	8 (22,2)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=0,41)
T2	15 (41,7)	7 (50)	χ^2 (p=0,59)
T3	13 (36,1)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,97)
T4	0	1 (7,1)	
N0	27 (75)	9 (64,3)	χ^2 (p=0,44)
N1	5 (13,9)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,08)
N2	4 (11,1)	0	
Meses após cirurgia ± DP	37,6 ± 29,5	40,5 ± 28,4	Teste t (p=0,75)
Tratamento			
1. Cirurgia	13 (36,1)	8 (57,1)	χ^2 (p=0,17)
2. Cirurgia +Rt/Qt	23 (63,9)	6 (42,9)	
Dissecção cervical	22 (61,1)	12 (85,7)	T. exato de Fisher (p=0,17)
Nodos (+)	13 (36,1)	7 (50)	χ^2 (p=0,36)
Fatores de risco			
Tabagista	17 (47,2)	7 (50)	χ^2 (p=0,85)
Ex-tabagista	15 (41,7)	6 (42,9)	χ^2 (p=0,93)
Etilista	9 (25)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=0,30)
Ex-etilista	19 (52,8)	10 (71,4)	T. exato de Fisher (p=0,38)

Tabela A2 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio aparência

Domínio aparência		Escore 100 (N=36)	Escore < 100 (N=14)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	25 (69,4)	8 (57,1)	χ^2 (p=0,40)
	< 100	11 (30,6)	6 (42,9)	
	Média ± DP	87,5 ± 21,1	82,1 ± 22,8	Teste t (p=0,43)
Aparência	100	36 (100)	0	
	< 100	0	14 (100)	
	Média ± DP	-	-	
Atividade	100	23 (63,9)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,07)
	< 100	13 (36,1)	9 (64,3)	
	Média ± DP	85,4 ± 22,6	69,6 ± 29,7	Teste t (p=0,04)
Recreação	100	28 (77,8)	12 (85,7)	T. exato de Fisher (p=0,84)
	< 100	8 (22,2)	2 (14,3)	
	Média ± DP	90,9 ± 19	94,6 ± 14,4	
Deglutição	100	22 (61,1)	9 (64,3)	χ^2 (p=0,83)
	< 100	14 (38,9)	5 (35,7)	
	Média ± DP	78,6 ± 30	83,3 ± 25,3	Teste t (p=0,60)
Mastigação	100	13 (36,1)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,97)
	< 100	23 (63,9)	9 (64,3)	
	Média ± DP	58,3 ± 36,8	67,8 ± 24,8	Teste t (p=0,37)
Fala	100	14 (38,9)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,17)
	< 100	22 (61,1)	12 (85,7)	
	Média ± DP	77,9 ± 19,4	69,2 ± 15,8	
Ombro	100	30 (83,3)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,0009)
	< 100	6 (16,7)	9 (64,3)	
	Média ± DP	93,5 ± 15,5	64,2 ± 33,3	Teste t (p=0,00009)
Paladar	100	21 (58,3)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,15)
	< 100	15 (41,7)	9 (64,3)	
	Média ± DP	75,9 ± 33,4	66,6 ± 29,3	Teste t (p=0,36)
Saliva	100	17 (47,2)	6 (42,9)	χ^2 (p=0,78)
	< 100	19 (52,8)	8 (57,1)	
	Média ± DP	66,5 ± 33	69 ± 33,3	Teste t (p=0,81)
Humor	100	22 (61,1)	6 (42,9)	χ^2 (p=0,24)
	< 100	14 (38,9)	8 (57,1)	
	Média ± DP	79,8 ± 29,1	71,4 ± 30,7	Teste t (p=0,37)
Ansiedade	100	22 (61,1)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,10)
	< 100	14 (38,9)	9 (64,3)	
	Média ± DP	81,5 ± 26,9	66,6 ± 29,3	Teste t (p=0,09)
QV total	Média ± DP	80,9 ± 14,8	72 ± 12	Teste t (p=0,05)

Tabela A3 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio aparência

Domínio aparência	Escore 100 (N=36) N (%)	Escore < 100 (N=14) N (%)	Valor de P
Fatores mais relevantes			
Dor	6 (16,7)	3 (21,4)	T. exato de Fisher (p=0,98)
Aparência	0	1 (7,1)	
Atividade	1 (2,8)	0	
Recreação	0	0	
Deglutição	4 (11,1)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=1,09)
Mastigação	12 (33,3)	8 (57,1)	χ^2 (p=0,12)
Fala	7 (19,4)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=1,02)
Ombro	2 (5,6)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,62)
Paladar	2 (5,6)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,62)
Saliva	9 (25)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,44)
Humor	3 (8,3)	1 (7,1)	T. exato de Fisher (p=1,38)
Ansiedade	3 (8,3)	4 (28,6)	T. exato de Fisher (p=0,17)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	8 (22,2)	2 (14,3)	T. exato de Fisher (p=0,84)
2. Sem alteração	11 (30,6)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,72)
3. Vida piorou	17 (47,2)	7 (50)	χ^2 (p=0,85)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	16 (44,4)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,57)
Lateralidade esquerda	16 (44,4)	6 (42,9)	χ^2 (p=0,91)
Língua no palato	13 (36,1)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,97)
Protrusão da língua	21 (58,3)	8 (57,1)	χ^2 (p=0,93)
Aparência alterada	5 (13,9)	7 (50)	χ^2 (p=0,007)
Salivação reduzida	31 (86,1)	10 (71,4)	T. exato de Fisher (p=0,41)
Habilidade para comer em público			
100	25 (69,4)	7 (50)	χ^2 (p=0,19)
<100	11 (30,6)	7 (50)	
Média \pm DP	84,7 \pm 27,5	80,3 \pm 24,3	Teste t (p=0,60)
Inteligibilidade da fala			
100	23 (63,9)	10 (71,4)	T. exato de Fisher (p=0,87)
<100	13 (36,1)	4 (28,6)	
Média \pm DP	88,1 \pm 18,4	92,8 \pm 11,7	Teste t (p=0,38)
Consistência da dieta			
100	10 (27,8)	5 (35,7)	χ^2 (p=0,58)
<100	26 (72,2)	9 (64,3)	
Média \pm DP	66,6 \pm 27,2	72,1 \pm 24,2	Teste t (p=0,51)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A4 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio atividade

Domínio atividade	Escore 100 (N=28)	Escore <100 (N=22)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	62,1 ± 9,7 (45 – 84)	58,4 ± 10,3 (44 – 78)	Teste t (p=0,19)
Grupo de idade			
40 – 50	5 (17,9)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,42)
51 – 60	6 (21,4)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,63)
61 – 70	13 (46,4)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,29)
71 – 80	3 (10,7)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=1,08)
> 80	1 (3,6)	0	
60 anos ou menos	11 (39,3)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,28)
Mais de 60 anos	17 (60,7)	10 (45,5)	
Gênero			
1. Homem	24 (85,7)	18 (81,8)	T. exato de Fisher (p=1,00)
2. Mulher	4 (14,3)	4 (18,2)	
Estado Civil			
1. Casado	19 (67,9)	12 (54,4)	χ^2 (p=0,33)
2. Solteiro	1 (3,6)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=0,21)
3. Viúvo	4 (14,3)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,51)
4. Separado	4 (14,3)	5 (22,7)	T. exato de Fisher (p=0,68)
Etnia			
1. Branco	27 (96,4)	18 (81,8)	T. exato de Fisher (p=0,21)
2. Negro	1 (3,6)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=0,81)
3. Mulato	0	2 (9,1)	
Escolaridade			
1. Analfabeto	2 (7,1)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,76)
2. Fundamental	17 (60,7)	15 (68,2)	χ^2 (p=0,58)
3. Médio	6 (21,4)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,18)
4. Superior	3 (10,7)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=1,08)
Localização			
1. Língua	19 (67,9)	8 (36,4)	χ^2 (p=0,02)
2. Assoalho	5 (17,9)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,42)
3. Rebordo	4 (14,3)	6 (27,3)	T. exato de Fisher (p=0,43)
4. Palato	0	2 (9,1)	
Estadiamento			
T1	5 (17,9)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=1,25)
T2	13 (46,4)	9 (40,9)	χ^2 (p=0,69)
T3	10 (35,7)	8 (36,4)	χ^2 (p=0,96)
T4	0	1 (4,5)	
N0	21 (75)	15 (68,2)	χ^2 (p=0,59)
N1	4 (14,3)	6 (27,3)	T. exato de Fisher (p=0,43)
N2	3 (10,7)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,80)
Meses após cirurgia ± DP	42,6 ± 29	33 ± 28,6	Teste t (p=0,24)
Tratamento			
1. Cirurgia	12 (42,9)	9 (40,9)	χ^2 (p=0,88)
2. Cirurgia +Rt/Qt	16 (57,1)	13 (59,1)	
Dissecção cervical	17 (60,7)	17 (77,3)	χ^2 (p=0,21)
Nodos (+)	11 (39,3)	9 (40,9)	χ^2 (p=0,90)
Fatores de risco			
Tabagista	10 (35,7)	14 (63,6)	χ^2 (p=0,04)
Ex-tabagista	15 (53,6)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,06)
Etilista	5 (17,9)	5 (22,7)	χ^2 (p=0,66)
Ex-etilista	18 (64,3)	11 (50)	χ^2 (p=0,31)

Tabela A5 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio atividade

Domínio atividade		Escore 100 (N=28)	Escore <100 (N=22)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	22 (78,6)	11 (50)	χ^2 (p=0,03)
	< 100	6 (21,4)	11 (50)	
	Média ± DP	91 ± 19,5	79,5 ± 22,6	Teste t (p=0,05)
Aparência	100	23 (82,1)	13 (59,1)	χ^2 (p=0,07)
	< 100	5 (17,9)	9 (40,9)	
	Média ± DP	95,5 ± 9,7	87,5 ± 16,8	Teste t (p=0,03)
Atividade	100	28 (100)	0	
	< 100	0	22 (100)	
	Média ± DP			
Recreação	100	26 (92,9)	14 (63,6)	T. exato de Fisher (p=0,02)
	< 100	2 (7,1)	8 (36,4)	
	Média ± DP	97,3 ± 10,4	85,2 ± 22,7	
Deglutição	100	18 (64,3)	13 (59,1)	χ^2 (p=0,70)
	< 100	10 (35,7)	9 (40,9)	
	Média ± DP	83,3 ± 26,4	75,6 ± 31,3	Teste t (p=0,35)
Mastigação	100	11 (39,3)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,58)
	< 100	17 (60,7)	15 (68,2)	
	Média ± DP	66 ± 30,5	54,5 ± 37,5	Teste t (p=0,23)
Fala	100	11 (39,3)	5 (22,7)	χ^2 (p=0,21)
	< 100	17 (60,7)	17 (77,3)	
	Média ± DP	77,5 ± 20,3	72,9 ± 16,6	Teste t (p=0,39)
Ombro	100	24 (85,7)	11 (50)	T. exato de Fisher (p=0,01)
	< 100	4 (14,3)	11 (50)	
	Média ± DP	94 ± 15,8	74,2 ± 30,8	
Paladar	100	17 (60,7)	9 (40,9)	χ^2 (p=0,16)
	< 100	11 (39,3)	13 (59,1)	
	Média ± DP	78 ± 31,7	66,6 ± 32,6	Teste t (p=0,21)
Saliva	100	16 (57,1)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,07)
	< 100	12 (42,9)	15 (68,2)	
	Média ± DP	74,9 ± 31	57,4 ± 32,9	Teste t (p=0,05)
Humor	100	17 (60,7)	11 (50)	χ^2 (p= 0,44)
	< 100	11 (39,3)	11 (50)	
	Média ± DP	78,5 ± 30,2	76,1 ± 29,3	Teste t (p=0,77)
Ansiedade	100	16 (57,1)	11 (50)	χ^2 (p=0,61)
	< 100	12 (42,9)	11 (50)	
	Média ± DP	78,5 ± 27,6	75,8 ± 29,4	Teste t (p=0,77)
QV total	Média ± DP	84,3 ± 12,1	70,9 ± 14,2	Teste t (p=0,0007)

Tabela A6 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio atividade

Domínio atividade	Escore 100 (N=28)	Escore <100 (N=22)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Fatores mais relevantes			
Dor	3 (10,7)	6 (27,3)	T. exato de Fisher (p=0,25)
Aparência	0	1 (4,5)	
Atividade	0	1 (4,5)	
Recreação	0	0	
Deglutição	2 (7,1)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=0,45)
Mastigação	10 (35,7)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,48)
Fala	4 (14,3)	5 (22,7)	T. exato de Fisher (p=0,68)
Ombro	1 (3,6)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,43)
Paladar	2 (7,1)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=1,19)
Saliva	6 (21,4)	8 (36,4)	
Humor	2 (7,1)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=1,19)
Ansiedade	3 (10,7)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=0,72)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	8 (28,5)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=0,17)
2. Sem alteração	8 (28,5)	8 (36,4)	χ^2 (p=0,55)
3. Vida piorou	12 (43)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,41)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	11 (39,3)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,66)
Lateralidade esquerda	11 (39,3)	11 (50)	χ^2 (p=0,44)
Língua no palato	8 (28,5)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,21)
Protrusão da língua	14 (50)	15 (68,2)	χ^2 (p=0,19)
Aparência alterada	4 (14,3)	8 (36,4)	T. exato de Fisher (p=0,13)
Salivação reduzida	23 (82,1)	18 (81,8)	T. exato de Fisher (p=1,25)
Habilidade para comer em público			
100	22 (78,6)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,01)
<100	6 (21,4)	12 (54,5)	
Média ± DP	91 ± 21,7	73,8 ± 29,3	Teste t (p=0,02)
Inteligibilidade da fala			
100	21 (75)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,12)
<100	7 (25)	10 (45,5)	
Média ± DP	91 ± 18,2	87,5 ± 14,9	Teste t (p= 0,46)
Consistência da dieta			
100	9 (32,1)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,70)
<100	19 (67,9)	16 (72,7)	
Média ± DP	70,3 ± 27	65,4 ± 25,7	Teste t (p=0,51)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A7 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio recreação

Domínio recreação	Escore 100 (N= 40)	Escore < 100 (N=10)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	60 ± 9,6 (44 – 84)	62,2 ± 12 (46 – 78)	Teste t (p=0,54)
Grupo de idade			
40 – 50	9 (22,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=1,23)
51 – 60	10 (25)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=1,10)
61 – 70	17 (42,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,72)
71 – 80	3 (7,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,17)
> 80	1 (2,5)	0	
60 anos ou menos	19 (47,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=0,94)
Mais de 60 anos	21 (52,5)	6 (60)	
Gênero			
1. Homem	35 (87,5)	7 (70)	T. exato de Fisher (p=0,37)
2. Mulher	5 (12,5)	3 (30)	
Estado Civil			
1. Casado	25 (62,5)	6 (60)	T. exato de Fisher (p=1,15)
2. Solteiro	3 (7,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,51)
3. Viúvo	5 (12,5)	0	
4. Separado	7 (17,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=1,16)
Etnia			
1. Branco	37 (92,5)	8 (80)	T. exato de Fisher (p=1,37)
2. Negro	1 (2,5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=0,72)
3. Mulato	2 (5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=0,99)
Escolaridade			
1. Analfabeto	4 (10)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=1,37)
2. Fundamental	25 (62,5)	7 (70)	T. exato de Fisher (p=0,95)
3. Médio	7 (17,5)	0	
4. Superior	4 (10)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,68)
Localização			
1. Língua	25 (62,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,03)
2. Assoalho	9 (22,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=1,23)
3. Rebordo	5 (12,5)	5 (50)	χ^2 (p=0,008)
4. Palato	1 (2,5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=0,72)
Estadiamento			
T1	5 (12,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=0,13)
T2	18 (4,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=1,06)
T3	16 (40)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,42)
T4	1 (2,5)	0	
N0	26 (65)	10 (100)	T. exato de Fisher (p=0,03)
N1	10 (25)	0	
N2	4 (10)	0	
Meses após cirurgia ± DP	40,7 ± 29	29,1 ± 28,1	Teste t (p=0,26)
Tratamento			
1. Cirurgia	17 (42,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=1,17)
2. Cirurgia +Rt/Qt	23 (57,5)	6 (60)	
Dissecção cervical	29 (72,5)	5 (50)	χ^2 (p=0,17)
Nodos (+)	17 (42,5)	5 (50)	T. exato de Fisher (p=0,72)
Fatores de risco			
Tabagista	17 (42,5)	7 (70)	T. exato de Fisher (p=0,22)
Ex-tabagista	20 (50)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=0,04)
Etilista	7 (17,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,62)
Ex-etilista	27 (67,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,01)

Tabela A8 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio recreação

Domínio recreação		Score 100 (N= 40)	Score < 100 (N=10)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	30 (75)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,02)
	< 100	10 (25)	7 (70)	
	Média ± DP	90 ± 18,6	70 ± 25,8	Teste t (p=0,007)
Aparência	100	28 (70)	8 (80)	T. exato de Fisher (p=0,84)
	< 100	12 (30)	2 (20)	
	Média ± DP	91,8 ± 13,1	92,5 ± 16,8	Teste t (p=0,88)
Atividade	100	26 (65)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,02)
	< 100	14 (35)	8 (80)	
	Média ± DP	85 ± 24,5	65 ± 24,1	Teste t (p=0,02)
Recreação	100	40 (100)	0	
	< 100	0	10 (100)	
	Média ± DP			
Deglutição	100	28 (70)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,05)
	< 100	12 (30)	7 (70)	
	Média ± DP	85 ± 26,1	59,9 ± 30,8	Teste t (p=0,01)
Mastigação	100	14 (35)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=1,04)
	< 100	26 (65)	6 (60)	
	Média ± DP	63,7 ± 29,9	50 ± 47,1	Teste t (p=0,25)
Fala	100	13 (32,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=1,20)
	< 100	27 (67,5)	7 (70)	
	Média ± DP	75,1 ± 19,5	76,9 ± 15,9	Teste t (p=0,78)
Ombro	100	28 (70)	7 (70)	T. exato de Fisher (p=1,27)
	< 100	12 (30)	3 (30)	
	Média ± DP	86,7 ± 22,4	80 ± 35,8	Teste t (p=0,46)
Paladar	100	22 (55)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=1,06)
	< 100	18 (45)	6 (60)	
	Média ± DP	75,8 ± 31,1	63,3 ± 36,7	Teste t (p=0,27)
Saliva	100	19 (47,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=0,94)
	< 100	21 (52,5)	6 (60)	
	Média ± DP	68,2 ± 32,9	63,2 ± 33,3	Teste t (p= 0,66)
Humor	100	22 (55)	6 (60)	T. exato de Fisher (p=1,06)
	< 100	18 (45)	4 (40)	
	Média ± DP	77,5 ± 29,3	77,5 ± 32,1	Teste t (p= 1,0)
Ansiedade	100	22 (55)	5 (50)	χ^2 (p=0,77)
	< 100	18 (45)	5 (50)	
	Média ± DP	78,3 ± 26,8	73,4 ± 34,4	Teste t (p=0,62)
QV total	Média ± DP	80,8 ± 13,5	69 ± 15,5	Teste t (p=0,02)

Tabela A9 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio recreação

Domínio recreação	Escore 100 (N= 40) N (%)	Escore < 100 (N=10) N (%)	Valor de P
Fatores mais relevantes			
Dor	5 (12,5)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=1,37)
Aparência	1 (2,5)	0	
Atividade	0	1 (10)	
Recreação	0	0	
Deglutição	3 (7,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,17)
Mastigação	14 (3,5)	6 (60)	T. exato de Fisher (p=0,27)
Fala	7 (17,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=1,16)
Ombro	1 (2,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,04)
Paladar	3 (7,5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=1,20)
Saliva	10 (25)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=0,56)
Humor	3 (7,5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=1,20)
Ansiedade	5 (12,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,85)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	10 (25)	0	
2. Sem alteração	14 (35)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,61)
3. Vida piorou	16 (40)	8 (80)	T. exato de Fisher (p=0,05)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	16 (40)	5 (50)	χ^2 (p=0,56)
Lateralidade esquerda	17 (42,5)	5 (50)	χ^2 (p=0,66)
Língua no palato	15 (37,5)	3 (30)	T. exato de Fisher (p=0,95)
Protrusão da língua	23 (57,5)	6 (60)	T. exato de Fisher (p=1,17)
Aparência alterada	11 (27,5)	1 (10)	T. exato de Fisher (p=0,47)
Salivação reduzida	33 (82,5)	8 (80)	T. exato de Fisher (p=1,16)
Habilidade para comer em público			
100	28 (70)	4 (40)	T. exato de Fisher (p=0,16)
<100	12 (30)	6 (60)	
Média ± DP	89,3 ± 20,3	60 ± 35,7	Teste t (p=0,001)
Inteligibilidade da fala			
100	26 (65)	7 (70)	T. exato de Fisher (p=1,07)
<100	14 (35)	3 (30)	
Média ± DP	88,7 ± 17,8	92,5 ± 12	Teste t (p=0,52)
Consistência da dieta			
100	13 (32,5)	2 (20)	T. exato de Fisher (p=0,72)
<100	27 (67,2)	8 (80)	
Média ± DP	71,7 ± 25,5	54 ± 25,9	Teste t (p=0,05)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A10 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio fala

Domínio fala	Escore 100 (N=16)	Escore < 100 (N=34)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	58,4 ± 10,6 (44 – 76)	61,4 ± 9,8 (44 – 84)	Teste t (p=0,33)
Grupo de idade			
40 – 50	5 (31,3)	6 (17,6)	T. exato de Fisher (p=1,17)
51 – 60	4 (25)	8 (23,5)	
61 – 70	5 (31,3)	15 (44,1)	T. exato de Fisher (p=1,27)
71 – 80	2 (12,5)	4 (11,8)	
> 80	0	1 (2,9)	
60 anos ou menos	9 (56,2)	14 (41,2)	T. exato de Fisher (p=0,31)
Mais de 60 anos	7 (43,8)	20 (58,8)	
Gênero			
1. Homem	14 (87,5)	28 (82,4)	T. exato de Fisher (p=0,98)
2. Mulher	2 (12,5)	6 (17,6)	
Estado Civil			
1. Casado	13 (81,3)	18 (52,9)	T. exato de Fisher (p=0,10)
2. Solteiro	1 (6,3)	4 (11,8)	
3. Viúvo	1 (6,3)	4 (11,8)	T. exato de Fisher (p=0,27)
4. Separado	1 (6,3)	8 (23,5)	
Etnia			
1. Branco	15 (93,8)	30 (88,2)	T. exato de Fisher (p=0,96)
2. Negro	0	2 (5,9)	
3. Mulato	1 (6,3)	2 (5,9)	
Escolaridade			
1. Analfabeto	2 (12,5)	3 (8,8)	T. exato de Fisher (p=1,03)
2. Fundamental	8 (50)	24 (70,6)	
3. Médio	4 (25)	3 (8,8)	T. exato de Fisher (p=0,27)
4. Superior	2 (12,5)	4 (11,8)	
Localização			
1. Língua	10 (62,5)	17 (50)	T. exato de Fisher (p=1,00)
2. Assoalho	3 (18,8)	8 (23,5)	
3. Rebordo	3 (18,8)	7 (20,6)	T. exato de Fisher (p=1,20)
4. Palato	0	2 (5,9)	
Estadiamento			
T1	3 (18,8)	6 (17,6)	T. exato de Fisher (p=1,21)
T2	10 (62,5)	12 (35,2)	
T3	3 (18,8)	15 (44,1)	T. exato de Fisher (p=0,14)
T4	0	1 (2,9)	
N0	10 (62,5)	26 (76,5)	T. exato de Fisher (p=0,30)
N1	5 (31,3)	5 (14,7)	
N2	1 (6,3)	3 (8,8)	T. exato de Fisher (p=1,23)
Meses após cirurgia ± DP	53,5 ± 28,5	31,3 ± 26,6	
Tratamento			
1. Cirurgia	7 (43,8)	14 (41,2)	T. exato de Fisher (p=0,86)
2. Cirurgia +Rt/Qt	9 (56,2)	20 (58,8)	
Dissecção cervical	11 (68,8)	23 (67,6)	T. exato de Fisher (p=0,93)
Nodos (+)	5 (31,3)	15 (44,1)	
Fatores de risco			
Tabagista	7 (43,8)	17 (50)	T. exato de Fisher (p=0,67)
Ex-tabagista	7 (43,8)	14 (41,2)	
Etilista	5 (31,2)	5 (14,7)	T. exato de Fisher (p=0,17)
Ex-etilista	7 (43,8)	22 (64,7)	

Tabela A11 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio fala

Domínio fala		Escore 100 (N=16)	Escore < 100 (N=34)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	12 (75)	7 (20,6)	T. exato de Fisher (p=0,55)
	< 100	4 (25)	10 (29,4)	
	Média ± DP	92,1 ± 15	83 ± 23,6	Teste t (p=0,16)
Aparência	100	14 (87,5)	22 (64,7)	T. exato de Fisher (p=0,17)
	< 100	2 (12,5)	12 (35,3)	
	Média ± DP	96,8 ± 8,5	89,7 ± 15,2	Teste t (p=0,08)
Atividade	100	11 (68,8)	17 (50)	χ^2 (p=0,21)
	< 100	5 (31,25)	17 (50)	
	Média ± DP	87,5 ± 22,3	77,9 ± 26,6	Teste t (p=0,21)
Recreação	100	13 (81,3)	27 (79,4)	T. exato de Fisher (p=0,87)
	< 100	3 (18,8)	7 (20,6)	
	Média ± DP	93,7 ± 14,4	91,1 ± 19,3	Teste t (p=0,63)
Deglutição	100	11 (68,8)	20 (58,8)	χ^2 (p=0,50)
	< 100	5 (31,2)	14 (41,2)	
	Média ± DP	85,4 ± 24,2	77,4 ± 30,4	Teste t (p=0,36)
Mastigação	100	9 (56,3)	9 (26,5)	χ^2 (p=0,04)
	< 100	7 (43,8)	25 (73,5)	
	Média ± DP	75 ± 31,6	54,4 ± 33,4	Teste t (p=0,04)
Fala	100	16 (100)	0	
	< 100	0	34 (100)	
	Média ± DP			
Ombro	100	11 (68,8)	24 (70,6)	χ^2 (p=0,89)
	< 100	5 (31,2)	10 (29,4)	
	Média ± DP	85,4 ± 24,2	85,3 ± 26,2	Teste t (p=0,98)
Paladar	100	12 (75)	14 (41,2)	T. exato de Fisher (p=0,05)
	< 100	4 (25)	20 (58,8)	
	Média ± DP	81,1 ± 34,4	69,6 ± 31,1	Teste t (p=0,24)
Saliva	100	8 (50)	15 (44,1)	χ^2 (p=0,69)
	< 100	8 (50)	19 (55,9)	
	Média ± DP	72,8 ± 30,4	64,5 ± 33,9	Teste t (p= 0,40)
Humor	100	8 (50)	20 (58,8)	χ^2 (p= 0,55)
	< 100	8 (50)	14 (41,2)	
	Média ± DP	76,5 ± 29,5	77,9 ± 30	Teste t (p=0,87)
Ansiedade	100	8 (50)	19 (55,9)	χ^2 (p=0,69)
	< 100	8 (50)	15 (44,1)	
	Média ± DP	79,2 ± 23,9	76,4 ± 30,2	Teste t (p=0,74)
QV total	Média ± DP	85,4 ± 11,3	75,1 ± 14,8	Teste t (p=0,01)

Tabela A12 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio fala

Domínio fala	Escore 100 (N=16) N (%)	Escore < 100 (N=34) N (%)	Valor de P
Fatores mais relevantes			
Dor	3 (18,8)	6 (17,6)	T. exato de Fisher (p=1,21)
Aparência	0	1 (2,9)	
Atividade	0	1 (2,9)	
Recreação	0	0	
Deglutição	2 (12,5)	4 (11,8)	T. exato de Fisher (p=1,27)
Mastigação	3 (18,8)	17 (50)	T. exato de Fisher (p=0,06)
Fala	0	9 (26,5)	
Ombro	2 (12,5)	2 (5,9)	T. exato de Fisher (p=0,76)
Paladar	0	4 (11,8)	
Saliva	3 (18,8)	11 (32,4)	T. exato de Fisher (p=0,51)
Humor	1 (6,3)	3 (8,8)	T. exato de Fisher (p=1,23)
Ansiedade	1 (6,3)	6 (17,6)	T. exato de Fisher (p=0,53)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	3 (18,8)	7 (20,6)	T. exato de Fisher (p=1,20)
2. Sem alteração	6 (37,5)	10 (29,4)	χ^2 (p=0,56)
3. Vida piorou	7 (43,8)	17 (50)	χ^2 (p=0,67)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	6 (37,5)	15 (44,1)	χ^2 (p=0,65)
Lateralidade esquerda	4 (25)	18 (52,9)	T. exato de Fisher (p=0,11)
Língua no palato	3 (18,8)	15 (44,1)	T. exato de Fisher (p=0,14)
Protrusão da língua	7 (43,8)	22 (64,7)	χ^2 (p=0,16)
Aparência alterada	2 (12,5)	10 (29,4)	T. exato de Fisher (p=0,34)
Salivação reduzida	14 (87,5)	27 (79,4)	T. exato de Fisher (p=0,78)
Habilidade para comer em público			
100	14 (87,5)	18 (52,9)	T. exato de Fisher (p=0,03)
<100	2 (12,5)	16 (47,1)	
Média ± DP	93,7 ± 19,3	78,6 ± 28,2	Teste t (p=0,05)
Inteligibilidade da fala			
100	15 (93,8)	18 (52,9)	T. exato de Fisher(p=0,007)
<100	1 (6,2)	16 (47,1)	
Média ± DP	98,4 ± 6,2	78,6 ± 28,2	Teste t (p=0,007)
Consistência da dieta			
100	7 (43,8)	8 (23,5)	χ^2 (p=0,14)
<100	9 (56,3)	26 (76,5)	
Média ± DP	75 ± 26,8	65 ± 25,8	Teste t (p=0,21)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A13 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio ombro

Domínio ombro	Escore 100 (N=35)	Escore < 100 (N=15)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	63 ± 9,8 (44 – 84)	54,4 ± 8 (44 – 69)	Teste t (p=0,004)
Grupo de idade			
40 – 50	5 (14,3)	6 (40)	χ^2 (p=0,04)
51 – 60	7 (20)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,31)
61 – 70	16 (45,7)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,34)
71 – 80	6 (17,1)	0	
> 80	1 (2,9)	0	
60 anos ou menos	12 (34,3)	11 (73,3)	T. exato de Fisher (p=0,02)
Mais de 60 anos	23 (65,7)	4 (26,7)	
Gênero			
1. Homem	30 (85,7)	12 (80)	T. exato de Fisher (p=0,90)
2. Mulher	5 (14,3)	3 (20)	
Estado Civil			
1. Casado	20 (57,1)	11 (73,3)	T. exato de Fisher (p=0,44)
2. Solteiro	4 (11,4)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=1,04)
3. Viúvo	5 (14,3)	0	
4. Separado	6 (17,1)	3 (20)	T. exato de Fisher (p=1,09)
Etnia			
1. Branco	31 (88,6)	14 (93,3)	T. exato de Fisher (p=1,04)
2. Negro	2 (5,7)	0	
3. Mulato	2 (5,7)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=1,33)
Escolaridade			
1. Analfabeto	4 (11,4)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=1,04)
2. Fundamental	24 (68,6)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,30)
3. Médio	3 (8,6)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,21)
4. Superior	4 (11,4)	2 (13,3)	T. exato de Fisher (p=1,18)
Localização			
1. Língua	18 (51,4)	9 (60)	χ^2 (p=0,57)
2. Assoalho	6 (17,1)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,20)
3. Rebordo	9 (25,7)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=0,24)
4. Palato	2 (5,7)	0	
Estadiamento			
T1	8 (22,9)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=0,33)
T2	14 (40)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,49)
T3	13 (37,1)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,79)
T4	0	1 (6,7)	
N0	25 (71,4)	11 (73,3)	χ^2 (p=0,89)
N1	6 (17,1)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,68)
N2	4 (11,4)	0	
Meses após cirurgia ± DP	37,9 ± 29,4	39,6 ± 28,6	Teste t (p=0,85)
Tratamento			
1. Cirurgia	13 (37,1)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,28)
2. Cirurgia +Rt/Qt	22 (62,9)	7 (46,7)	
Dissecção cervical	19 (54,3)	15 (100)	T. exato de Fisher (p=0,001)
Nodos (+)	13 (37,1)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,52)
Fatores de risco			
Tabagista	17 (48,6)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,90)
Ex-tabagista	14 (40)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,66)
Etilista	7 (20)	3 (20)	T. exato de Fisher (p=1,27)
Ex-etilista	21 (60)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,66)

Tabela A14 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio ombro

Domínio ombro		Escore 100 (N=35)	Escore < 100 (N=15)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	26 (74,3)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,05)
	< 100	9 (25,7)	8 (53,3)	
	Média ± DP	88,5 ± 21,3	80 ± 21,5	Teste t (p=0,20)
Aparência	100	30 (85,7)	6 (40)	χ^2 (p=0,0009)
	< 100	5 (14,3)	9 (60)	
	Média ± DP	96,4 ± 8,8	81,6 ± 17,5	Teste t (p=0,0002)
Atividade	100	24 (68,6)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,01)
	< 100	11 (31,4)	11 (73,3)	
	Média ± DP	86,4 ± 22,9	68,3 ± 27,3	Teste t (p=0,01)
Recreação	100	28 (80)	12 (80)	T. exato de Fisher (p=1,27)
	< 100	7 (20)	3 (20)	
	Média ± DP	92,1 ± 17,9	91,6 ± 18	Teste t (p=0,92)
Deglutição	100	23 (65,7)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,40)
	< 100	12 (34,3)	7 (46,7)	
	Média ± DP	81,9 ± 28,4	75,5 ± 29,5	Teste t (p=0,47)
Mastigação	100	11 (31,4)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,30)
	< 100	24 (68,6)	8 (53,3)	
	Média ± DP	58,5 ± 33,1	66,6 ± 36,1	Teste t (p=0,44)
Fala	100	11 (31,4)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,89)
	< 100	24 (68,6)	10 (66,7)	
	Média ± DP	75,4 ± 18,6	75,7 ± 19,7	Teste t (p=0,95)
Ombro	100	35 (100)	0	
	< 100	0	15 (100)	
	Média ± DP			
Paladar	100	18 (51,4)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,90)
	< 100	17 (48,6)	7 (46,7)	
	Média ± DP	72,4 ± 33,8	75,5 ± 29,5	Teste t (p=0,75)
Saliva	100	17 (48,6)	6 (40)	χ^2 (p=0,57)
	< 100	18 (51,4)	9 (60)	
	Média ± DP	68,4 ± 32,4	64,4 ± 34,5	Teste t (p=0,69)
Humor	100	23 (65,7)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,03)
	< 100	12 (34,3)	10 (66,7)	
	Média ± DP	82,1 ± 28,1	66,6 ± 30,8	Teste t (p=0,08)
Ansiedade	100	23 (65,7)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,02)
	< 100	12 (34,3)	11 (73,3)	
	Média ± DP	81,9 ± 28,4	66,7 ± 25,3	Teste t (p=0,07)
QV total	Média ± DP	81,7 ± 14,1	70,8 ± 13,1	Teste t (p=0,01)

Tabela A15 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio ombro

Domínio ombro	Escore 100 (N=35)	Escore < 100 (N=15)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Fatores mais relevantes			
Dor	4 (11,4)	5 (33,3)	T. exato de Fisher (p=0,15)
Aparência	0	1 (6,7)	
Atividade	1 (2,9)	0	
Recreação	0	0	
Deglutição	2 (5,7)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,11)
Mastigação	13 (37,1)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,52)
Fala	6 (17,1)	3 (20)	T. exato de Fisher (p=1,09)
Ombro	0	4 (26,7)	
Paladar	3 (8,6)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=1,30)
Saliva	9 (25,7)	5 (33,3)	χ^2 (p=0,82)
Humor	3 (8,6)	1 (6,7)	T. exato de Fisher (p=1,30)
Ansiedade	4 (11,4)	3 (20)	T. exato de Fisher (p=0,69)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	7 (20)	3 (20)	T. exato de Fisher (p=1,27)
2. Sem alteração	12 (34,3)	4 (26,7)	T. exato de Fisher (p=0,82)
3. Vida piorou	16 (45,7)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,62)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	14 (40)	7 (46,7)	χ^2 (p=0,66)
Lateralidade esquerda	14 (40)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,38)
Língua no palato	10 (28,5)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,09)
Protrusão da língua	19 (54,2)	10 (66,7)	χ^2 (p=0,41)
Aparência alterada	6 (17,1)	6 (40)	χ^2 (p=0,08)
Salivação reduzida	32 (91,4)	9 (60)	T. exato de Fisher (p=0,02)
Habilidade para comer em público			
100	23 (65,7)	9 (60)	χ^2 (p=0,69)
<100	12 (34,3)	6 (40)	
Média ± DP	84,2 ± 26,4	81,6 ± 27,4	Teste t (p=0,75)
Inteligibilidade da fala			
100	23 (65,7)	10 (66,7)	χ^2 (p=0,94)
<100	12 (34,3)	5 (33,3)	
Média ± DP	88,5 ± 18,5	91,6 ± 12,1	Teste t (p=0,55)
Consistência da dieta			
100	7 (20)	8 (53,3)	χ^2 (p=0,01)
<100	28 (80)	7 (46,7)	
Média ± DP	64,8 ± 25,3	76 ± 27,7	Teste t (p=0,16)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A16 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio paladar

Domínio paladar	Escore 100 (N=26)	Escore < 100 (N=24)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	59 ±10 (44 – 78)	62 ± 10 (44 – 84)	Teste t (p=0,29)
Grupo de idade			
40 – 50	7 (26,9)	4 (16,7)	T. exato de Fisher (p=0,59)
51 – 60	7 (26,9)	5 (20,8)	χ^2 (p=0,86)
61 – 70	9 (34,6)	11 (45,8)	χ^2 (p=0,41)
71 – 80	3 (11,5)	3 (12,5)	T. exato de Fisher (p=1,25)
> 80	0	1 (4,2)	
60 anos ou menos	14 (53,8)	9 (37,5)	χ^2 (p=0,24)
Mais de 60 anos	12 (46,2)	15 (62,5)	
Gênero			
1. Homem	23 (88,5)	19 (79,2)	T. exato de Fisher (p=0,61)
2. Mulher	3 (11,5)	5 (20,8)	
Estado Civil			
1. Casado	16 (61,5)	15 (62,5)	χ^2 (p= 0,94)
2. Solteiro	3 (11,5)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p= 1,07)
3. Viúvo	1 (3,8)	4 (16,7)	T. exato de Fisher (p=0,30)
4. Separado	6 (23,1)	3 (12,5)	T. exato de Fisher (p=0,54)
Etnia			
1. Branco	25 (96,2)	20 (83,3)	T. exato de Fisher (p=0,30)
2. Negro	0	2 (8,3)	
3. Mulato	1 (3,8)	2 (8,3)	
Escolaridade			
1. Analfabeto	2 (7,7)	3 (12,5)	T. exato de Fisher (p=0,92)
2. Fundamental	14 (53,8)	18 (75)	χ^2 (p= 0,11)
3. Médio	5 (19,2)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p=0,48)
4. Superior	5 (19,2)	1 (4,2)	T. exato de Fisher (p=0,22)
Localização			
1. Língua	17 (65,4)	10 (41,7)	χ^2 (p= 0,09)
2. Assoalho	4 (15,4)	7 (29,2)	T. exato de Fisher (p=0,40)
3. Rebordo	5 (19,2)	5 (20,8)	χ^2 (p=0,88)
4. Palato	0	2 (8,3)	
Estadiamento			
T1	4 (15,4)	5 (20,8)	T. exato de Fisher (p=0,89)
T2	12 (46,2)	10 (41,7)	χ^2 (p= 0,74)
T3	10 (38,5)	8 (33,3)	χ^2 (p= 0,70)
T4	0	1 (4,2)	
N0	18 (69,2)	18 (75)	χ^2 (p= 0,64)
N1	6 (23,1)	4 (16,7)	T. exato de Fisher (p=0,83)
N2	2 (7,7)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p=1,32)
Meses após cirurgia ± DP	43,9 ± 32	32,5 ± 24,5	Teste t (p=0,16)
Tratamento			
1. Cirurgia	14 (53,8)	7 (29,2)	χ^2 (p= 0,07)
2. Cirurgia +Rt/Qt	12 (46,2)	17 (70,8)	
Dissecção cervical	19 (73,1)	15 (62,5)	χ^2 (p= 0,42)
Nodos (+)	11 (42,3)	9 (37,5)	χ^2 (p= 0,72)
Fatores de risco			
Tabagista	10 (38,5)	14 (58,3)	χ^2 (p= 0,16)
Ex-tabagista	13 (50)	8 (33,3)	χ^2 (p= 0,23)
Etilista	4 (15,4)	6 (25)	T. exato de Fisher (p=0,62)
Ex-etilista	15 (57,7)	14 (58,3)	χ^2 (p= 0,96)

Tabela A17 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio paladar

Domínio paladar		Escore 100 (N=26)	Escore < 100 (N=24)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	21 (80,8)	12 (50)	χ^2 (p=0,02)
	< 100	5 (19,2)	12 (50)	
	Média ± DP	92,3 ± 16,9	79,1 ± 24	Teste t (p= 0,02)
Aparência	100	21 (80,8)	12 (50)	χ^2 (p= 0,15)
	< 100	5 (19,2)	12 (50)	
	Média ± DP	95,1 ± 16,9	79,1 ± 24	Teste t (p= 0,08)
Atividade	100	17 (65,4)	11 (45,8)	χ^2 (p= 0,16)
	< 100	9 (34,6)	13 (54,2)	
	Média ± DP	84,6 ± 24,5	77 ± 26,4	Teste t (p= 0,29)
Recreação	100	22 (84,6)	18 (75)	T. exato de Fisher (p=0,62)
	< 100	4 (15,4)	6 (25)	
	Média ± DP	88,5 ± 20,9	70,7 ± 33,1	Teste t (p=0,02)
Deglutição	100	19 (73,1)	12 (50)	χ^2 (p=0,09)
	< 100	7 (26,9)	12 (50)	
	Média ± DP	88,5 ± 20,9	70,7 ± 33,1	Teste t (p=0,02)
Mastigação	100	16 (61,5)	2 (8,3)	T. exato de Fisher(p=0,0001)
	< 100	10 (38,5)	22 (91,7)	
	Média ± DP	76,9 ± 32,3	43,7 ± 26,8	Teste t (p=0,0002)
Fala	100	12 (46,2)	4 (16,7)	T. exato de Fisher(p=0,05)
	< 100	14 (53,8)	20 (83,3)	
	Média ± DP	80,9 ± 19,1	69,6 ± 16,8	Teste t (p=0,03)
Ombro	100	18 (69,2)	17 (70,8)	χ^2 (p= 0,90)
	< 100	8 (30,8)	7 (29,2)	
	Média ± DP	84,6 ± 27	86,1 ± 23,9	Teste t (p= 0,83)
Paladar	100	26 (100)	0	
	< 100	0	24 (100)	
	Média ± DP			
Saliva	100	18 (69,2)	5 (20,8)	χ^2 (p= 0,0006)
	< 100	8 (30,8)	19 (79,8)	
	Média ± DP	82 ± 28,7	51,2 ± 29,6	Teste t (p= 0,0004)
Humor	100	15 (57,7)	13 (54,2)	χ^2 (p= 0,08)
	< 100	11 (42,3)	11 (45,8)	
	Média ± DP	79,8 ± 29,1	75 ± 30,3	Teste t (p=0,57)
Ansiedade	100	14 (53,8)	13 (54,2)	χ^2 (p=0,98)
	< 100	12 (46,2)	11 (45,8)	
	Média ± DP	78,2 ± 28,2	76,3 ± 28,7	Teste t (p=0,81)
QV total	Média ± DP	85,8 ± 11,5	70,4 ± 13,3	Teste t (p=0,00006)

Tabela A18 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio paladar

Domínio paladar	Escore 100 (N=26)	Escore < 100 (N=24)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Fatores mais relevantes			
Dor	3 (11,5)	6 (25)	T. exato de Fisher (p=0,38)
Aparência	0	1 (4,2)	
Atividade	1 (3,8)	0	
Recreação	0	0	
Deglutição	3 (11,5)	3 (12,5)	T. exato de Fisher (p=1,25)
Mastigação	5 (19,2)	15 (62,5)	χ^2 (p=0,001)
Fala	4 (15,4)	5 (20,8)	T. exato de Fisher (p=0,89)
Ombro	2 (7,7)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p=1,32)
Paladar	0	4 (16,7)	
Saliva	4 (15,4)	10 (41,7)	T. exato de Fisher (p=0,07)
Humor	1 (3,8)	3 (12,5)	T. exato de Fisher (p=0,54)
Ansiedade	3 (11,5)	4 (16,7)	T. exato de Fisher (p=0,90)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	8 (30,8)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p=0,09)
2. Sem alteração	8 (30,8)	8 (33,3)	χ^2 (p= 0,84)
3. Vida piorou	10 (38,5)	14 (58,3)	χ^2 (p= 0,16)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	8 (30,8)	13 (54,2)	χ^2 (p=0,09)
Lateralidade esquerda	8 (30,8)	14 (58,3)	χ^2 (p= 0,04)
Língua no palato	7 (26,9)	11 (45,8)	χ^2 (p=0,16)
Protrusão da língua	11 (42,3)	18 (75)	χ^2 (p= 0,01)
Aparência alterada	5 (19,2)	7 (29,2)	χ^2 (p=0,41)
Salivação reduzida	19 (73,1)	22 (91,7)	T. exato de Fisher (p=0,17)
Habilidade para comer em público			
100	22 (84,6)	10 (41,7)	T. exato de Fisher (p=0,003)
<100	4 (15,3)	14 (58,3)	
Média ± DP	94,2 ± 16,2	71,8 ± 30,6	Teste t (p=0,001)
Inteligibilidade da fala			
100	18 (69,2)	15 (62,5)	χ^2 (p=0,61)
<100	8 (30,8)	9 (37,5)	
Média ± DP	91,3 ± 14	87,5 ± 19,5	Teste t (p=0,42)
Consistência da dieta			
100	13 (50)	2 (8,3)	T. exato de Fisher (p=0,002)
<100	13 (50)	22 (91,7)	
Média ± DP	81,9 ± 22,6	53,3 ± 21,8	Teste t (p=0,00003)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A19 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio humor

Domínio humor	Escore 100 (N=28)	Escore < 100 (N=22)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	61,5 ± 10 (44 – 84)	59,2 ± 10,2 (44 – 78)	Teste t (p=0,42)
Grupo de idade			
40 – 50	4 (14,3)	7 (31,8)	T. exato de Fisher (p=0,25)
51 – 60	8 (28,6)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,35)
61 – 70	11 (39,3)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,66)
71 – 80	4 (14,3)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=0,91)
> 80	1 (3,6)	0	
60 anos ou menos	12 (42,9)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,85)
Mais de 60 anos	16 (57,1)	12 (54,5)	
Gênero			
1. Homem	25 (89,3)	17 (77,3)	
2. Mulher	3 (10,7)	5 (22,7)	T. exato de Fisher (p=0,44)
Estado Civil			
1. Casado	15 (53,6)	16 (72,7)	χ^2 (p=0,16)
2. Solteiro	3 (10,7)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=1,23)
3. Viúvo	4 (14,3)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,51)
4. Separado	6 (21,4)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,74)
Etnia			
1. Branco	24 (85,7)	21 (95,5)	T. exato de Fisher (p=0,51)
2. Negro	1 (3,6)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=1,38)
3. Mulato	3 (10,7)	0	
Escolaridade			
1. Analfabeto	4 (14,3)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,51)
2. Fundamental	17 (60,7)	15 (68,2)	χ^2 (p=0,58)
3. Médio	3 (10,7)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=0,72)
4. Superior	4 (14,3)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=0,91)
Localização			
1. Língua	16 (57,1)	11 (50)	χ^2 (p=0,61)
2. Assoalho	5 (17,9)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,42)
3. Rebordo	6 (21,4)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=1,06)
4. Palato	1 (3,6)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=1,38)
Estadiamento			
T1	5 (17,9)	4 (18,2)	T. exato de Fisher (p=1,25)
T2	10 (35,7)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,18)
T3	13 (46,4)	5 (22,7)	χ^2 (p=0,08)
T4	0	1 (4,5)	
N0	21 (75)	15 (68,2)	χ^2 (p=0,59)
N1	4 (14,3)	6 (27,3)	T. exato de Fisher (p=0,43)
N2	3 (10,7)	1 (4,5)	T. exato de Fisher (p=0,80)
Meses após cirurgia ± DP	37,2 ± 26,4	39,9 ± 32,4	Teste t (p=0,74)
Tratamento			
1. Cirurgia	14 (50)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,19)
2. Cirurgia +Rt/Qt	14 (50)	15 (68,2)	
Dissecção cervical	18 (64,3)	16 (72,7)	χ^2 (p=0,52)
Nodos (+)	10 (35,7)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,48)
Fatores de risco			
Tabagista	13 (46,4)	11 (50)	χ^2 (p=0,80)
Ex-tabagista	14 (50)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,19)
Etilista	7 (25)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,52)
Ex-etilista	15 (53,6)	14 (63,6)	χ^2 (p=0,47)

Tabela A20 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio humor

Domínio humor		Escore 100 (N=28)	Escore < 100 (N=22)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	22 (78,6)	11 (50)	χ^2 (p=0,03)
	< 100	6 (21,4)	11 (50)	
	Média ± DP	89,2 ± 21,9	81,8 ± 20,6	Teste t (p=0,22)
Aparência	100	22 (78,6)	14 (63,6)	χ^2 (p=0,24)
	< 100	6 (21,4)	8 (36,4)	
	Média ± DP	93,7 ± 12,9	89,7 ± 14,7	Teste t (p=0,31)
Atividade	100	17 (60,7)	11 (50)	χ^2 (p=0,44)
	< 100	11 (39,3)	11 (50)	
	Média ± DP	83,0 ± 24,5	78,4 ± 27	Teste t (p=0,53)
Recreação	100	22 (78,6)	18 (81,8)	T. exato de Fisher (p=1,06)
	< 100	6 (21,4)	4 (18,2)	
	Média ± DP	92,8 ± 14,9	90,9 ± 21,1	Teste t (p=0,71)
Deglutição	100	22 (78,6)	9 (40,9)	χ^2 (p=0,006)
	< 100	6 (21,4)	13 (59,1)	
	Média ± DP	88 ± 24,4	69,7 ± 30,7	Teste t (p=0,02)
Mastigação	100	12 (42,9)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,25)
	< 100	16 (57,1)	16 (72,7)	
	Média ± DP	67,8 ± 31	52,2 ± 36,1	Teste t (p=0,10)
Fala	100	8 (28,6)	8 (36,4)	χ^2 (p=0,55)
	< 100	20 (71,4)	14 (63,6)	
	Média ± DP	75,2 ± 17,1	75,9 ± 21	Teste t (p=0,89)
Ombro	100	23 (82,1)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,03)
	< 100	5 (17,9)	10 (45,5)	
	Média ± DP	90,5 ± 23,7	78,8 ± 26,3	Teste t (p=0,10)
Paladar	100	15 (53,6)	11 (50)	χ^2 (p=0,80)
	< 100	13 (46,4)	11 (50)	
	Média ± DP	76,2 ± 29,9	69,6 ± 35,5	Teste t (p=0,47)
Saliva	100	16 (57,1)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,07)
	< 100	12 (42,9)	15 (68,2)	
	Média ± DP	72,5 ± 32,9	60,5 ± 32	Teste t (p=0,2)
Humor	100	28 (100)	0	
	< 100	0	22 (100)	
	Média ± DP			
Ansiedade	100	26 (92,9)	1 (4,5)	T. exato Fisher (p<0,0000001)
	< 100	2 (7,1)	21 (95,5)	
	Média ± DP	97,6 ± 8,6	51,5 ± 22,6	Teste t (p<0,0000001)
QV total	Média ± DP	85 ± 11,1	70 ± 14,3	Teste t (p=0,0001)

Tabela A21 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio humor

Domínio humor	Escore 100 (N=28)	Escore < 100 (N=22)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Fatores mais relevantes			
Dor	2 (7,1)	7 (31,8)	T. exato de Fisher (p=0,05)
Aparência	0	1 (4,5)	
Atividade	0	1 (4,5)	
Recreação	0	0	
Deglutição	1 (3,6)	5 (22,7)	T. exato de Fisher (p=0,10)
Mastigação	8 (28,6)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,06)
Fala	2 (7,1)	7 (31,8)	T. exato de Fisher (p=0,05)
Ombro	2 (7,1)	2 (9,1)	T. exato de Fisher (p=1,19)
Paladar	0	4 (18,2)	
Saliva	7 (25)	7 (31,8)	χ^2 (p=0,59)
Humor	0	4 (18,2)	
Ansiedade	1 (3,6)	6 (27,3)	T. exato de Fisher (p=0,04)
Após tratamento			
1. Vida melhorou	7 (25)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,52)
2. Sem alteração	13 (46,4)	3 (13,6)	T. exato de Fisher (p=0,02)
3. Vida piorou	8 (28,6)	16 (72,7)	χ^2 (p=0,001)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	10 (35,7)	11 (50)	χ^2 (p=0,31)
Lateralidade esquerda	11 (39,3)	11 (50)	χ^2 (p=0,44)
Língua no palato	8 (28,6)	10 (45,5)	χ^2 (p=0,21)
Protrusão da língua	17 (60,7)	12 (54,5)	χ^2 (p=0,66)
Aparência alterada	7 (25)	5 (22,7)	χ^2 (p=0,85)
Salivação reduzida	21 (75)	20 (90,9)	T. exato de Fisher (p=0,27)
Habilidade para comer em público			
100	21 (75)	11 (50)	χ^2 (p=0,06)
<100	7 (25)	11 (50)	
Média \pm DP	90,1 \pm 19,6	75 \pm 31,8	Teste t (p=0,04)
Inteligibilidade da fala			
100	20 (71,4)	13 (59,1)	χ^2 (p=0,36)
<100	8 (28,6)	9 (40,9)	
Média \pm DP	91 \pm 15,5	87,5 \pm 18,5	Teste t (p=0,47)
Consistência da dieta			
100	9 (32,1)	6 (27,3)	χ^2 (p=0,70)
<100	19 (67,9)	16 (72,7)	
Média \pm DP	72,1 \pm 24,3	63,1 \pm 28,3	Teste t (p=0,23)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.

Tabela A22 - Características gerais, clínicas e exposição a fatores de risco, de acordo com o domínio ansiedade

Domínio ansiedade	Escore 100 (N=27)	Escore < 100 (N=23)	Valor de P
	N (%)	N (%)	
Idade média ± DP (min. – máx.)	62,3 ± 9,8 (44 - 84)	58,3 ± 10 (44 - 78)	Teste t (p=0,16)
Grupo de idade			
40 – 50	3 (11,1)	8 (34,8)	T. exato de Fisher (p=0,09)
51 – 60	8 (29,6)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,50)
61 – 70	11 (40,7)	9 (39,1)	χ^2 (p=0,90)
71 – 80	4 (14,8)	2 (8,7)	T. exato de Fisher (p=0,82)
> 80	1 (3,7)	0	
60 anos ou menos	11 (10,7)	12 (52,2)	χ^2 (p=0,41)
Mais de 60 anos	16 (59,3)	11 (47,8)	
Gênero			
1. Homem	24 (88,9)	18 (78,3)	T. exato de Fisher (p=0,52)
2. Mulher	3 (11,1)	5 (21,7)	
Estado Civil			
1. Casado	13 (48,1)	18 (78,3)	χ^2 (p=0,02)
2. Solteiro	3 (11,1)	2 (8,7)	T. exato de Fisher (p=1,15)
3. Viúvo	4 (14,8)	1 (4,3)	T. exato de Fisher (p=0,45)
4. Separado	7 (25,9)	2 (8,7)	T. exato de Fisher (p=0,22)
Etnia			
1. Branco	23 (85,2)	22 (95,7)	T. exato de Fisher (p=0,45)
2. Negro	1 (3,7)	1 (4,3)	T. exato de Fisher (p=1,42)
3. Mulato	3 (11,1)	0	
Escolaridade			
1. Analfabeto	4 (14,8)	1 (4,3)	χ^2 (p=0,81)
2. Fundamental	17 (63)	15 (65,2)	χ^2 (p=0,51)
3. Médio	3 (11,1)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,94)
4. Superior	3 (11,1)	3 (13)	T. exato de Fisher (p=1,42)
Localização			
1. Língua	15 (55,6)	12 (52,2)	χ^2 (p=0,81)
2. Assoalho	5 (18,5)	6 (26,1)	χ^2 (p=0,51)
3. Rebordo	6 (22,2)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,94)
4. Palato	1 (3,7)	1 (4,3)	T. exato de Fisher (p=1,42)
Estadiamento			
T1	5 (18,5)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=1,21)
T2	8 (29,6)	14 (60,9)	χ^2 (p=0,02)
T3	14 (51,9)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,02)
T4	0	1 (4,3)	
N0	20 (74,1)	16 (69,6)	χ^2 (p=0,72)
N1	4 (14,8)	6 (26,1)	T. exato de Fisher (p=0,52)
N2	3 (11,1)	1 (4,3)	T. exato de Fisher (p=0,73)
Meses após cirurgia ± DP	39,3 ± 25,9	37,3 ± 32,7	Teste t (p=0,81)
Tratamento			
1. Cirurgia	12 (44,4)	9 (39,1)	χ^2 (p=0,70)
2. Cirurgia +Rt/Qt	15 (55,6)	14 (60,9)	
Dissecção cervical	17 (63)	17 (73,9)	χ^2 (p=0,40)
Nodos (+)	11 (40,7)	9 (39,1)	χ^2 (p=0,90)
Fatores de risco			
Tabagista	14 (51,9)	10 (43,5)	χ^2 (p=0,55)
Ex-tabagista	12 (44,4)	9 (39,1)	χ^2 (p=0,70)
Etilista	6 (22,2)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,94)
Ex-etilista	16 (59,3)	13 (56,5)	χ^2 (p=0,84)

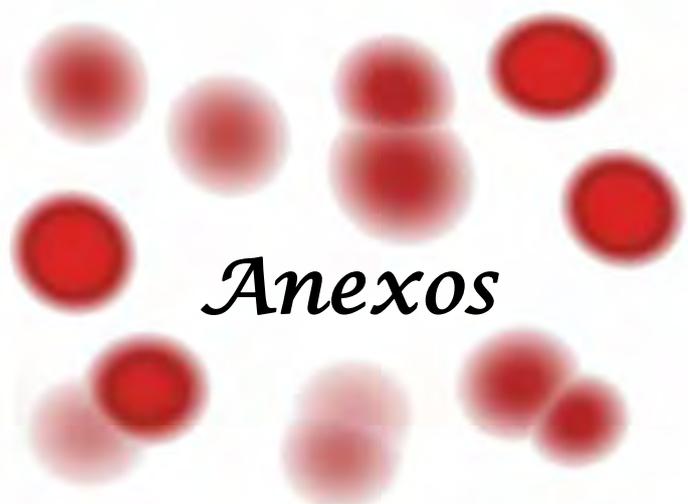
Tabela A23 - Análise da QV através do questionário UW-QOL, de acordo com o domínio ansiedade

Domínio ansiedade		Score 100 (N=27)	Score < 100 (N=23)	Valor de P
		N (%)	N (%)	
Dor	100	20 (74,1)	13 (56,5)	χ^2 (p=0,19)
	< 100	7 (25,9)	10 (43,5)	
	Média ± DP	87,9 ± 22,3	83,6 ± 20,7	Teste t (p=0,48)
Aparência	100	22 (81,5)	14 (60,9)	χ^2 (p=0,10)
	< 100	5 (18,5)	9 (39,1)	
	Média ± DP	94,4 ± 12,6	89,1 ± 14,7	Teste t (p=0,17)
Atividade	100	16 (59,3)	12 (52,2)	χ^2 (p=0,61)
	< 100	11 (40,7)	11 (47,8)	
	Média ± DP	82,4 ± 24,8	79,3 ± 26,8	Teste t (p=0,67)
Recreação	100	22 (81,5)	18 (78,3)	χ^2 (p=0,77)
	< 100	5 (18,5)	5 (21,7)	
	Média ± DP	93,5 ± 14,8	90,2 ± 20,9	Teste t (p=0,51)
Deglutição	100	20 (74,1)	11 (47,8)	χ^2 (p=0,05)
	< 100	7 (25,9)	12 (52,2)	
	Média ± DP	85,1 ± 26,7	73,9 ± 30,1	Teste t (p=0,16)
Mastigação	100	10 (37)	8 (34,8)	χ^2 (p=0,86)
	< 100	17 (63)	15 (65,2)	
	Média ± DP	62,9 ± 32,7	58,6 ± 35,8	Teste t (p=0,65)
Fala	100	8 (29,6)	8 (34,8)	χ^2 (p=0,69)
	< 100	19 (70,4)	15 (65,2)	
	Média ± DP	80,9 ± 19,1	69,6 ± 16,8	Teste t (p=1,00)
Ombro	100	23 (85,2)	12 (52,2)	T. exato de Fisher (p=0,02)
	< 100	4 (14,8)	11 (47,8)	
	Média ± DP	93,8 ± 16	75,3 ± 30,5	Teste t (p=0,008)
Paladar	100	14 (51,9)	12 (52,2)	χ^2 (p=0,98)
	< 100	13 (48,1)	11 (47,8)	
	Média ± DP	75,3 ± 30,1	71 ± 35,3	Teste t (p=0,64)
Saliva	100	14 (51,9)	9 (39,1)	χ^2 (p=0,36)
	< 100	13 (55,6)	14 (60,9)	
	Média ± DP	69 ± 33,4	65,1 ± 32,6	Teste t (p=0,67)
Humor	100	26 (96,3)	2 (8,7)	T. exato Fisher (p<0,00000001)
	< 100	1 (3,7)	21 (91,3)	
	Média ± DP	99 ± 4,8	52,1 ± 26	Teste t (p=0,00000003)
Ansiedade	100	27 (100)	0	
	< 100	0	23 (100)	
	Média ± DP			
QV total	Média ± DP	84,1 ± 12,1	71,8 ± 14,6	Teste t (p=0,002)

Tabela A24 - Opinião dos pacientes sobre a relevância de cada domínio (UW-QOL) e sobre a QV. Aspectos funcionais identificados no exame clínico conforme o domínio ansiedade

Domínio ansiedade	Escore 100 (N=27) N (%)	Escore < 100 (N=23) N (%)	Valor de P
Fatores mais relevantes			
Dor	2 (7,4)	7 (30,4)	T. exato de Fisher (p=0,07)
Aparência	0	1 (4,3)	
Atividade	0	1 (4,3)	
Recreação	0	0	
Deglutição	2 (7,4)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,51)
Mastigação	9 (33,3)	11 (47,8)	χ^2 (p=0,29)
Fala	3 (11,1)	6 (26,1)	T. exato de Fisher (p=0,31)
Ombro	1 (3,7)	3 (13)	T. exato de Fisher (p=0,49)
Paladar	0	4 (17,4)	
Saliva	8 (29,6)	6 (26,1)	χ^2 (p=0,78)
Humor	0	4 (17,4)	
Ansiedade	0	7 (30,4)	
Após tratamento			
1. Vida melhorou	6 (22,2)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,94)
2. Sem alteração	12 (44,4)	4 (17,4)	T. exato de Fisher (p=0,07)
3. Vida piorou	9 (33,3)	15 (65,2)	χ^2 (p=0,02)
EXAME CLÍNICO			
Mobilidade da língua*			
Lateralidade direita	11 (40,7)	10 (43,5)	χ^2 (p=0,84)
Lateralidade esquerda	11 (40,7)	11 (47,8)	χ^2 (p=0,61)
Língua no palato	8 (29,6)	10 (43,5)	χ^2 (p=0,31)
Protrusão da língua	17 (63)	12 (52,2)	χ^2 (p=0,44)
Aparência alterada	7 (25,9)	5 (21,7)	χ^2 (p=0,72)
Salivação reduzida	22 (81,4)	19 (82,6)	T. exato de Fisher (p=1,21)
Habilidade para comer em público			
100	20 (74,1)	15 (65,2)	χ^2 (p=0,10)
<100	7 (25,9)	8 (34,8)	
Média ± DP	89,8 ± 19,9	89,1 ± 31,5	Teste t (p=0,06)
Inteligibilidade da fala			
100	18 (66,7)	15 (65,2)	χ^2 (p=0,91)
<100	9 (33,3)	8 (34,8)	
Média ± DP	89,8 ± 15,9	89,1 ± 18,1	Teste t (p=0,88)
Consistência da dieta			
100	7 (25,9)	8 (34,8)	χ^2 (p=0,49)
<100	20 (74,1)	15 (65,2)	
Média ± DP	69,2 ± 23,8	66,9 ± 29,4	Teste t (p=0,76)

* Mobilidade da língua alterada: compreende os graus 2 e 3 previamente descritos na metodologia.



Anexos

Anexo 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Fundação Hospital Amaral Carvalho

Rua da Palmeiras, 116, Vila Assis – CEP 17.210-120 – Jauá / SP - ☎ (014) 3602-1194 – Ramal - 1552.

Parecer CEPFHAC – 09/08 – recurso.

Protocolo de Estudo

"Impacto da Reabilitação Oral na qualidade de vida de Pacientes após Tratamento do Câncer de Língua"

Documentos avaliados:

✓ Recurso datado de 06 de março de 2008

Pesquisador Responsável:

Autora: Tatiana Pereira – mestrando pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Orientadora: Dra. Cláudia Maria Navarro - Professora Assistente do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de odontologia de Araraquara - UNESP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho analisou o recurso supracitado quanto às ressalvas levantadas no Parecer CEPFHAC 09/08, datado de 29 de fevereiro de 2008 e as considerou sanadas.

Diante do exposto, manifestamo-nos pela aprovação sem restrições dos documentos avaliados.

Informamos que os referidos documentos são rubricados pelo colaborador do CEPFHAC, Ricardo Augusto Sartori, e que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar relatórios semestrais referentes à evolução do estudo.

Jauá, 12 de março de 2008.

Dra. Cláudia Teresa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Hospital Amaral Carvalho

Anexo 2



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO:..... Nº APTO:
- BAIRRO:..... CIDADE:
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

“Impacto da Reabilitação Oral na Qualidade de Vida de Pacientes após Tratamento do Câncer de Língua”

2. IDENTIFICAÇÃO

PESQUISADOR: *Tatiana Pereira*

CARGO/FUNÇÃO: *Cirurgiã-Dentista* INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N.º *CRO-SP 88.601*

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : *24 meses*.....

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) a participar de um estudo de pesquisa, intitulado *“Impacto da Reabilitação Oral na Qualidade de Vida de Pacientes após Tratamento do Câncer de Língua”*. O objetivo deste estudo é avaliar o efeito da reabilitação oral (dentaduras) na qualidade de vida (QV) de pacientes portadores de câncer em língua, com ou sem comprometimento do assoalho bucal, submetidos ao tratamento cirúrgico.

Atualmente a avaliação da QV tem sido importante para entender como vive o paciente após o tratamento do câncer de boca, para desenvolver novas estratégias de tratamento. Além disso, a participação do dentista na equipe que atende o paciente com câncer bucal pode contribuir para a manutenção das estruturas bucais que possam ser preservadas durante o tratamento cirúrgico e para a preservação de funções (mastigação, fala, deglutição) durante todo o tratamento. Além disso, o tratamento odontológico posterior tem um importante papel na reabilitação desses pacientes, buscando melhorar sua vida.

O estudo envolverá a aplicação do questionário da Universidade de Washington (Quality of Life- UW-QOL) para a avaliação da QV, e a realização de exames clínicos em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico no Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP e que necessitam de tratamento reabilitador (dentaduras).

O tratamento reabilitador será realizado em 30 pacientes submetidos à cirurgia de câncer de língua, que possuam condições favoráveis para a instalação de próteses totais convencionais (dentaduras). Outros 10 pacientes tratados cirurgicamente, inicialmente não receberão o tratamento reabilitador por não apresentarem condições bucais favoráveis à instalação de próteses convencionais, ou seja, esses pacientes poderão apresentar pouco osso remanescente para suportar as dentaduras. Nos dois grupos serão aplicados o questionário de QV e a realização de exames clínicos, durante cinco etapas experimentais. 1) após a cirurgia e antes do tratamento reabilitador, 2) imediatamente após o tratamento reabilitador, 3) 3 meses, e 4) 6 meses após a reabilitação. Lembrando que o grupo com dez pacientes não passará pela etapa reabilitadora.

Com base em pesquisas parecidas, os resultados esperados estariam relacionados à constatação de que a reabilitação oral seja um fator relevante na melhora da QV de pacientes que receberam tratamento para câncer de língua.

Esta pesquisa não apresenta riscos e não provoca qualquer dano a você. Além disso, você ainda poderá ser beneficiado pela confecção de dentaduras que lhe possibilitarão voltar a mastigar, melhorando sua aparência e sua auto-estima (satisfação com você mesmo).

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Preservação da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

ACESSO À INFORMAÇÃO

A qualquer tempo os voluntários poderão consultar as informações adquiridas sobre seus resultados pessoais, assim como somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a todos os dados da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação colhida neste estudo será mantida confidencial. Os dados serão utilizados apenas pelos pesquisadores. Não será mencionada nenhuma informação de caráter pessoal, que possibilite sua identificação com a pesquisa.

PARTICIPAÇÃO

Sua participação neste estudo é voluntária. Será necessária a sua presença no Hospital Amaral Carvalho, anexo - Orocentro, durante todo o período da confecção das próteses e do acompanhamento posterior (06 meses). Se decidir não continuar até o término do estudo os dados colhidos referentes à sua pessoa serão desconsiderados, porém seu tratamento reabilitador continuará sem nenhuma alteração e sem nenhum prejuízo.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**CONTATO**

Em caso de dúvida sobre o estudo, procedimentos realizados, testes aplicados, observação de reações desconfortáveis em decorrência de sua participação no estudo, favor contatar a pesquisadora Tatiana Pereira (11) 9427-3999.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Jaú, de de 20.....

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador

Anexo 3

QUESTIONÁRIO PARA BASE DE DADOS DO PROGRAMA EPI INFO

N1. Nome _____

N2. Idade _____

N3. Nascimento dd/mm/aaaa

N4. Cidade _____

N5. Profissão _____

N6. Número de pessoas na família _____

N7. Gênero 1. Masculino 2. Feminino

N8. Estado Civil: 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Separado

N9. Etnia 1. Branco 2. Negro 3. Mestiço

N10. Escolaridade 1. Analfabeto 2. Fundamental 4. Médio 5. Superior

Condição Sistêmica

N11. Apresenta algum problema de saúde? 1. Sim 2. Não

1. Cardiovascular 1. Sim 2. Não

2. Respiratório 1. Sim 2. Não

3. Pele 1. Sim 2. Não

4. Gastro-intestinal 1. Sim 2. Não

5. Imunológico 1. Sim 2. Não

6. Endócrino 1. Sim 2. Não

7. Músculo/esquelético 1. Sim 2. Não

8. Genito-urinário 1. Sim 2. Não

9. Hematológico 1. Sim 2. Não

10. Infecto contagiosa 1. Sim 2. Não

11. Neurológico/Psiquiátrico 1. Sim 2. Não

N12. Utiliza algum medicamento? 1. Sim 2. Não

1. Antihipertensivo 1. Sim 2. Não

2. Hipoglicemiante/ insulina 1. Sim 2. Não

3. Anticoagulante 1. Sim 2. Não

4. Antialérgico 1. Sim 2. Não

5. Antibiótico 1. Sim 2. Não

6. Corticóides 1. Sim 2. Não

7. Analgésico/Antiinflamatório 1. Sim 2. Não

8. Psiquiátrico/ Anticonvulsivante 1. Sim 2. Não

- N13. Tabaco [] 1.Sim [] 2. Não
 13.1 Papel 13.2. Palha 13.3. Cachimbo 13.4. Mascar
 13.5 Há quantos anos _____
- N14. Ex-Tabagista [] 1.Sim [] 2. Não
 14.1. Papel 14. 2. Palha 14. 3. Cachimbo 14. 4. Mascar
 14.5 Há quantos anos parou _____
 14.6 Quantos anos fumou? _____
- N15. Álcool [] 1.Sim [] 2. Não
 15. 1. Destilada 1. [] Sim [] 2. Não 15. 2. Fermentada 1. [] Sim [] 2. Não
 15.3 Há quantos anos _____
- N16. Ex-alcoolista [] 1.Sim [] 2. Não
 16.1. Destilada 1. [] Sim [] 2. Não 16.2. Fermentada 1. [] Sim [] 2. Não
 16.3 Há quantos anos parou _____
 16.4. Quantos anos bebeu? _____

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO

N17. Origem tumor

1. Língua 1. [] Sim [] 2. Não
 2. Assoalho 1. [] Sim [] 2. Não
 3. Rebordo 1. [] Sim [] 2. Não
 4. Palato 1. [] Sim [] 2. Não

N18. Histológico de CEC 1. [] Sim [] 2. Não

N19. Que profissional fez o diagnóstico? [] 1. Dentista [] 2. Médico [] 3. Não consta

N20. Qual o estadiamento da neoplasia?

T	0	1	2	3	4
N	0	1	2	3	
M	0	1			

N21. Que tipo de tratamento foi realizado?

1. Cirurgia
 2. Cirurgia + Radioterapia
 3. Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia

N22. Esvaziamento 1. [] Sim [] 2. Não N22.1. Nodos +. 1. [] Sim [] 2. Não [] 3. Não fez

N23. Dose de radiação _____ N23.1 Fim RT meses _____

N24. Meses após cirurgia _____

N25. Grau de mutilação (língua) [] <25% [] 25% [] 50% [] 75% [] 100%

N25.6 Removeu rebordo 1. [] Sim [] 2. Não

N25.7 Removeu assoalho 1. [] Sim [] 2. Não

N25.8. Removeu palato 1. [] Sim [] 2. Não

N25.9.Comentários _____

- N26. Psicológico 1. Sim []2. Não
- N27. Fonoaudiológico 1. Sim []2. Não
- N28. Fisioterapia 1. Sim []2. Não
- N29. Próteses antes? 1. Sim []2. Não
- 29.1. PT sup 1. Sim []2. Não
- 29.2. PT inf 1. Sim []2. Não
- 29.3. PPR sup 1. Sim []2. Não
- 29.4. PPR inf 1. Sim []2. Não
- 29.5. PPF 1. Sim []2. Não
- 29.6. Dentes nat sup 1. Sim []2. Não
- 29.7. Dentes nat inf 1. Sim []2. Não
- N30. Reabilitação convencional possível
- 30.1. PT sup 1. Sim []2. Não
- 30.2. PT inf 1. Sim []2. Não
- 30.3. PPR sup 1. Sim []2. Não
- 30.4. PPR inf 1. Sim []2. Não
- 30.5. PPF 1. Sim []2. Não
- N31. Reabilitação impossível 1. Sim []2. Não
- N32. Reabilitação com implantes necessária 1. Sim []2. Não
- N33. Já reabilitado 1. Sim []2. Não
- N34. Aceitou fazer PTs 1. Sim []2. Não
- N34.1. Não aceitou por que? _____
- N35. Comentários próteses _____
- N36. Comentários gerais _____

Anexo 4

Classificação TNM de carcinomas de lábio e cavidade bucal	
T	Tumor primário
TX	Tumor primário não pode ser avaliado/ observado
T0	Não há evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão
T2	Tumor maior que 2 cm e menor que 4 cm em sua maior dimensão
T3	Tumor maior que 4 cm em sua maior dimensão
T4a (lábio)	Tumor invade osso cortical, nervo alveolar inferior, assoalho bucal, ou pele (queixo ou nariz)
T4a (cavidade oral)	Tumor invade cortical óssea, até musculatura profunda/extrínseca da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), seio maxilar, ou pele da Face
T4b (lábio e cavidade oral)	Tumor invade espaço mastigatório, lâmina pterigóidea, ou base do crânio; ou envolve artéria carótida interna
N	Linfonodos regionais
NX	Linfonodos regionais não podem ser avaliados/observados
N0	Não há metástase em linfonodo regional
N1	Metástase unilateral em linfonodo único, até 3 cm em sua maior dimensão
N2	Metástase como especificado em N2a, 2b, 2c abaixo
N2a	Metástase unilateral em linfonodo único, maior que 3 cm e menor que 6 cm em sua maior dimensão
N2b	Metástase unilateral em linfonodos múltiplos, nenhum maior que 6 cm em sua maior dimensão
N2c	Metástase bilateral em linfonodos, nenhum maior que 6 cm em sua maior dimensão
N3	Metástase em linfonodo maior que 6 cm de dimensão
M	Metástase à distância
MX	Metástase a distância não pode ser avaliada/observada
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Presença de metástase à distância

Grupos de estadiamento			
Estágio 0	Tis	N0	M0
Estágio I	T1	N0	M0
Estágio II	T2	N0	M0
Estágio III	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Estágio IVA	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
Estágio IVB	Qualquer T	N3	M0
	T4b	Qualquer N	M0
Estágio IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. 2005.

Anexo 5**QUESTIONÁRIO DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON (UW-QOL)**

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias. Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor

- 100 [] Eu não tenho dor
- 75 [] Há dor leve não necessitando de medicação
- 50 [] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- 25 [] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- 0 [] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência

- 100 [] Não há mudança na minha aparência
- 75 [] A mudança na minha aparência é mínima
- 50 [] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo
- 25 [] Eu me sinto significativamente desfigurado e limito minhas atividades devido à minha aparência
- 0 [] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

3. Atividade

- 100 [] Eu estou tão ativo quanto sempre estive
- 75 [] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não freqüentemente
- 50 [] Eu estou freqüentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades, embora eu ainda saia de casa
- 25 [] Eu não saio de casa porque eu não tenho força
- 0 [] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

4. Recreação

- 100 [] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
- 75 [] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir
- 50 [] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso
- 25 [] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente fico em casa e assisto TV
- 0 [] Eu não posso fazer nada agradável

5. Deglutição

- 100 [] Eu posso engolir tão bem quanto sempre
- 67 [] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
- 33 [] Eu posso engolir somente comidas líquidas
- 0 [] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação

- 100 [] Eu posso mastigar tão bem como sempre
- 50 [] Eu posso comer alimentos sólidos leves, mas não consigo mastigar algumas comidas
- 0 [] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

7. Fala

- 100 [] Minha fala é a mesma de sempre
- 67 [] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras, mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone
- 33 [] Somente minha família e amigos podem me entender
- 0 [] Eu não sou entendido pelos outros

8. Ombro

- 100 Eu não tenho problema com o meu ombro
- 67 Meu ombro é endurecido, mas isto não afeta minha atividade ou força
- 33 Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho
- 0 Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

9. Paladar

- 100 Eu sinto sabor da comida normalmente
- 67 Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
- 33 Eu posso sentir o sabor de algumas comidas
- 0 Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

10. Saliva

- 100 Minha saliva é de consistência normal
- 67 Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente
- 33 Eu tenho muito pouca saliva
- 0 Eu não tenho saliva

11. Humor

- 100 Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
- 75 Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
- 50 Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer
- 25 Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer
- 0 Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade

- 100 Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
- 67 Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
- 33 Eu estou ansioso por causa do meu câncer
- 0 Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

13. Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias? Marque [x] em até 3 alternativas.

- Dor
- Aparência
- Atividade
- Recreação
- Deglutição
- Mastigação
- Fala
- Ombro
- Paladar
- Saliva
- Humor
- Ansiedade

Questões Gerais

14. Comparando com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde. (marque uma alternativa [x]):

- Muito melhor
- Um pouco melhor
- Mais ou menos o mesmo
- Um pouco pior
- Muito pior

15. Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido. (marque uma alternativa [x]):

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Média
- Ruim
- Muito ruim

16. De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muito outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa [x]):

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Média
- Ruim
- Muito ruim

17. Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais se necessário).

EXAME CLÍNICO - PARÂMETROS

Mobilidade da língua

Lateralidade direita _____

Lateralidade esquerda _____

Colocação da língua no palato _____

Projeção da língua _____

1. Normal: padrão adequado;
2. Alterado: realização dos exercícios, embora com dificuldade e lentidão;
3. Muito alterado: língua no assoalho bucal, fraqueza da musculatura e incapacidade em realizar os exercícios propostos.

Habilidade para comer em público:

<i>Resultados funcionais</i>	<i>Escore</i>
Sem restrições para comer em público	100
Restrição da dieta quando em público	75
Come apenas na presença de algumas pessoas em lugares restritos	50
Só come em casa na presença de algumas pessoas	25
Sempre come sozinho	0

Inteligibilidade da Fala:

<i>Resultados funcionais</i>	<i>Escore</i>
Sempre compreensível	100
Compreensível na maioria das vezes, ocasionalmente repetição é necessária	75
Usualmente incompreensível, contato cara-a-cara é necessário	50
Difícil de compreender	25
Incompreensível, necessita escrever para ser compreendido	0

Consistência da dieta.

<i>Resultados funcionais</i>	<i>Escore</i>
Sem restrições de alimentos	100
Carnes	80
Cenoura	70
Pães e biscoitos	60
Macarrão, vegetais, peixes, hambúrguer	50
Ovos, purê de batatas, pudim	40
Alimentos triturados	30
Líquidos quentes	20
Líquidos gelados	10

Aparência. assimetrias faciais, seqüelas cirúrgicas, postura cabeça-pescoço, sinais extra-bucais e retrações de tecidos. Serão feitas fotografias para efeito de comparação.

Obs: _____

Salivação.

<i>Quantidade de saliva</i>	<i>Interpretação</i>
1. Maior ou igual a 1,0 mL/min	Fluxo normal
2. Abaixo de 1mL/min	Hipossalivação

LIVERPOOL ORAL REHABILITATION QUESTIONNAIRE V3 (LORQ)

NAME:.....

DATE:.....

Please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week.

Please answer by circling the number that best applies to you.

<u>During the past week</u>	Never	Sometimes	Often	Always
1. Did you experience difficulty with chewing?	1	2	3	4
2. Did you have pain when you chew?	1	2	3	4
3. Did you experience difficulty with swallowing solids?	1	2	3	4
4. Did you experience difficulty with swallowing liquids?	1	2	3	4
5. Did food particles collect under your tongue?	1	2	3	4
6. Did food particles stick to your palate?	1	2	3	4
7. Did food particles stick inside your cheeks?	1	2	3	4
8. Did you have mouth dryness?	1	2	3	4
9. Did you have problems with drooling?	1	2	3	4
10. Did you experience problems with speech?	1	2	3	4
11. Were you upset by your facial appearance?	1	2	3	4
12. Were you upset by the appearance of your mouth?	1	2	3	4
13. Were you upset by the appearance of your lips?	1	2	3	4
14. Were you upset by the appearance of your teeth?	1	2	3	4
15. Did your chewing ability affect your social life?	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|------------|-----------|---|---|
| 16. Did your chewing ability influence your choice of foods? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Did you experience difficulty with opening your mouth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Do you have any natural teeth in the UPPER jaw? | Yes | No | | |
| 19. Do you have any natural teeth in the LOWER jaw? | Yes | No | | |

If you do not wear a partial or full denture, or do not have dental implants, please go to Question no. 40

If you wear dentures or implant retained teeth, please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week.

- | <u>During the past week:</u> | Never | Sometimes | Often | Always |
|---|-------|-----------|-------|--------|
| 20. Were you embarrassed about conversing because of your dentures/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Did you refuse dinner invitations because of embarrassment about your dentures/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Did you feel loss of self-confidence because of embarrassment about your dentures/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Did you find it difficult to open your mouth because of your dentures/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Do you have an UPPER denture? | | Yes | No | |
| 25. Do you have UPPER implant retained teeth? | | Yes | No | |

If 'yes' to either of these questions then please answer Questions 26 to 31.
If both answers were 'no' then please go to question 32, in the next section.

- | <u>During the past week:</u> | Never | Sometimes | Often | Always |
|---|-------|-----------|-------|--------|
| 26. Were you dissatisfied with your upper denture/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Did your upper denture/implant retained teeth cause soreness or ulceration of the gum? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Did you find food particles collecting under your upper denture/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-------|------------|-----------|--------|
| | Never | Sometimes | Often | Always |
| 29. Did you take out your upper denture/
implant retained teeth for eating? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Did you feel insecure with your
upper denture/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Were you worried that your upper
denture/implant retained teeth might fall out? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Do you have a LOWER denture? | | Yes | No | |
| 33. Do you have LOWER implant retained teeth? | | Yes | No | |

If 'yes' to either of these questions then please answer Questions 34 to 39.

If both answers were 'no' then please ignore these questions.

- | During the past week: | Never | Sometimes | Often | Always |
|--|-------|-----------|-------|--------|
| 34. Were you dissatisfied with your lower
denture/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Did your lower denture/implant
retained teeth cause soreness
or ulceration of the gum? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Did you find food particles collecting
under your lower denture/implant
retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Did you take out your lower denture/
implant retained teeth for eating? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Did you feel insecure with your
lower denture/implant retained teeth? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Were you worried that your
lower denture/implant retained
teeth might fall out? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Please describe any other issues that are important to your oral rehabilitation and have not been adequately addressed by our questions. | | | | |

Thank You

Autorizo a reprodução deste trabalho.
(Direitos de publicação reservado ao autor)

Araraquara, 26 de março de 2009.

TATIANA PEREIRA