

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO

REAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS EM PACIENTES COM CÂNCER DE
LARINGE

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

RECIFE - PE

2011

LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

REAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS EM PACIENTES COM CÂNCER DE
LARINGE

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração em psicopatologia, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito para o título de Doutor.

Orientador:

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Recife

2011



Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes

Reações psicopatológicas em pacientes com
câncer de laringe / Leopoldo Nelson Fernandes
Barbosa. – Recife: O Autor, 2011.

116 folhas: il., fig.; 30 cm

Orientador: Everton Botelho Sougey

Tese (doutorado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Câncer. 2. Psicopatologia. 3.
Laringectomia. 4. Qualidade de vida. I. Sougey,
Everton Botelho. II. Título.

616.994

CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2012-057



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
 e Ciências do Comportamento

14ª DEFESA
 DE TESE

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO
 DOUTORANDO LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA**

No dia 07 de dezembro de 2011, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Ana Lúcia Francisco, Doutora Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco; Maria Lúcia Gurgel da Costa, Doutora Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco; Albenise de Oliveira Lima, Doutora Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco; Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o Doutorando, LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA sobre a sua Tese intitulada "REAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS EM PACIENTES COM CâNCER DE LARINGE" orientado pelo professor Dr. Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª Drª. Ana Lúcia Francisco

APROVADO

Profª Drª. Maria Lúcia Gurgel da Costa

APROVADO

Profª.Drª Albenise de Oliveira Lima

APROVADO

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

APROVADO

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADO

 Profª Drª. Ana Lúcia Francisco

 Profª. Drª. Maria Lúcia Gurgel da Costa

 Profª. Drª. Albenise de Oliveira Lima

 Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

 Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
 Presidente da Banca

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais João Nelson e Conceição, ao meu irmão Alexandre. Dedico também aos meus melhores amigos que acompanharam de perto essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, pela confiança e motivação e dedicação diante dos desafios inerentes do fazer científico;

Ao grupo de estudo em Trauma, José Waldo, Nathália Milet, Cláudia Pires, Conceição Sougey e Amanda Sales pelas valiosas contribuições no desenvolvimento da pesquisa e construção dos artigos;

À equipe da PosNeuro, principalmente Solange e Fátima pelo profissionalismo e apoio que torna a nossa vida muito mais fácil;

A todos que fazem a Faculdade Pernambucana de Saúde e o IMIP, principalmente a Andréa Echeverria, Déborah Foinquinos, Eliane Nóbrega e Marcela Oliveira pela compreensão e oportunidade de aprendizado diário;

A coordenação da Faculdade Boa Viagem (Maria Gentila e Piedade) pelo apoio;

A Mariana Arroxelas, Érica Tenório, Mayra Bastos e Flavio Oliveira que fizeram parte dessa pesquisa e certamente contribuíram para que ela se concretizasse:

Aos membros da comissão avaliadora por colaborarem para o aprimoramento do meu trabalho;

À Osvaldo Oliveira, pela paciência e apoio durante todos os passos dados nesse processo;

Aos meus amigos que sempre estiveram por perto me dando apoio e me fazendo rir da vida de pesquisador: Mônica Osório, Eliane Nóbrega, Mônica Melo, Juliana Monteiro, Ana Karla Cantarelli, Rilbany Urban, Alexandre Nunes;

À Dr. Edvaldo, pelo incentivo ao desenvolvimento de pesquisas e auxílio no suporte estatístico desse trabalho;

Aos alunos que me ensinam psicologia todos os dias, em especial aos estagiários do Laboratório de Avaliação Psicológica: Ana Luiza, Milene, Ana Katarina e Ana Flávia. Não posso deixar de citar Paula, Ítalo e em especial a Liliana Raulino, co-responsáveis pela atual existência do LAP;

Aos meus amigos que sempre estiveram por perto, em especial a Júlia Tavares, pela amizade de sempre e pelas horas dispensadas a mim e ao desenvolvimento desta pesquisa;

À Fábio Galvão, Marcos Barbosa, Dani Carneiro e em especial a Valéria Passos pelos momentos de troca de experiência e suporte diante das intensidades vivenciadas desde o momento da entrada no doutorado;

RESUMO:

No Brasil, o câncer é considerado a segunda causa de morte por doença e os dados epidemiológicos apontam para elevadas taxas de incidência em todo o mundo. Entre os diversos tipos existentes, o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta região. O tratamento deste tipo de câncer frequentemente inclui a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, associadas ou não, implicando, muitas vezes, em procedimentos agressivos, como na traqueostomia. Através de um desenho de corte transversal, o objetivo desse estudo foi investigar as reações psicopatológicas em pacientes com câncer de laringe e que se submetem a laringectomia total. Tabagismo e alcoolismo, reconhecidos como os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença, foram presentes, respectivamente em 90,7% e 90,8% da amostra. A anatomia funcional é bruscamente modificada e funções básicas como a respiração, a alimentação e principalmente a perda da fala, associada às estruturas utilizadas na interação e na expressão de afetividade e das emoções, são alteradas. Além disso, o afastamento dos amigos, das atividades ocupacionais de lazer e laborais são comuns, o que repercute diretamente e de modo negativo na qualidade de vida dos pacientes, desde o momento anterior a cirurgia. A presença de reações psicopatológicas também é frequente. Entre os transtornos psiquiátricos mais comuns estão a depressão (37%), o transtorno de ansiedade generalizada (25,2%), a agorafobia (21,8%), o risco de suicídio leve (11,8%) e a fobia social (7,6%). Assim, compreender como essas modificações decorrentes das especificidades desse tratamento afetam a vida dos pacientes pode auxiliar a equipe de saúde no planejamento da reabilitação integral que envolve não apenas os aspectos biológicos, mas, principalmente o suporte as demandas psicossociais específicas dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Laringe; Laringectomia Total; Reações Psicopatológicas; Qualidade de Vida.

ABSTRACT:

In Brazil, the cancer is considered the second leading cause of death by disease and epidemiological data point to heightened incidence rates worldwide. Among the various types, the cancer of the larynx is one of the most common to hit the head and neck, accounting for about 25% of malignant tumors that affect this region. The treatment of this cancer often includes chemotherapy, radiotherapy and surgery, associated or not, resulting often in aggressive procedures such as tracheostomy. Through a cross-sectional design, the objective of this study was to investigate the psychopathological reactions in patients with laryngeal cancer and who undergo total laryngectomy. Smoking and alcoholism, recognized as major risk factors for the development of the disease were present, respectively in 90.7% and 90.8% of the sample. The functional anatomy is suddenly changed and basic functions like breathing, food and especially the loss of speech, associated with structures used in the interaction and expression of affection and emotions are altered. In addition, the removal of friends, leisure activities and occupational labor are common, which affects directly and negatively on the quality of life of patients from the time before surgery. The presence of psychopathological reactions is also common. Among the most common psychiatric disorders are depression (37%), generalized anxiety disorder (25.2%), agoraphobia (21.8%), risk of suicide (11.8%) and social phobia (7.6%). Thus, understanding how these modifications arising from the specifics of this treatment affect patients' lives can help the health team in planning comprehensive rehabilitation that involves not only the biological aspects, but mainly to support the psychosocial demands of this specific population.

KEY WORDS: Larynx Cancer; Total Laryngectomy; Psychopathologic Reactions; quality of life.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
3. OBJETIVOS	14
4. MÉTODOS	15
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO	19
5.1. Artigo de Revisão: Comorbidades Psiquiátricas no Câncer de Laringe	19
5.2. Artigo de Revisão: Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Câncer: Revisão da Literatura	32
5.3. Artigo: Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe	45
5.4. Artigo: Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em Pacientes com Câncer de Laringe: acompanhamento pré e pós laringectomia total	69
5.5. Artigo: Frequência de Reações Psicopatológicas em Pacientes com Câncer de Laringe	86
6. CONCLUSÃO	103
7. REFERÊNCIAS	104
8. ANEXOS	108
ANEXO 1: Carta de Aprovação do CEP	108
ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
ANEXO 3: Questionário BioSocioDemográfico	110
ANEXO 4: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD	112
ANEXO 5: Escala de Qualidade de Vida da Universidade de Washington – UW-QOL.	113
ANEXO 6: Entrevista Breve para o Diagnóstico dos Transtornos Mentais – MINI.	116

1. APRESENTAÇÃO

Essa Tese foi elaborada de acordo com a “Proposta para apresentação de dissertação/tese dos programas de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE.

Estes são os resultados decorrentes da Tese de Doutorado intitulada “Reações Psicopatológicas em Pacientes com Câncer de Laringe”, apresentados para avaliação ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

A hipótese da pesquisa foi avaliar se o impacto da cirurgia de Laringectomia Total era uma condição suficientemente traumática para provocar reações psicopatológicas nos pacientes que são submetidos ao procedimento.

Os itens 2,3,e 4 correspondem ao pré-projeto que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

O item Resultados será apresentado na forma de artigos entre os quais 2 deles já estão publicados, um foi aceito para publicação e os últimos dois deles encaminhados para tradução para a língua inglesa e posteriormente serão enviados a outros periódicos.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Atualmente, apesar do grande avanço tecnológico no campo da saúde e do desenvolvimento de técnicas e tratamentos de doenças graves, existem questões que pedem uma maior compreensão. Ainda mais quando está em questão o câncer, uma doença acompanhada de representações negativas e associada, muitas vezes, a uma verdadeira sentença de morte. Isso sem mencionar os dados epidemiológicos, que apontam para uma elevada taxa de incidência em toda a população.

O Câncer da Laringe é responsável por uma incidência de aproximadamente 136.000 novos casos e de 73.500 mortes por ano no mundo, ocorrendo predominantemente no sexo masculino, que representa cerca de 2,7% de todos os casos de câncer e 2,2% dos óbitos por câncer (DIAS E COLS, 2001). No Brasil, o câncer é considerado a segunda causa de morte por doença. E o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta região e 2% de todas as doenças malignas (MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007). Não encontramos dados atualizados sobre a taxa de incidência e mortalidade do Câncer de Laringe, todavia, as últimas estimativas demonstram que a taxa de mortalidade no Brasil atinge cerca de 3,80% dos homens e 0,63% das mulheres. Entre os estados do nordeste, Pernambuco aparece em destaque, apresentando taxa de mortalidade de 1,77%, mantendo-se em décimo colocado na escala nacional. Entre as mulheres, apesar de a incidência ser menor, como demonstra a literatura, os números chegam a 0,24%¹.

No caso dos Cânceres de Cabeça e Pescoço (CCP), entre os diversos tratamentos existentes, o mais recorrente inclui a quimioterapia, radioterapia, cirurgia (VICKERY E COLS., 2003; MOWRY E COLS, 2006) e hormonioterapia (COSTA NETO E ARAÚJO, 2002), associadas ou não, implicando, muitas vezes, em procedimentos agressivos e em um período de cuidados prolongados (LIST E COLS., 2002). Além de alcoolismo e tabagismo serem

¹ Para obter informações detalhadas sobre esse e outros tipos de câncer, consultar o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (1979-1999), disponível no site do Instituto Nacional de Câncer – INCA (www.inca.gov.br/atlas/). Último acesso em: 20/07/2007.

reconhecidos como os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de câncer nessa região (CARVALHO, 2000), a Sociedade Americana de Câncer (ACS, 2005) também alerta para a existência de fatores como o abuso da voz, laringite crônica, hábitos precários de higiene bucal e os fatores ocupacionais como o contato com fibras têxteis, níquel, pó, madeira e asbesto.

Com a enfermidade nessa região a anatomia funcional é bruscamente modificada, impondo grande sofrimento em uma dimensão biopsicossocial, ao seu portador, à sua família (VICKERY E COLS., 2003) e todas as pessoas envolvidas no seu cuidado. Costa Neto e Araújo (2002) também apontam que funções básicas como a respiração, a alimentação e a fala, que são associadas às estruturas utilizadas na interação e na expressão de afetividade e das emoções são alteradas e manifestações de medo, discriminação, isolamento, além de ansiedade e depressão, podem ser reações presentes no decorrer do tratamento ou da convivência com a doença.

Ainda hoje pouco se conhece sobre a adaptação, as estratégias de enfrentamento e a percepção que os pacientes têm do CCP. Sabe-se que a maioria dos pacientes e dos seus cuidadores podem vivenciar dificuldades emocionais e fatores associados à diminuição da sua qualidade de vida (VICKERY E COLS, 2003; RAMÍREZ E COLS.2003; DERK E COLS, 2005). O que se observa é que as demandas são bem diferenciadas e dependem, sobretudo, do contexto social (DERK e COLS, op. cit.).

Botega e Smaira (2006) relatam que em relação às populações atendidas em hospital geral, observa-se freqüentemente tanto a ocorrência de transtornos psiquiátricos, bem como as repercussões emocionais do adoecer e da internação. A concomitância de transtornos orgânicos e mentais evidenciada por diversos estudos apresenta um caráter descritivo e correlacional, fortalecendo a noção de vulnerabilidade e interligando a comorbidade físicas e psíquicas, tornando difícil diferenciar casos que são psiquiátricos ou não, principalmente quando são combinados, além da doença física, sofrimento psíquico, estilo de vida e questões sociais concomitantes.

Para Botega (2006) a maneira de reagir a essa vivência depende de diversos fatores, entre eles, características da personalidade, história pessoal e

familiar de doenças anteriores, crenças, questões sociais, capacidade de tolerar frustrações, estado emocional, vantagens e desvantagens advindas da posição de doente, apoio que possa dispor e a própria natureza da patologia e de seu tratamento. De um modo geral, o impacto do adoecimento parece interromper a continuidade da vida e da referência temporal, nessa perspectiva, torna-se importante que a equipe de saúde possa identificar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares/cuidadores para direcionar o suporte necessário.

A laringe é o órgão responsável pela execução de três importantes funções do corpo humano: deglutição, respiração e fonação. Nessa perspectiva, os pacientes com Câncer de Laringe, mesmo quando submetidos a tratamento, geralmente apresentam comprometimento dessas funções, implicando em alterações significativas na sua qualidade de vida. Com a necessidade da Laringectomia Total (LT), os procedimentos cirúrgicos geralmente são agressivos, podendo causar lesões estéticas irreversíveis (uso do traqueostoma e sonda naso-gástrica, cicatrizes) e que são acompanhadas de perdas funcionais, tais como, comunicação e deglutição, perda do sentido olfativo e impossibilidade de imersão em líquidos (FERNANDES, 1999; LAMPERT & WITTEN, 1999; SANTOS, 2004). Diante disto, a cirurgia desencadeará uma série de readaptações por parte do paciente e da sua família e conseqüente suporte emocional para adaptação à imagem corporal alterada (KATZ, 2003; VICKERY E COLS., 2003).

Como dito por Gonçalves, Menezes e Bertelli (2005), a LT é reconhecida como um tratamento clássico e consiste na retirada total do órgão e implantação de um traqueostoma definitivo na pele para que o paciente possa respirar. Além disso, com a retirada da laringe as pregas vocais (cordas vocais) são excluídas, implicando, também, a perda da voz. Diante disso, a reabilitação da voz dos pacientes Laringectomizados Totais pode ser realizada a partir de três opções: voz esofágica, prótese traqueo-esofágica e laringe eletrônica.

A análise desses métodos leva os autores a indicar a prótese vocal como a que melhor possibilita reabilitação, porém o custo elevado e as trocas necessárias a cada 3 ou 4 meses limitam seu uso. A voz esofágica é uma alternativa praticamente sem custo; no entanto, sua reabilitação requer um

longo trabalho fonoterápico para ensinar o paciente a utilizar essa técnica. Em relação à Laringe eletrônica, nossa experiência tem mostrado que além de manter uma das mãos do paciente sempre ocupada, produz uma voz bastante artificial, robotizada e muito diferente da natural, remarcando a seqüela física e, por vezes, desviando a atenção das pessoas sobre o que está sendo comunicado, deste modo, é comumente percebida como um método de exclusão e indicada somente quando os dois outros métodos falham.

Garriga-Garcia e Cols. (1995), verificaram também que a sociabilidade dos pacientes é alterada de maneira importante e que, quando bem constituídas, as famílias são o refúgio dos enfermos e muitas vezes é esta família que os impulsiona a reabilitar-se fonoaudiologicamente, retomar suas atividades laborais, melhorar a sociabilidade e a auto-estima. Corroborando com esta idéia, Ramírez e Cols (2003) inferem que as informações transmitidas para o paciente podem ajudar toda a equipe a tomar decisões e, a partir das sugestões e preferências dos pacientes, desenvolver melhores estratégias para o tratamento e reabilitação.

Na tentativa de melhor compreender a experiência subjetiva de submeter-se a LT, Barbosa e Cols. (2004) apontam diversas repercussões de ordem psicossocial decorrentes da cirurgia e percebe-se que na maioria dos casos foram evidenciadas atitudes passivas diante do tratamento e posturas passivas frente à vida, que implicaram em desajustamentos e conseqüências limitantes na demanda de readaptações contínuas que nem sempre foram alcançadas. Esses pontos demonstram a importância de se conhecer melhor possíveis reações dos pacientes neste momento que consideramos “de crise”, o qual se estende desde o momento de grande impacto causado pelo diagnóstico até a definição e vivência de adaptações constantes pelo tratamento.

De fato, qualquer paciente que vivencie um tratamento envolvendo cirurgia, quimioterapia e radioterapia fica bastante debilitado tanto físico, quanto emocionalmente. Lotempio e Cols. (2005) relatam que após a LT, além da perda da voz, o paciente depara-se com o desfigurado anatômico devido a traqueostomia, apresenta dificuldades para mastigar e engolir certos alimentos

podendo sentir-se embaraçado em público ou impedido de desenvolver algumas de suas atividades diárias. Complementando, Braz e Cols. (2005) destacam as significativas alterações no olfato e paladar e a tosse que comumente acompanha o paciente no pós-cirúrgico.

Ramírez e Cols (2003) acompanharam, na Espanha, um grupo com 62 pacientes por um período de 36 meses. 55% desses pacientes realizaram a LT e, entre eles, apenas 15% conseguiram retornar ao trabalho. Os outros 45% realizaram modalidades cirúrgicas menos invasivas (laringectomia supraglótica horizontal e vertical) e, nesse grupo, mais de 50% conseguiram retomar suas atividades profissionais.

Além disso, o suporte familiar e um contexto social adequado são ferramentas importantes na melhora da autoconfiança e satisfação do paciente com o tratamento, bem como favorecem a reabilitação vocal e o equilíbrio emocional. Entre os pacientes que realizam o tratamento para o câncer de laringe, cerca de 45% são diagnosticados com depressão e ansiedade, sendo o primeiro mês, um período de ansiedade intensa para pacientes e familiares, tamanha é a incerteza do tratamento e a possibilidade de complicações (RAMÍREZ E COLS, 2003).

Ainda em relação ao suporte familiar, Barbosa e Cols. (2004) identificaram que a retaguarda familiar suportiva apresenta-se como uma variável de extrema importância e favorece o enfrentamento de todo o tratamento. Do mesmo modo, eles observaram que nos pacientes para os quais esta retaguarda não foi oferecida, o enfrentamento e o manejo das dificuldades inerentes à doença, à LT e ao tratamento foram mais penosos.

Diante da interrupção de um cotidiano planejado, do adiamento de projetos e com a vivência de sentimentos de perdas causado pelo adoecimento, anuncia-se a condição de finitude que o diagnóstico de câncer carrega. A esse respeito, parece haver um consenso na literatura e diversos autores (BARBOSA E COLS., 2004; RAMÍREZ E COLS., 2003; AARSTAD E COLS., 2005; BRAZ E COLS., 2005) indicam a importância de se considerar aspectos ligados à ansiedade e depressão desde o momento do diagnóstico

oncológico, principalmente quando o paciente necessita de internação hospitalar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Qualidade de Vida” é um termo que engloba a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, assim como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK E COLS., 2000). Nas palavras de Costa Neto e Araújo (2002), a qualidade de vida é tanto um processo cognitivo quanto emocional/afetivo em constante processo, ou seja: “[...], o bem-ser, o bem-estar, e o bem-viver de cada um regem-se, também, pelo bem-ter, cujo desfrute – tanto quanto o prazer – compõe-se, basicamente, pela experiência de satisfação [...]” (p. 13).

Dado o caráter subjetivo e a dificuldade de delimitação desse conceito, observamos um compartilhamento dessa forma de pensar, na medida em que a literatura consultada destaca aspectos que são associados à percepção de satisfação e bem-estar que o paciente tem da sua rotina envolvendo, pelo menos, os domínios físico, psicológico, social e aos sintomas decorrentes da doença e tratamento (AARONSON E COLS, 1988; LONG E COLS. 1996; COSTA NETO E ARAÚJO, 2002; MORTON & IZZARD, 2003; LEE-PRESTON E COLS., 2004). Sendo assim, avaliar a qualidade de vida em saúde, em especial em tratamentos de enfermidades graves e que deixam alterações estéticas e funcionais, como é o caso das repercussões biopsicossociais da LT, para além de “fazer-saúde”, nos faz refletir sobre o seu caráter ético que envolve a singularidade e a subjetividade inerentes a cada ser humano.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Investigar a ocorrência de reações psicopatológicas em pacientes submetidos à cirurgia de laringectomia total por câncer de laringe.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de reações psicopatológicas em pacientes laringectomizados totais;
- Caracterizar mudanças no cotidiano dos pacientes decorrentes da cirurgia de laringectomia total;
- Compreender como estas mudanças afetam o tratamento dos pacientes laringectomizados totais e suas estratégias de enfrentamento psicológico;
- Identificar aspectos ligados a mudanças na qualidade de vida dos pacientes.

4. MÉTODOS

Considerando-se o objetivo e o seu caráter exploratório, será realizada uma pesquisa quantitativa.

5.1. DESENDO DO ESTUDO

- Analítico de corte transversal

5.2. AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado em 68 indivíduos, tomando por base um erro alfa de 5%, um poder de 80% e admitindo-se uma frequência de ocorrência do evento de 60%. Com um acréscimo de 7 indivíduos (10% da amostra calculada) a fim de prevenir possíveis perdas o tamanho amostral final foi de 75 indivíduos, ambos os sexos e que sejam encaixados nos critérios para inclusão e exclusão.

Dessa forma é recomendado ficar com o mesmo tamanho amostral para o grupo controle, composto por pacientes com câncer de Laringe, que ainda não tenham realizado a cirurgia de laringectomia total.

5.2.1. Critérios para inclusão

- Diagnóstico de Câncer de Laringe;
- Indicação de Realização da cirurgia de Laringectomia Total;
- Pacientes de ambos os sexos;
- Primeira entrevista a ser realizada antes da cirurgia de Laringectomia Total;
- Concordância em participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.2.2. Critérios para exclusão

- Presença de metástases ou recidiva loco-regional;
- Deficiência mental grave, demência ou psicose;

- Deficiência auditiva grave;
- Seqüelas neurológicas de AVC;
- Não compreensão das instruções e dos objetivos do presente estudo;
- Recusa em participar do estudo.

5.3. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

A pesquisa somente terá início após a explicação, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). Será utilizada uma Entrevista Semi-Estruturada (ANEXO 3) para o mapeamento dos dados sócio-demográficos e as escalas:

- **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD):** É uma escala de autopreenchimento, com sete itens para ansiedade e sete itens para depressão. Tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico, quanto para medir a gravidade de ansiedade e depressão. No Brasil, sua versão foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica em pacientes ambulatoriais e sujeitos normais por Botega e cols (1995) (ANEXO 4).
- **Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL).** O questionário é composto por 12 domínios, com escore variando de 0 a 100. O participante pode assinalar em uma questão qual o domínio que considera mais relevante. A qualidade de vida pode ser avaliada em três outras questões separadamente e há também uma questão aberta para considerações do participante. O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Vartanian e Cols (2006) (ANEXO 5).
- **Entrevista Breve para o Diagnóstico de Transtornos Mentais (MINI):** É uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria (AMORIM, 2000) (ANEXO 6).

Em relação às escalas auto-aplicativas (HAD e UW-QOL), os pacientes analfabetos ou que apresentarem dificuldades de leitura e compreensão das questões, serão auxiliados pelo entrevistador. Em relação à entrevista diagnóstica (MINI), esta será necessariamente aplicada pelo entrevistador.

As qualitativos poderão ser analisados a partir das respostas propostas pelo item 17 do protocolo de qualidade de vida (UW-QOL).

5.4. PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

O contato com os pacientes será estabelecido por intermédio do Ambulatório de Psicologia do Hospital do Câncer de Pernambuco e a coleta de dados realizada na própria instituição, onde a abordagem do paciente será realizada pelo pesquisador.

O grupo de pacientes que já realizaram a cirurgia será abordado no mínimo 30 dias após a cirurgia no momento do retorno do paciente ao ambulatório para acompanhamento fonoterápico e psicoterápico de rotina da instituição.

É sabido que o setor de psicologia tem como rotina o acompanhamento dos pacientes que freqüentam o hospital. Mesmo assim, esse não é um fator impeditivo da realização do estudo.

Os dados quantitativos serão tratados com a análise estatística adequada e, em relação aos aspectos qualitativos da pesquisa, decorrentes das perguntas abertas do protocolo de qualidade de vida, Rey (2005) infere que uma das maneiras mais utilizadas na análise e processamento de conteúdos abertos e pouco estruturados é a análise de conteúdo. Esta técnica tem apoio na codificação da informação em categorias para dar sentido ao material colhido. Corroborando com este pensamento, Turato (2003) sugere que o estágio meramente descritivo deverá ser avançado permitindo discussão e inferências a partir dos dados trabalhados. Os dados deverão ser organizados e divididos em categorias e sub-categorias com destaque dos assuntos por relevância e/ou repetição.

Com o objetivo de garantir a fidedignidade dos dados obtidos e um menor esforço físico dos pacientes durante a fase de reabilitação, poderá ser utilizada uma laringe eletrônica nas entrevistas. A laringe eletrônica será adquirida pelo pesquisador e após a finalização da coleta dos dados será doada ao Hospital do Câncer de Pernambuco.

Para validação desta amostra, o **Grupo Controle** será constituído pelo mesmo número de sujeitos da pesquisa e que apesar do diagnóstico de câncer de laringe, não tenham se submetido ainda a laringectomia total, pareado com características sócio-demográficas. Os participantes serão abordados na própria instituição nas consultas prévias a internação para a realização da cirurgia.

5. RESULTADOS

5.1. ARTIGO 1:

Periódico enviado para publicação: *NEUROBIOLOGIA*

Status atual: *Aceito para publicação*

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO CÂNCER DE LARINGE

PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN LARYNGEAL CANCER

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa – Psicólogo Clínico. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. E-mail: Lnfbpsi@uol.com.br

José Waldo Saraiva Câmara Filho – Psiquiatra. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Everton Botelho Sougey – Psiquiatra. Pós-doutor. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

RESUMO:

Objetivo: Esta revisão da literatura objetiva investigar a relação entre o câncer de laringe e os transtornos psiquiátricos. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática nos últimos 10 anos utilizando os termos “Laryngeal Cancer”; “Total Laryngectomy” e “Psychiatric Disorders”; nas bases de dados PubMed e Bireme. **Resultados:** Foram selecionados 62 artigos sobre a temática pesquisada, 15 deles ligados a temática transtornos psiquiátricos e câncer de laringe. Foi verificada a prevalência de transtornos mentais nessa população, principalmente nos pacientes que se submeteram a cirurgia de laringectomia. Nessa população, alcoolismo e depressão foram os transtornos com maior taxa de incidência. **Conclusão:** O tratamento do câncer de laringe traz consequências negativas à vida dos indivíduos acometidos pela doença, ocasionando reações psicológicas e psiquiátricas. Assim, a detecção de morbidades psiquiátricas em um momento inicial pode atenuar a intensidade dos sintomas vivenciados ao longo do tratamento através de ações preventivas

e suporte emocional adequado. Palavras-Chave: câncer de laringe; transtornos psiquiátricos; laringectomia.

ABSTRACT:

Objective: This review aims to investigate the relationship between laryngeal cancer and psychiatric disorders. Methods: We performed a systematic review in the last 10 years using the terms "Laryngeal Cancer," "Total Laryngectomy" and "Psychiatric Disorders" in the database PubMed and BIREME. Results: We selected 62 articles on the subject studied, 15 of them linked to thematic psychiatric disorders and larynx cancer. It was verified the prevalence of mental disorders in this population, especially in patients who have undergone laryngectomy surgery. In this population, alcoholism and depression were the disorders with the highest incidence. Conclusion: The treatment of laryngeal cancer brings negative consequences to the lives of individuals affected by the disease, causing psychological and psychiatric reactions. Thus, detection of psychiatric morbidity in a first moment can mitigate the severity of symptoms experienced during treatment through preventive measures and adequate emotional support. Keywords: laryngeal cancer, psychiatric disorders; laryngectomy.

INTRODUÇÃO:

Apesar do grande avanço tecnológico no campo da saúde e do desenvolvimento de técnicas de tratamentos de doenças graves, existem questões que pedem uma maior compreensão, principalmente as que envolvem a subjetividade humana, seus aspectos psicológicos, culturais e sociais. Ainda mais quando está em questão o câncer, uma doença de elevada taxa de prevalência³⁶ que é acompanhada de representações psicossociais negativas³.

No Brasil, o câncer é considerado a segunda causa de morte por doença. Entre os diferentes tipos, o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta região e 2% de todas as doenças malignas¹². A incidência é de aproximadamente 136.000 novos casos e de 73.500 mortes por ano no mundo, ocorrendo predominantemente no sexo masculino, o que representa cerca de 2,7% de todos os casos de câncer e 2,2% dos óbitos por câncer¹⁴. Não encontramos dados atualizados sobre a taxa de incidência e mortalidade do câncer de laringe no Brasil, todavia, as últimas estimativas demonstram que a taxa de mortalidade no Brasil atingiria cerca de 3,80% dos homens e 0,63% das mulheres. Em 2009, a estimativa foi de 9.320 novos casos¹⁴. Entre os estados do nordeste, Pernambuco aparece em destaque, apresentando taxa de mortalidade de 1,77%, mantendo-se em décimo colocado na escala nacional. Entre as mulheres a incidência é de 0,24%²².

Entre os diversos tratamentos existentes para os cânceres da região de cabeça e pescoço (CCP), o mais recorrente inclui a quimioterapia, radioterapia, cirurgia^{35,24} e hormonioterapia⁹, associadas ou não, procedimentos agressivos que implicam em um período de cuidados prolongados²⁰. Além de alcoolismo e tabagismo serem reconhecidos como os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de câncer nessa região¹³, a Sociedade Americana de Câncer² também alerta para a existência de fatores como o abuso da voz, laringite crônica, hábitos precários de higiene bucal e riscos ocupacionais como o contato com fibras têxteis, níquel, pó, madeira e asbesto.

Ainda hoje pouco se conhece sobre os mecanismos de adaptação, as estratégias de enfrentamento e a percepção que os pacientes têm do CCP. Sabe-se que a maioria dos pacientes e dos seus cuidadores podem vivenciar dificuldades emocionais e fatores associados à diminuição da sua qualidade de vida^{35,26,7,11,3}. Nesse contexto, o que se observa é que as demandas são bem diferenciadas e dependem, sobretudo, do contexto social¹¹.

Nas populações atendidas em hospital geral, observa-se freqüentemente tanto a ocorrência de transtornos psiquiátricos, bem como as repercussões

emocionais do adoecer e da internação. A associação de transtornos orgânicos e mentais apresenta um caráter descritivo e correlacional, fortalecendo a noção de vulnerabilidade e interligando a comorbidades físicas e psíquicas, tornando difícil diferenciar casos que são psiquiátricos ou não, principalmente quando são combinados, além da doença física, sofrimento psíquico, estilo de vida e questões sociais concomitantes⁶.

A maneira de reagir a essa vivência depende de diversos fatores, entre eles, características da personalidade, história pessoal e familiar de doenças anteriores, crenças, capacidade de tolerar frustrações, estado emocional, vantagens e desvantagens advindas da posição de doente, apoio que possa dispor e a própria natureza da patologia e de seu tratamento. Todavia, o impacto do adoecimento parece interromper a continuidade da vida e da referência temporal e, nessa perspectiva, torna-se importante que a equipe de saúde possa identificar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares/cuidadores para direcionar o suporte necessário⁵. Assim, o objetivo deste artigo, é realizar uma revisão da literatura nos últimos 10 anos sobre a relação entre o câncer de laringe e os transtornos psiquiátricos.

MÉTODOS:

Revisão sistemática nos últimos 10 anos utilizando os termos “Laryngeal Cancer”; “Total Laryngectomy” e “Psychiatric Disorders”; nas bases de dados PubMed e Bireme. Foram incluídos os ensaios clínicos controlados, randomizados e estudos comparativos, considerando os idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, foram incluídos outros textos de livros e artigos considerados relevantes para a discussão do tema.

RESULTADOS:

Foram selecionados 62 artigos sobre a temática pesquisada, 15 deles ligados a transtornos psiquiátricos e câncer de laringe. Foram excluídos artigos que, após a leitura do resumo, não atenderam aos critérios de inclusão propostos na metodologia. Optamos por distribuir os resultados em um relato linear que contempla desde as repercussões biopsicossociais do câncer de

laringe e das laringectomias até as morbidades psiquiátricas presentes nessa população, objetivo central desta revisão.

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DA LARINGECTOMIA

Além de muitos tipos de câncer serem resistentes ao tratamento, o diagnóstico tardio contribui ainda mais para a diminuição de sua efetividade, apesar de avanços notáveis nos tratamentos, destacando prioritariamente estratégias para diminuir a recorrência da doença e o cuidado especializado com o paciente, incluindo a investigação e o cuidado com os aspectos ligados a qualidade de vida durante todo o tratamento e nos que sobrevivem a esse³⁶.

A laringe é o órgão responsável pela execução de três importantes funções do corpo humano: deglutição, respiração e fonação. Assim, os pacientes com câncer de laringe, geralmente apresentam comprometimento dessas funções, implicando em alterações significativas na sua qualidade de vida. Com a necessidade da laringectomia total (LT), os procedimentos cirúrgicos geralmente são agressivos, podendo causar lesões estéticas irreversíveis (uso do traqueostoma, sonda naso-gástrica, cicatrizes) e que são acompanhadas de perdas funcionais como comunicação e deglutição, perda do sentido olfativo e impossibilidade de imersão em líquidos¹⁷.

A laringectomia está entre os tipos de cirurgia mais mutilantes e com maiores repercussões psicossociais^{34,17}, implicando em um período de adaptação que envolve paciente e da sua família e conseqüente suporte emocional para adaptação à imagem corporal alterada^{16,35}.

Costa Neto e Araújo⁹ também apontam que funções básicas como a respiração, a alimentação e a fala, que são associadas às estruturas utilizadas na interação e na expressão de afetividade e das emoções são alteradas e, assim, manifestações de medo, discriminação, isolamento, além de ansiedade e depressão, podem ser reações presentes no decorrer do tratamento ou da convivência com a doença.

IMPACTO PSICOSSOCIAL DA LARINGECTOMIA TOTAL

Na tentativa de melhor compreender a experiência subjetiva de submeter-se a LT, Barbosa et al ⁴ apontam diversas repercussões de ordem psicossocial decorrentes da cirurgia percebendo-se na maioria dos casos

atitudes passivas diante do tratamento e posturas passivas frente à vida, que implicaram em desajustamentos e conseqüências limitantes diante da necessidade de readaptações advindas do tratamento. Esses pontos demonstram a importância de se conhecer melhor possíveis reações emocionais e comportamentais dos pacientes neste momento de “crise” que se estende desde o impacto do diagnóstico até a definição e vivência de adaptações constantes provocadas pelo tratamento.

De fato, qualquer paciente que vivencie um tratamento envolvendo cirurgia, quimioterapia e radioterapia fica bastante debilitado tanto física, quanto emocionalmente. Além da perda da voz, o paciente depara-se com a mudança anatômica proporcionada pela traqueostomia com dificuldades para mastigar e engolir certos alimentos podendo sentir-se embaraçado em público ou impedido de desenvolver algumas atividades diárias²¹, com significativas alterações no olfato e paladar e a tosse que comumente acompanha o paciente no pós-cirúrgico^{7, 25}.

Considerando os efeitos mutilatórios e funcionais decorrentes da laringectomia total, a qualidade de vida dos pacientes é diretamente afetada. Juntos, todos esses problemas têm estimulado o desenvolvimento de outros tipos de acompanhamento, incluindo um programa de aconselhamento pré-operatório, principalmente por existir a expectativa de melhora da qualidade de vida após a cirurgia¹⁷.

Cerca de 50% dos pacientes laringectomizados se sentem envergonhados por causa do traqueostoma, resultando no aumento dos escores de ansiedade e depressão em pelo menos um terço deles, destacando a presença de isolamento social¹⁰. Quando se compara a LT com outros tipos de laringectomia, no primeiro procedimento apenas 15% consegue retornar ao trabalho, enquanto nas outras modalidades cirúrgicas cerca de 50% retomam suas atividades²⁶. Ainda surgem problemas de ordem sexual como diminuição da freqüência do ato sexual e da libido o que pode estar sendo influenciado pelos sintomas de depressão presentes³¹.

Diante da interrupção de um cotidiano planejado, do adiamento de projetos e com a vivência de sentimentos de perdas causado pelo

adoecimento, anuncia-se a condição de finitude que o diagnóstico de câncer carrega. A esse respeito, parece haver um consenso na literatura e diversos autores^{1,3,4,7, 26}, indicando a importância de se considerar os aspectos ligados à ansiedade e depressão desde o momento do diagnóstico oncológico, principalmente quando o paciente necessita de internação hospitalar.

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E O CANCER DE LARINGE

De fato, sintomas de depressão e ansiedade foram investigados em diferentes estudos e com diferentes metodologias. A maioria deles utilizou como instrumento principal para o rastreio dos sintomas de ansiedade e depressão a Hospital Anxiety and Depression Scale^{10,15,27,31,33}. Entretanto, a prevalência de transtornos psiquiátricos em laringectomizados, diagnosticada a partir de entrevistas estruturadas foi referenciada em dois estudos. No primeiro, Singer et al³² verificaram que em 189 laringectomizados, a prevalência de transtornos mentais foi de 23%. A maior prevalência sendo o alcoolismo (8%), seguido de depressão maior (8%).

No outro estudo, Bussian et al⁸ compararam a prevalência de transtornos psiquiátricos em 151 pacientes que se submeteram a laringectomia parcial e 218 submetidos a laringectomia total. A prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 17,3% e 22,2%, em cada grupo, respectivamente. Detalhando a frequência dos transtornos, nos pacientes laringectomizados totais foram encontrados: depressão maior (6%), dependência de álcool (6%), distímia (4,8%), transtorno de ajustamento (3,6%), ansiedade generalizada (1,2%) e fobia social (0,6%). Nos pacientes com laringectomia parcial os dados apontaram: transtorno de ajustamento (5,8%), depressão maior (3,6%), distímia (3,6%), ansiedade generalizada (2,9%), transtorno de estresse pós-traumático (0,7%).

O suporte familiar e um contexto social adequado são ferramentas importantes na melhora da autoconfiança e satisfação do paciente com o tratamento, bem como favorecem a reabilitação vocal e o equilíbrio emocional. Entre os pacientes que realizam o tratamento para o câncer de laringe, cerca de 45% são diagnosticados com depressão e ansiedade, sendo o primeiro

mês, um período de ansiedade intensa para pacientes e familiares, tamanha é a incerteza do tratamento e a possibilidade de complicações²⁶.

Assim, uma retaguarda familiar suportiva apresenta-se como uma variável de extrema importância e favorece o enfrentamento de todo o tratamento. Do mesmo modo, nos pacientes para os quais esta retaguarda não foi oferecida, o enfrentamento e o manejo das dificuldades inerentes à doença, à LT e ao tratamento são mais penosos⁴, mostrando que o paciente laringectomizado requer cuidados que vão além do momento da internação e se estende após a alta hospitalar³⁰.

A dependência de álcool e tabaco está presente como um fator que pode contribuir para o desenvolvimento do câncer nessa região, e, além disso, deve ser considerada como um possível complicador depois da cirurgia¹³. A ausência de suporte adequado para a cessação do tabagismo e alcoolismo pode implicar em recaídas após a alta hospitalar e consequentemente, dificuldades na reabilitação global do paciente.

Quando comparados à população em geral, os pacientes com câncer apresentam duas vezes mais incidência de suicídio. Considerando as diferenças anatômicas e os diversos tipos da doença, juntos, os cânceres de pulmão, de estômago e os que se localizam na região de cabeça e pescoço estão entre os que apresentam os índices mais elevados²³.

CONCLUSÃO

O impacto biopsicossocial é inerente a laringectomia e todo o contexto de vida do paciente que se submete a esse tratamento é afetado, incluindo seus cuidadores, familiares e pessoas próximas³. A qualidade de vida é afetada^{7,10,17, 28,29}, e o retorno as funções laborais acontece apenas com a minoria das pessoas submetidas ao procedimento²⁶.

Morbidades psicológicas e psiquiátricas estão presentes, principalmente depressão, transtornos de ansiedade (Misono et al, 2008) e dependência ao álcool. Vale salientar que, além do álcool, a relação com o tabagismo também

é evidente nesta população¹³ e deve ser acompanhada como critério de evitar esse potencial complicador do tratamento e da reabilitação do paciente.

A vivência de tratamento um tratamento com tantas repercussões físicas, repercute diretamente em consequências emocionais. Em relação ao câncer de laringe, mais especificamente considerando as alterações decorrentes da laringectomia total, as seqüelas são mais intensas e envolvem toda uma rede de cuidados que vão desde o diagnóstico, passando pela hospitalização, alta hospitalar, reabilitação e reinserção social. Assim, são necessárias avaliações e intervenções desde o momento do diagnóstico e que envolvem a participação de uma equipe interdisciplinar.

É relevante, portanto, considerar os estudos que mapeiam as reações psicológicas e psiquiátricas nessa população. A detecção de morbidades psiquiátricas em um momento inicial pode atenuar muito da intensidade emocional vivenciada ao longo do tratamento, inclusive favorecendo o ajustamento da equipe para dar o suporte psicológico mais adequado ao bem estar físico e psíquico do paciente, contribuindo para a melhora da sua qualidade de vida geral e, conseqüentemente dos seus cuidadores e familiares.

REFERÊNCIAS:

1. AARSTAD, HANS JORGEN; AARSTAD, ANNE KARI H.; HEIMDAL, JOHN HELGE; OLOFSSON, JAN. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Acta Oto-Laryngológica*. 2005, 125:557-565.
2. AMERICAN CANCER SOCIETY – ACS. What Are the Risk Factors for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer? Revised: 12/16/2005 Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/laryngealandhypopharyngealcancer/index> Acesso em: 08/05/2011.
3. BARBOSA, L.N.F. A condição humana do paciente laringectomizado total: perspectivas para a clínica. *Dissertação de Mestrado*, Universidade Católica de Pernambuco, Pró-Reitoria acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica. 2008. Disponível em:

http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=194. Acesso: 08/05/2011

4. BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; SANTOS, Daniela Achette; AMARAL, Mariana Xavier Ferraz; GONÇALVES, Antônio José; BRUSCATO, Wilze Laura. Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos à Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo. *Rev. SBPH* 2004; 7 (1).
5. BOTEGA, Neury José. Reação à doença e a hospitalização. *In* BOTEGA, Neury José. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. – 2ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006 (p. 49-66).
6. BOTEGA, Neury José; SMARIA, Sumaia Inaty. Morbidade Psiquiátrica no Hospital Geral *In*: BOTEGA, Neury José. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. – 2ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006 (p. 35-48).
7. Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. Clinics (Sao Paulo). 2005;60(2):135-42.
8. Bussian C, Wollbrück D, Danker H, Herrmann E, Thiele A, Dietz A, Schwarz R. Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010 Feb;267(2):261-6.
9. COSTA NETO, Sebastião Benício da; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo. Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Tese de doutorado, 2002.
10. Danker H, Wollbrück D, Singer S, Fuchs M, Brähler E, Meyer A. Social withdrawal after laryngectomy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010;267(4):593-600.
11. DERKS, W., LEEUW, J.R.J., HORDIJK, G. J., WINNUST, J.A.M. Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clin. Otolaryngol.* 2005, 30: 186-192.
12. DIAS FL, KLIGERMAN J, CERVANTES O, TAVARES MR, CARVALHO MB, FREITAS EQ. Diagnóstico e tratamento do Câncer de Laringe. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Projeto Diretrizes. Associação

Médica Brasileira. Disponível em:
http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/021.pdf . Acesso em:
 08/05/2011

13. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, Dal Maso L, Daudt AW, Fabianova E, Fernandez L, Wünsch-Filho V, Franceschi S, Hayes RB, Herrero R, Kelsey K, Koifman S, La Vecchia C, Lazarus P, Levi F, Lence JJ, Mates D, Matos E, Menezes A, McClean MD, Muscat J, Eluf-Neto J, Olshan AF, Purdue M, Rudnai P, Schwartz SM, Smith E, Sturgis EM, Szeszenia-Dabrowska N, Talamini R, Wei Q, Winn DM, Shangina O, Pilarska A, Zhang ZF, Ferro G, Berthiller J, Boffetta P. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Feb;18(2):541-50. Epub 2009 Feb 3.
14. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Tipos de Câncer. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe>
 Acessado em: 08/05/2011
15. Johansson M, Rydén A, Finizia C. Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer - a longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. *BMC Cancer.* 2008 Mar 27;8:80.
16. KATZ, MR; IRISH, JC; DEVINS, GM; RODIN, GM; GULLANE, PJ. Psychosocial Adjustment in Head and Neck Cancer: The Impact of Disfigurement, Gender and Social Support. *Head and Neck*, 2003, 25 (2): 103-112.
17. Keereweer, S; Wilt, J HW; Sewnaik, A; Meeuwis, CA; Tilanus, HW; Kerrebijn, JDF; Early and long-term morbidity after total laryngopharyngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010, 267:1437–1444.
18. LAMPERT, M. H. & WITTEN, C. M. Reabilitação. In: Love, Richard F. Manual de Oncologia Clínica. União Internacional Contra o Câncer. Springer-Verlag – Fundação Oncocentro: São Paulo, 1999. (p. 587-597).
19. LEÓN, X; VENEGAS, M. DEL PRADO; ORÚS, C; Costey, M. DÍEZ, S. QUER, M. Prevalencia en el consumo de tabaco y alcohol tras tratamiento en pacientes con carcinomas de cabeza y cuello: un estudio transversal. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002, 53: 764-770.

20. LIST, M. A.; RUTHERFORD, J. L.; STACKS, J.; HARAF, D.; KIES, M. S.; VOKES, E. E. An Exploration of the Pretreatment Coping Strategies of Patients with Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer. American Cancer Society*, 2002, 1 (95): 98-104.
21. LOTEMPIO, MARIA M.; WANG, KEVIN, H.; SADEGHI, AHMED; DELACURE, MARK D.; JUILLARD, GUY F.; WANG, MARILENE B. Comparison of quality outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2005, 132 (6): 948-953.
22. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (1979-1999). Disponível em: www.inca.gov.br/atlas/ Acessado em: 08/05/2011.
23. Misono, S; Weiss, NS; Fann, JR; Redman, M; Yueh, B. Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 2008, 26(29): 4731-4738.
24. MOWRY, SARAH E.; LOTEMPIO, MARIA M.; SADEGHI, AHMAD; WANG, KEVIN H.; WANG, MARILENE B. Quality life outcomes in laryngeal and oropharyngeal cancer patients after chemoradiation. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2006, 135: 565-570.
25. Nalbadian M, Nikolaou A, Nikolaidis V, Petridis D, Themelis C, Daniilidis I. Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001, 258(7):336-40.
26. RAMÍREZ, Maria José Ferrer; FERRIOL, Enrique Estellés; DOMÉNECH, Fernando Guallard; LLATAS, Marina Carrasco; SUÁREZ-VARELA, María Moralez; MARTÍNEZ, Ramón López. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal câncer. *Otolaryngol Haed and Neck Surg*. 2003, 129: 92-7.
27. Risberg-Berlin B, Rydén A, Möller RY, Finizia C. Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. BMC Ear Nose Throat Disord. 2009 Jul 29;9:8.
28. Rzewnicki J, Jackiewicz M, Biszewska J, Bułatewicz A, Wierzba U, Rzewnicka M.[Quality of life for patients with laryngeal cancer]. Pol Merkur Lekarski. 2005 Sep;19(111):353-5.

29. Rzewnicki J, Jackiewicz M. [The quality of life after the surgery of laryngeal or hypopharynx neoplasms]. Pol Merkur Lekarski. 2009 Jan;26(151):40-2.
30. SILVA, Amanda Cruz da; ABRAHAO, Viviam; RUDNICKI, Tânia. A inter-relação entre qualidade de vida e adequação social em laringectomizados. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, 2009, 12(1).
31. Singer S, Danker H, Dietz A, Kienast U, Pabst F, Meister EF, Oeken J, Thiele A, Schwarz R. Sexual problems after total or partial laryngectomy. Laryngoscope. 2008 Dec;118(12):2218-24.
32. Singer S, Herrmann E, Welzel C, Klemm E, Heim M, Schwarz R. Comorbid mental disorders in laryngectomees. Onkologie. 2005 Dec;28(12):631-6.
33. Siupsinskiene N, Vaitkus S, Grebliauskaite M, Engelmanaite L, Sumskiene J. Quality of life and voice in patients treated for early laryngeal cancer. Medicina (Kaunas). 2008;44(4):288-95.
34. Strojan, P; Zwitter. M. Mental disorders after laryngectomy. Onkologie. 2005 Dec;28(12):617-8.
35. VICKERY, LINDSAY E.; LATCHFORD, GARY; HEWINSON, JENNY; BELLEW, MAGGIE; FEBER, TRICIA. The impact of head and neck cancer and facial desfigurement on the quality of life of patients and their partners. Head & Neck. 2003, April: 289-295.
36. Winer, E; Gralow, J; Diller, L; Karlan, B; Loehrer, P; Pierce, L; Demetri, G; Ganz, P; Kramer, B; Kris, M; Markmam, M; Mayer, R; Pfister, D; Raghavan, D; Ramsey, S; Reamen, G; Sandler, H; Sawaya, R; Schuchter, L; Sweettenham, J; Vahdat, L; Schilsky, L. Clinical Cancer Advances 2008: Major Research Advances in Cancer Treatment, Prevention, and Screening—A Report From the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2009, 27(5):812-826.
37. World Health Organization – WHO. Cancer. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>. Acesso em: 07/06/2011

5.2. ARTIGO 2

Publicado na Revista da SBPH. 14(2): 99-111, 2011

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E CÂNCER: REVISÃO DA LITERATURA

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹; José Waldo Saraiva Câmara-Filho¹; Nathália Carvalho Milet¹; Maria Cláudia da Cruz Pires¹; Conceição Pereira Sougey¹; Amanda Patrícia Sales²; Everton Botelho Sougey³

¹Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Membro do Grupo de Pesquisa em Trauma. ²Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Membro do Grupo de Pesquisa em Trauma; ³Psiquiatra. Pós-Doutor pela Universidade Livre de Bruxelas. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

RESUMO:

Objetivo: O objetivo desta revisão é investigar a relação entre o câncer e o TEPT, uma doença de elevada prevalência em todo e com sequelas físicas e emocionais. **Método:** Pesquisa no banco de dados PubMed, utilizando os termos “Cancer”, “Pos Traumatic Stress Disorder” e “PTSD” no período de janeiro de 2000 até abril de 2011. **Resultados:** Parece haver uma estreita relação entre a ameaça causada pelo diagnóstico do câncer e o desenvolvimento do TEPT. O câncer traz reações negativas em todo o tratamento em pacientes, familiares e cuidadores e a prevalência do TEPT nessa população varia de 4% a 9,1% para o seu diagnóstico completo, podendo chegar a 39% com a presença de critérios parciais. O suporte emocional individual ou em grupo surge como fator importante na redução dos sintomas do TEPT. Nesse contexto, o desenvolvimento de medidas para o TEPT em pacientes com câncer ainda merece ser explorado em outras pesquisas, principalmente nas que se adequem ao contexto brasileiro. **Conclusão:** O diagnóstico do câncer é comumente associado a uma

experiência traumática e pode desencadear sintomas do TEPT. A detecção precoce do diagnóstico do TEPT em pacientes com câncer, seus familiares e cuidadores pode ser um fator contribuinte para a diminuição da sintomatologia e melhora da qualidade de vida. Assim, parâmetros e medidas específicas para essa população em relação ao TEPT podem ajudar a desenvolver avaliações e intervenções educativas e psicológicas adequadas.

Palavras-Chave: Câncer; TEPT; Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT:

Objective: The objective of this review is to investigate the relationship between cancer and PTSD, a disease of high prevalence in all and with physical and emotional sequelae. **Method:** Research on the database PubMed using the terms "Cancer", "Post Traumatic Stress Disorder" and "PTSD" from January 2000 until April 2011. **Results:** There seems to be a close relationship between the threat caused by the cancer diagnosis and the development of PTSD. Cancer brings negative reactions throughout the treatment on patients, caregivers and familiars, and the prevalence of PTSD ranges from 4% to 9.1% for the full diagnosis, reaching 39% in the presence of partial criteria. The emotional support individual or group emerges as an important factor in reducing the symptoms of PTSD. In this context, the development of measures for PTSD in cancer patients still deserves to be explored in further research, especially in that fit the Brazilian context. **Conclusion:** The diagnosis of cancer is commonly associated with a traumatic experience and can trigger symptoms of PTSD. Early detection of diagnosis of PTSD in cancer patients, their families and caregivers can be a contributing factor in reducing symptoms and improving quality of life. Thus, parameters and specific measures for this population in relation to PTSD can help develop assessments and educational interventions and psychological measures.

Key-words Cancer; PTSD, Early Diagnosis.

INTRODUÇÃO:

A definição de trauma está relacionada a situações essencialmente violentas como acidentes naturais, automobilísticos, assaltos, seqüestro, estupro e outros crimes violentos que são vivenciados, testemunhados ou confrontados pelo indivíduo. São situações em que houve ameaça a vida ou a integridade física de si próprio ou de pessoas a ele afetivamente ligadas (CAMARA FILHO e SOUGEY, 2001).

Nessa perspectiva, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é compreendido como uma perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao indivíduo ou quando este é testemunha do fato. O principal sintoma do transtorno é recordar as imagens do evento, na medida em que a recordação se traduz em reviver o evento com toda a intensidade do sofrimento causado, com medo intenso, sensação de impotência ou horror, que repercutem em alterações neurofisiológicas e mentais. Vale destacar que essas reações devem ser presentes por mais de um mês (DSM-IV-TR, 2002).

Revisando a literatura, fica evidente que nos últimos anos houve um avanço nas pesquisas envolvendo o TEPT, pois se trata de um transtorno que afeta significativamente a vida das pessoas, com repercussões somáticas e psicológicas, com dano na qualidade de vida e podendo, inclusive, incapacitar os indivíduos de desenvolverem suas atividades sociais e laborais. Dessa forma, importa identificar com clareza e objetividade a possível relação entre a situação desencadeante do sofrimento emocional e suas repercussões psicossociais que impactam e paralisam a vida das pessoas.

Nesse sentido, quando se considera o estigma social negativo do câncer, representado em muitos casos como uma doença atrelada a uma verdadeira sentença de morte. Além disso, como ressalta a *World Health Organization* – WHO (2011), os dados estatísticos de morte por câncer no mundo estão aumentando e estima-se que em 2030 a doença corresponderá a 12 milhões de mortes em todo o mundo. Assim, o objetivo desta revisão é investigar a relação entre o câncer e o TEPT.

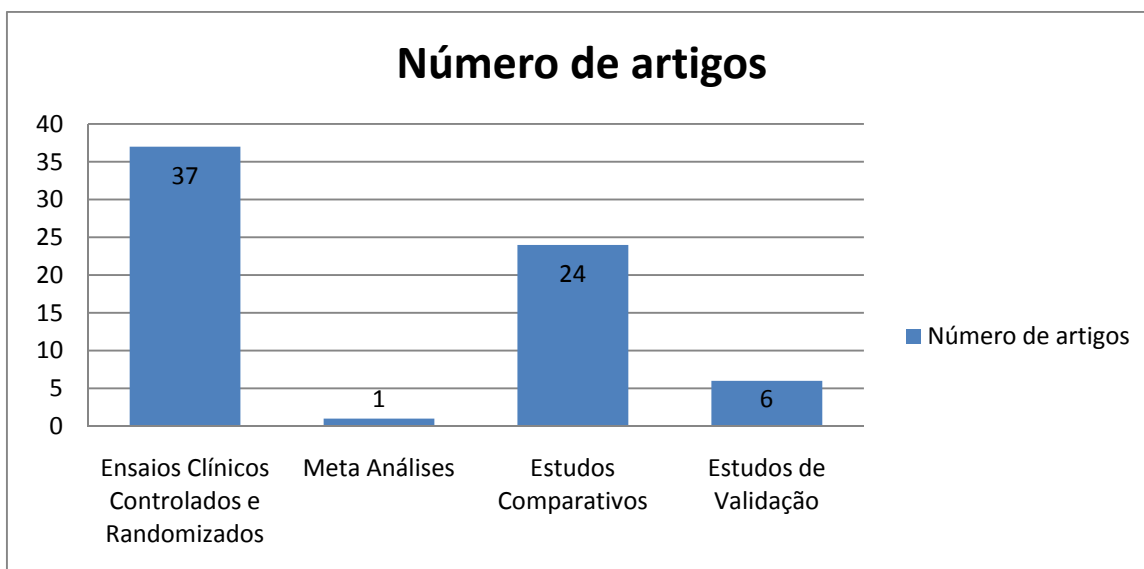
METODOLOGIA:

Este artigo foi elaborado através de uma pesquisa no banco de dados PubMed, utilizando os termos “Cancer”, “Pos Traumatic Stress Disorder” e “PTSD” no período de janeiro de 2000 até abril de 2011. Foram incluídos na pesquisa ensaios clínicos controlados e randomizados, meta análises, estudos comparativos e estudos de validação, em adultos jovens a partir dos 19 anos. Foram excluídos artigos publicados em outras línguas além do português, do inglês, do espanhol e estudos em população infantil e de adolescentes até os 18 anos. Livros e outros artigos citados no artigo foram incluídos por serem considerados relevantes.

RESULTADOS:

Foram encontrados 312 artigos na literatura que envolvia os termos propostos pela pesquisa. Após a restrição dos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 68 artigos que abordavam a temática, conforme descrição da Tabela 1:

Tabela 1. Número de artigos e tipos de estudo sobre a temática pesquisada



Câncer e TEPT

O trauma psicológico é comumente associado a doenças físicas. Investigando 680 pacientes que receberam o diagnóstico de diferentes doenças, o TEPT apareceu associado ao diagnóstico de artrite em homens e doenças digestivas e câncer em mulheres (Norman e cols, 2006). Assim como no diagnóstico de mulheres com câncer de mama (Levine, Eckhardt e Targ, 2005; Amir e Ramati, 2002), em pacientes com câncer avançado ocorre uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos em relação à população em geral (Kadan Lottic e cols, 2005).

Vinte anos após o tratamento, o impacto do câncer de mama é mínimo, entretanto, em pacientes com sintomas de TEPT em resposta ao diagnóstico do câncer é indicador de sequelas psicológicas ao longo do tratamento (Kornblith e cols, 2003). Entretanto, esse resultado pode apresentar variações em relação ao diagnóstico do TEPT. Um estudo em mulheres com câncer de mama, detectou uma baixa prevalência de TEPT (4%). Em contra partida, 41% reportaram intenso medo, desesperança ou horror e 38% estresse (Palmer e cols, 2004).

Pacientes que sobreviveram ao tratamento de leucemia, linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin apresentam um risco significativo de apresentar sintomas somáticos e de depressão. Nesses casos, a quimioterapia intensiva parece aumentar os riscos (Zebrack e cols, 2002). Em uma amostra de 886 pacientes que sobreviveram ao diagnóstico de linfoma não-Hodgkin, a prevalência do diagnóstico de TEPT foi de 8% e 9,1% apresentaram critérios para diagnóstico parcial do transtorno. Além disso, a prevalência foi evidente em 39% da amostra completa quando considerados o impacto do diagnóstico e do tratamento (Smith, Zimmerman, Williams, Preisser e Clipp, 2008). Em outro estudo com sobreviventes ao tratamento de linfoma, 32% dos participantes apresentaram critérios para diagnóstico do TEPT ou sintomas parciais deste (Geffen e cols, 2003).

Mesmo sem o diagnóstico comprovado, mulheres que apresentam histórico familiar de câncer de mama, apresentam um alto risco de desenvolver estressores e sintomas de TEPT (Hamann e cols, 2005). Do mesmo modo, crianças que perderam um parente por câncer, apresentam mais sintomas de

TEPT em relação a crianças que tiveram câncer (Stoppelbein, Greening e Elkin, 2006).

Câncer e TEPT em Parentes e Cuidadores

O diagnóstico de câncer também afeta parentes de primeiro grau, principalmente pais de crianças que receberam este diagnóstico. Mães de crianças com diagnóstico de câncer entre 2 e 16 semanas, sendo casadas ou não, apresentaram afetividade negativa, sintomas de depressão e baixa habilidade de resolver problemas (Iobst e cols, 2009). Os sintomas podem variar de acordo com o tempo do diagnóstico, entretanto, mais de 12% dos pais com filhos diagnosticados com câncer há menos de 5 anos apresentam pensamentos intrusivos, sintomas de evitação e excitação na mesma quantidade ou mais do que em pacientes com diagnóstico de TEPT. Além disso, a partir de 2,5 anos do diagnóstico, pode se observar uma maior incidência de ansiedade e depressão (Norberg e Boman, 2008).

Em mães de crianças que sobreviveram ao câncer e que apresentaram diagnóstico de TEPT, apresentaram desregulação neuroendócrina similar a que é encontrada em pacientes com TEPT associado com outros tipos de trauma (Glover e Poland, 2002). Outros achados apontam que o nível de ansiedade dos pais é comparável ao de pessoas hospitalizadas com transtornos de ansiedade. Assim, fica evidente a relação do nível de ansiedade com o TEPT (Santacroce, 2002).

Além disso, cuidadores não familiares de pacientes com câncer avançado, também podem apresentar 7,9 vezes maior probabilidade de apresentar critérios para algum diagnóstico psiquiátrico. Em pacientes com transtorno de pânico houve associação de diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Generalizada e do TEPT nos cuidadores (Bambauer e cols, 2006).

Possibilidades Psicoterapêuticas

Um grupo de pacientes com diagnóstico de câncer apresentou redução de sintomas intrusivos e implementação de sensação de bem-estar quando

submetidos a um treino de conscientização e percepção do estresse (Bränström, Kvillemo, Brandberg e Moskowitz, 2010).

A terapia em grupo, também produz efeitos positivos aliados ao suporte emocional, como por exemplo em pacientes com câncer de mama (Lane e Viney, 2005; Levine, Eckhardt e Targ, 2005) Em mulheres que se submeterem ao suporte emocional por 12 semanas sintomas de evitação, pensamentos intrusivos e excitação, comuns no TEPT foram reduzidos significativamente em cerca de 80% das participantes (Levine, Eckhardt e Targ, 2005). Em relação ao câncer de próstata (Steginga e cols, 2005), foi observado além da satisfação emocional com o suporte, diminuição da dor e melhora da qualidade de vida.

Outras abordagens como o suporte on-line via internet por 12 semanas reduziu os escores de depressão na percepção dos participantes e do trauma relacionado ao diagnóstico do câncer de mama em 72 mulheres (Winzelberg e cols, 2003). A redução significativa nos sintomas de TEPT e do estresse negativo em um grupo de 89 pacientes submetidos a transplante de células tronco que recebeu suporte breve de 10 sessões individuais por telefone, incluindo o *follow up* com 7, 9 e 12 meses (DuHamel e cols, 2010).

O único estudo desse porte que se enquadrrou nos critérios da pesquisa demonstrou claramente que apesar do crescente interesse sobre aspectos que envolvem o TEPT e sua sintomatologia, ainda existem lacunas quando se pensa na sua articulação com o diagnóstico do câncer na população em geral. Esse fato pode estar relacionado aos diferentes teorias que envolvem o TEPT e o tipo de câncer como evento traumático (Bruce, 2006), sugerindo, desse modo, futuras investigações.

Medidas do TEPT em Pacientes com Câncer

O desenvolvimento de medidas de TEPT em pacientes oncológicos torna-se relevante tanto para facilitar o diagnóstico quanto para implementar o tratamento. Foram encontrados 5 artigos que retratavam estudos de validação de instrumentos voltados a população com cancer. O *Brief Cancer-Related Worry Inventory (BCWI)* contendo 15 itens voltados a exploração de preocupações relacionadas ao câncer com a proposta de diferenciar de

sintomas de ansiedade, depressão e TEPT (Hirai e cols, 2008). Uma versão francesa para o *Brief Pain Inventory (BPI)* para veteranos com TEPT (Poundja e cols, 2007).

Um estudo para verificar a validade do *Self-Reported Stress-Related Growth (SRG)*, detectou uma baixa consistência e indicando outras pesquisas com o instrumento (Frasier e Kaler, 2006), por isso ele não será detalhado nesse estudo. o *University of California at Los Angeles Post Traumatic Stress Disorder Index (PTSDI)* também foi relatado como medida para investigar o TEPT em adultos jovens sobreviventes de câncer na infância, foi utilizado (Lee e Santacrose, 2006).

Um questionário de avaliação investigação de crenças relacionadas ao câncer nos pais foi encontrado, o *Family Illness Beliefs Inventory (FIBI)*. Com 41 itens, avalia 5 grandes fatores: sofrimento relacionado ao tratamento, morte e devastação, competência do cuidador, conexão e descobertas importantes (Kazac e cols, 2004) e o *PTSD Checklist* foi destacado como o questionário de medida mais utilizado e sua validade foi testada em pacientes sobreviventes de câncer (DuHamel e cols, 2004).

DISCUSSÃO:

Parece haver uma estreita relação entre a ameaça causada pelo diagnóstico do cancer e o desenvolvimento do TEPT. Além do diagnóstico da doença, a especificidade do cancer e as variações do tratamento parecem interferir no diagnóstico de desordens emocionais, principalmente em relação ao TEPT (Amir e Ramati, 2002; Kadan Lottic e cols, 2005; Levine, Eckhardt e Targ, 2005; Norman e cols, 2006). Entretanto, os estudos são apresentados com metodologias diferentes, o que dificulta a relação entre os artigos.

Na revisão percebe-se uma demanda maior de estudos relacionados ao câncer de mama, deixando outros tipos da doença sem possibilidade de discussão. Entretanto, o câncer traz reações emocionais devastadoras ao longo de todo o tratamento (Kornblith e cols, 2003) não somente nos pacientes, mas também em familiares e cuidadores (Iobst e cols, 2009).

O diagnóstico de câncer como preditor do diagnóstico do TEPT, apresenta uma prevalência que varia de 4% a 9,1%, podendo chegar a 39% quando destaca-se a prevalência de sintomas do TEPT que, não necessariamente preenchem todos os critérios para o diagnóstico completo (Smith, Zimmerman, Williams, Preisser e Clipp, 2008) conforme estabelecido pelo DSM-IV-TR.

Muito embora o diagnóstico do câncer possa desencadear o diagnóstico de TEPT em pelo menos 12% dos cuidadores (Norberg e Boman, 2008), estes podem apresentar um maior risco para desenvolver outras desordens emocionais.

A terapia cognitivo comportamental individual ou em grupo aparece em destaque no suporte emocional a estes pacientes (Bränström, Kvillemo, Brandberg e Moskowitz, 2010) bem como, outras modalidades de suporte emocional a distância, seja online via internet (Winzelberg e cols, 2003) ou por telefone apresentam efetividade na redução dos sintomas (DuHamel e cols, 2010).

O desenvolvimento de medidas para o TEPT em pacientes com câncer ainda merece ser explorado em outras pesquisas. Os artigos encontrados demonstraram que ainda existem inconsistências em instrumentos e não foram encontrados artigos que relacionassem tais instrumentos a população brasileira.

CONCLUSÃO:

O diagnóstico do câncer é comumente associado a uma experiência traumática e comumente pode desencadear sintomas do TEPT, principalmente a reexperiência, pensamentos intrusivos e sintomas de evitação.

Observamos a predominância de estudos em pacientes com câncer de mama, entretanto com diferentes metodologias que interferem em uma melhor discussão dos resultados. Além disso, é de extrema importância que estudos relacionando o TEPT a outros tipos de câncer possam ser realizados.

A detecção precoce do diagnóstico do TEPT em pacientes, familiares e cuidadores pode ser um fator contribuinte para a diminuição da sintomatologia e melhora da qualidade de vida da população em geral.

Ainda em relação ao diagnóstico precoce, este pode proporcionar suporte emocional adequado, gerando, inclusive, menos custos aos serviços de atenção à saúde ou demandas inadequadas à equipe de saúde. Nesse sentido, parâmetros e medidas específicas para essa população em relação ao TEPT podem ajudar a desenvolver avaliações e intervenções educativas e psicológicas adequadas a adaptação e enfrentamento de todo o tratamento, diminuindo a intensidade do sofrimento causado pela doença.

REFERENCIAS:

Amir M, Ramati A. (2002) Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord.* 16(2):195-206.

ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica Americana (APA). (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. – Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.

Bambauer KZ, Zhang B, Maciejewski PK, Sahay N, Pirl WF, Block SD, Prigerson HG. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 41(10):819-24.

Bränström R, Kvillemo P, Brandberg Y, Moskowitz JT. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients--a randomized study. *Ann Behav Med.* 39(2):151-61.

Bruce, M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clin Psychol Rev.* 26(3):233-56.

Câmara Filho, JWS.; Sougey, EB. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 23(4):221-8.

DuHamel KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, Austin J, Greene PB, Lawsin CR, Rusiewicz A, Grosskreutz CL, Isola L, Moskowitz CH, Papadopoulos EB, Rowley S, Scigliano E, Burkhalter JE, Hurley KE, Bollinger AR, Redd WH. (2010). Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol.* 10;28(23):3754-61.

DuHamel KN, Ostrof J, Ashman T, Winkel G, Mundy EA, Keane TM, Morasco BJ, Vickberg SM, Hurley K, Burkhalter J, Chhabra R, Scigliano E, Papadopoulos E, Moskowitz C, Redd W. (2004). Construct validity of the posttraumatic stress disorder checklist in cancer survivors: analyses based on two samples. *Psychol Assess.* 16(3):255-66.

Frazier PA, Kaler ME. (2006). Assessing the validity of self-reported stress-related growth. *J Consult Clin Psychol.* 74(5):859-69.

Geffen DB, Blaustein A, Amir MC, Cohen Y. (2003). Post-traumatic stress disorder and quality of life in long-term survivors of Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma in Israel. *Leuk Lymphoma.* 44(11):1925-9.

Glover DA, Poland RE. (2002). Urinary cortisol and catecholamines in mothers of child cancer survivors with and without PTSD. *Psychoneuroendocrinology.* 27(7):805-19.

Hamann HA, Somers TJ, Smith AW, Inslicht SS, Baum A. (2005). Posttraumatic stress associated with cancer history and BRCA1/2 genetic testing. *Psychosom Med.* 67(5):766-72.

Hirai K, Shiozaki M, Motooka H, Arai H, Koyama A, Inui H, Uchitomi Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a Brief Cancer-Related Worry Inventory. *Psychooncology.* 17(12):1172-9.

Iobst EA, Alderfer MA, Sahler OJ, Askins MA, Fairclough DL, Katz ER, Butler RW, Dolgin MJ, Noll RB. (2009). Problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent households. *J Pediatr Psychol.* 34(8):817-21.

Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*. 15;104(12):2872-81.

Kazak AE, McClure KS, Alderfer MA, Hwang WT, Crump TA, Le LT, Deatrick J, Simms S, Rourke MT. (2004). Cancer-related parental beliefs: the Family Illness Beliefs Inventory (FIBI). *J Pediatr Psychol*. 29(7):531-42.

Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S, Mertz M, Payne D, Jane Massie M, Holland JF, Wingate P, Norton L, Holland JC. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*. 15;98(4):679-89.

Lane LG, Viney LL. (2005). The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol*. 73(2):284-92.

Lee YL, Santacroce SJ. (2007). Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 44(8):1406-17.

Levine EG, Eckhardt J, Targ E. (2005). Change in post-traumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psychooncology*. 14(8):618-35.

Norberg AL, Boman KK. (2008). Parent distress in childhood cancer: a comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncol*. 47(2):267-274.

Norman SB, Means-Christensen AJ, Craske MG, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Stein MB. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *J Trauma Stress*. 19(4): 461-70.

Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, DeMichele A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosom Med*.;66(2):258-64.

Poundja J, Fikretoglu D, Guay S, Brunet A. (2007). Validation of the French version of the brief pain inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *J Pain Symptom Manage*. 33(6):720-6.

- Santacroce S. (2002). Uncertainty, anxiety, and symptoms of posttraumatic stress in parents of children recently diagnosed with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs.* 19(3):104-11.
- Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Preisser JS, Clipp EC. (2008). Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin's lymphoma survivors. *J Clin Oncol.* 20;26(6):934-41.
- Steginga SK, Pinnock C, Gardner M, Gardiner RA, Dunn J. (2005). Evaluating peer support for prostate cancer: the Prostate Cancer Peer Support Inventory. *BJU Int.* 95(1):46-50.
- Stoppelbein LA, Greening L, Elkin TD. (2005). Risk of posttraumatic stress symptoms: a comparison of child survivors of pediatric cancer and parental bereavement. *J Pediatr Psychol.* 31(4):367-76.
- World Health Organization – WHO. (2011). **Cancer.** Disponível Em: <http://www.who.int/cancer/en/index.html> Acesso em: 07/05/2011.
- Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, Dev P, Taylor CB. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer.* 1;97(5):1164-73.
- Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J, Mertens AC, Odom L, Berkow R, Robison LL. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics.* 110(1 Pt 1):42-52.

5.3. ARTIGO 3

Publicado Revista da SBPH. 14 (1): 18-40, 2011

Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe

Evaluation of the Impact in Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients

Mariana Arroxelas Galvão de Lima (Estudante de Medicina. Bolsista PIBIC/CNPq); **Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa** (Psicólogo Clínico e Hospitalar. Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco); **Everton Botelho Sougey** (Psiquiatra. Mestrado em Psiquiatria Université de Paris V (Rene Descartes) Doutor em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas. Pós Doutor pela Universidade Livre de Bruxelas. Coordenador do Programa de Pós graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe e indicação de laringectomia total como principal tratamento, considerando mudanças decorrentes do adoecimento e de intervenções terapêuticas empregadas. Utilizou-se um questionário sócio demográfico e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL). Foram entrevistados 19 pacientes, com idade média foi de 60 anos e 89,5% do sexo masculino. Foi encontrado um escore composto médio de 50,8. Os domínios que obtiveram pior pontuação média foram a ansiedade, a fala e o humor. De uma maneira geral, a qualidade de vida dos pacientes estudados é prejudicada pelo câncer, por tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total, pois 47,4% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida geral como ruim ou muito ruim. **Palavras-Chave:** Qualidade de vida; Câncer; Laringectomia.

ABSTRACT:

The objective of this research is to evaluate the quality of life of patients with laryngeal cancer and indication of total laryngectomy as primary treatment, whereas changes caused by the disease and therapeutic interventions employed. We used a demographic questionnaire and Evaluation Questionnaire for Quality of Life at the University of Washington (UW-QOL). We interviewed 19 patients, mean age was 60 years and 89.5% male. It was found an average composite score of 50.8. The areas that were worst average scores were anxiety, speech and mood. In general, the quality of life of patients is impaired by cancer treatments performed by past and by the expectation of the realization of total laryngectomy, because 47.4% of patients considered their overall quality of life as poor or very poor. **Keywords:** Quality of life; Cancer; Laryngectomy.

INTRODUÇÃO

O câncer representa uma das principais causas de morte em todo o mundo, e em 2008 estimou-se que haveria cerca de 12 milhões de novos casos da doença (IARC, 2008). No Brasil, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida em 2007, e estima-se que ocorrerão 489.270 casos novos de câncer no ano de 2010 (INCA, 2009).

O câncer de laringe, apesar de representar apenas 2% de todas as neoplasias no Brasil, corresponde a cerca de 25% das neoplasias malignas de cabeça e pescoço. É um tumor mais comum no sexo masculino, com uma proporção de incidência entre homens e mulheres próxima de 7:1 (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2005). A grande maioria dos cânceres de laringe são carcinomas epidermóides, de variados graus de diferenciação histológica, e sua etiologia está intimamente associada ao fumo e à ingestão de bebidas alcoólicas – o consumo crônico dessas duas substâncias aumenta de forma independente, e de maneira dose-dependente, o risco relativo de câncer de laringe, e ainda, mais do que um efeito aditivo, essas substâncias produzem um efeito sinérgico quando combinadas (Conduas do INCA/MS, 2001; Wunsch Filho, 2004; Sartor e cols., 2007).

Em 2002, por exemplo, o câncer de laringe correspondeu a 23% das neoplasias malignas associadas à ingestão alcoólica em todo o mundo (Boffeta, Hashibe, La Vecchia, Zatonski & Rehn, 2006). Além disso, um estudo mostrou, através do cálculo de risco atribuível, que a eliminação total do tabagismo levaria à prevenção de 86% do câncer de laringe (Menezes e cols., 2001).

A laringe é dividida em três regiões: a supraglote, a glote, que compreende as pregas vocais e as comissuras anterior e posterior, e a infraglote. Tumores infragloticos são muito raros, sendo que 2/3 dos tumores ocorrem na glote e 1/3 na supraglote (Conduas do INCA/MS, 2001). Os carcinomas de laringe glóticos geralmente são diagnosticados em estágios mais precoces, visto que, mesmo uma pequena lesão, se situada na glote, onde se localizam as pregas vocais verdadeiras, provoca rouquidão, o principal sintoma nesses casos. Em casos mais avançados, são mais comuns a “dor de garganta”, sensação de “globus”, disfagia e a dispneia (Raitiola & Pukander, 2000).

De modo geral, as opções terapêuticas existentes para o câncer de laringe são a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, que podem ser combinadas ou não, a depender do estadiamento do tumor, sua localização, e da condição clínica e social do paciente (Conduas do INCA/MS, 2001). Dentre os possíveis tratamentos cirúrgicos, destaca-se a laringectomia total, geralmente associada à radioterapia, indicada nos estágios III e IV da doença. Certamente, nenhuma dessas modalidades terapêuticas é isenta de efeitos colaterais ou de potenciais impactos na vida dos pacientes, entretanto, evidencia-se que os pacientes submetidos à laringectomia total desenvolvem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas importantes (Nalbadian e cols., 2001).

Esta decorrência deste tipo de cirurgia ocorre a perda do aparelho fonador, a desconexão permanente das vias aéreas superiores e inferiores, e o estabelecimento de um traqueostoma definitivo, que se torna a comunicação do aparelho respiratório com o meio externo. Esta condição traz como conseqüências, por exemplo, a perda da fala e prejuízos ao olfato e ao paladar

devido à cessação do fluxo aéreo através do nariz (Risberg-Berlin, Rydén, Möller & Finizia, 2009).

Outras funções como a mastigação, a deglutição, a respiração e a aparência são frequentemente alteradas antes - pelo câncer - e após a cirurgia, além da ocorrência não rara de dor crônica e de distúrbios psicológicos e emocionais, que acarretam um importante impacto psicossocial e na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares (List e cols., 1996; Terrel, Fisher & Wolf, 1998; De Boer, McCormick, Pruyn, Ryckman & Van den Borne, 1999; Nalbadian e cols., 2001; Vickery, Latchford, Hewison, Bellew, & Feber, 2003; Braz, Ribas, Dedivitis, Nishimoto, & Barros, 2005; Vartanian e cols., 2006). A isso se somam as consequências psicossociais e emocionais comuns a todos os pacientes oncológicos, como a estigmatização do câncer como doença incurável e o medo e a ansiedade inerentes à condição de portador de uma doença potencialmente fatal e cujo tratamento é comumente fonte de sofrimento.

A Organização Mundial da Saúde (WHO/OMS) – Quality of Life Group (WHOQOL) definiu, em 1993, Qualidade de Vida como “uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo” (World Health Organization, 1993). É um conceito multidimensional e subjetivo e, portanto, envolve não apenas o estado de saúde do indivíduo ou o sucesso de um tratamento, mas também a vida pessoal como um todo. É também dinâmico, posto que pode variar com o tempo ou de acordo com diferentes situações (De Boer e cols., 1999).

A maioria dos estudos clínicos em câncer considera sobrevida e controle da doença como os principais desfechos a serem estudados, mas poucos analisam a opinião do paciente sobre as consequências de sua doença e suas expectativas sobre o período pós-tratamento, as quais repercutirão em seu funcionamento social, emocional e psicológico (Ramirez e cols., 2003).

Portanto, a avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe e cujo tratamento indicado é a laringectomia total representa um instrumento bastante útil por possibilitar um melhor entendimento sobre o que os pacientes consideram ser os seus principais problemas e suas prioridades antes e após o tratamento, as quais muitas vezes não se correlacionam totalmente com os objetivos dos profissionais de saúde. Ao centrar o tratamento, a evolução e a reabilitação nas necessidades do indivíduo, ela viabiliza uma melhor assistência ao paciente e permite, ainda, uma avaliação abrangente das alternativas terapêuticas existentes (List e cols., 1996; De Boer e cols., 1999; Vartanian e cols., 2006; Ramirez e cols., 2003).

Através de um corte transversal, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe com indicação de laringectomia total como principal modalidade terapêutica. Como objetivos específicos, buscou-se identificar os aspectos e domínios que mais influenciam a qualidade de vida desses pacientes, caracterizar mudanças, no seu cotidiano, decorrentes do adoecimento e de intervenções terapêuticas empregadas, sugerindo também associações com os resultados obtidos através da investigação da qualidade de vida, além de caracterizar o perfil socioeconômico e hábitos de vida desses pacientes.

METODOLOGIA

Este foi um estudo transversal, cuja amostra foi composta por 19 pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular de laringe no ambulatório de cabeça e pescoço do Hospital do Câncer de Pernambuco e com indicação de laringectomia total como modalidade principal de tratamento, acompanhada ou não de radioterapia adjuvante.

Os voluntários foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que desejaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os pacientes que possuíam metástases à distância, os que não compreenderam as instruções e objetivos do presente estudo ou os que se recusaram em participar dele. Este projeto de pesquisa foi

aprovado no comitê de ética do Hospital do Câncer de Pernambuco e respeita os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, os postulados da Declaração de Helsinque, suas emendas posteriores e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (CNS/MS).

Os voluntários participaram de uma entrevista padronizada para a sua identificação e mapeamento sócio demográfico. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington - UW-QOL, traduzido e validado para a língua portuguesa por Vartanian et al. (2006). O questionário é auto aplicativo, específico para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, e é composto por 12 domínios, sendo que cada questão apresenta 3 a 5 opções de resposta com escore variando de 0 a 100. Além disso, esse instrumento também possui 3 questões gerais sobre a avaliação que o paciente faz de sua qualidade de vida e uma questão aberta para quaisquer outras considerações que o participante deseje fazer.

Em relação à escala auto-aplicativa (UW-QOL), os pacientes analfabetos ou que apresentaram dificuldades de leitura e compreensão das questões foram auxiliados pelo entrevistador. Os pacientes foram entrevistados no dia anterior à realização da cirurgia, e o prontuário de cada um deles foi acessado alguns meses após a cirurgia com a finalidade de obter dados clínicos.

Foi realizada uma análise descritiva para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou figuras incluindo também o uso de algumas medidas descritivas como mínimo, máximo e média. O software utilizado foi o Excel 2010 e SPSS. Os resultados obtidos foram também analisados qualitativamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

A amostra é composta de 19 pacientes com idade média de 60 anos, sendo a mínima de 44 e a máxima de 74 anos. Dezesete pacientes (89,5%)

eram do sexo masculino, sendo 14 (73,7%) casados e possuíam casa própria, com predominância de 13 (72,2%) de católicos. Oito pacientes (42,1%) eram analfabetos e apenas 4 (21,1%) cursaram ensino médio (Tabela 1). Somente 3 (15,8%) deles estavam trabalhando à época da entrevista e apenas 4 (21,0%) tinham renda familiar superior a um salário mínimo.

Tabela 1 – Distribuição quanto às variáveis socioeconômicas

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	17	89,5
Feminino	2	10,5
Estado Civil		
Solteiro	1	5,3
Casado	14	73,7
Divorciado	2	10,5
Viúvo	2	10,5
Escolaridade		
Analfabeto	8	42,1
Fundamental	7	36,8
Médio	4	21,1

Em relação aos sintomas, 3 (15,8%) apareceram há até 6 meses do momento da entrevista e 5 (26,3%) há mais de 18 meses (Tabela 2). Dos entrevistados, 16 (84,2%) buscaram auxílio médico logo após o aparecimento dos sintomas.

Tabela 2 – Distribuição quanto ao histórico da atual doença

Histórico da doença atual	N	%
Tempo de aparecimento dos sintomas		
até 6 meses	3	15,8
6 a 12 meses	8	42,1
12 a 18 meses	3	15,8
18 +	5	26,3

Na Tabela 3, pode-se observar que dezessete pacientes (89,5%) consumiram álcool ao longo de suas vidas, sendo que oito desses (47%) consumiam em grandes quantidades e quase todos os dias. Atualmente, nenhum dos entrevistados consome bebidas alcoólicas. Quanto ao tabagismo, apenas um paciente disse nunca ter fumado, sendo que treze (72,2%) consumiam entre 1 e 2 maços de cigarro por dia, e dois (10,5%) continuam

sendo fumantes, mesmo após o diagnóstico. Nenhum dos entrevistados relatou ter consumido algum tipo de substância ilícita.

Tabela 3 – Distribuição quanto aos hábitos e estilo de vida

Variáveis	N	%
Álcool anterior		
Sim	17	89,5
Não	2	10,5
Quantidade/Frequência		
Socialmente/Apenas fins de semana	3	17,6
Moderadamente/Mais de três vezes na semana	6	35,3
Intensamente/Quase todos os dias	8	47,0
Álcool atual		
Não	19	100,0
Tabaco anterior		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3
Quantidade de cigarros/dia		
< 1 maço	3	16,6
1 -2 maços	13	72,2
> 2 maços	2	11,1
Tabaco atual		
Não	17	89,5
Sim	2	10,5
Substância ilícitas		
Não	19	100,0

Dos dezenove pacientes, todos portadores de carcinoma espinocelular, onze (57,9%) possuíam câncer de laringe de glote, dois (10,5%) de supraglote, dois (10,5%) de infraglote e quatro (21%) pacientes possuíam um tumor transglótico, ou seja, que da glote se estendia a um andar adjacente.

Dos dezenove entrevistados, apesar de todos terem recebido a indicação de laringectomia total, quatro não realizaram esta cirurgia: ao ser realizada a cervicotomia em dois desses pacientes, verificou-se a impossibilidade de ressecção tumoral (pacientes fora de possibilidade terapêutica para cirurgia), um outro realizou no lugar da laringectomia total uma laringectomia supracricóide com CHEP, e um outro paciente realizou apenas uma traqueostomia, segundo dados colhidos no prontuário.

O estadiamento clínico, feito após a realização da cirurgia e do estudo da peça cirúrgica, demonstrou que cinco (26,3%) dos entrevistados já possuíam metástases em linfonodos locais. Três (15,8%) pacientes apresentavam lesões T3, doze (63,1%) T4, dois (10,5%) tiveram a laringectomia total indicada por suspeita de neoplasia residual e um (5,2%) por recidiva tumoral. Um prontuário não especificava o estadiamento clínico do paciente.

Quando questionados, durante a entrevista, sobre quais seriam as principais mudanças decorrentes do adoecimento atual, os pacientes citaram com maior frequência a perda do emprego – 13 citações; o isolamento social – 9 citações; alterações na fala – 5 citações; dificuldades de se alimentar – 3 citações; estresse emocional – 2 citações; e dor – 1 citação. Apenas um paciente referiu que não houve mudanças significativas em sua vida pessoal

A qualidade de vida global dos pacientes foi analisada somando-se a pontuação de cada domínio do questionário UW-QOL (escore total), o que, portanto, pode variar de 0 a 1200, já que são 12 domínios, cada um podendo ser pontuado 0 a 100. A média de pontos encontrada foi de 607,47, sendo que o paciente com melhor qualidade de vida global pontuou 1101 e o com pior, apenas 25.

Calculou-se também o Escore Composto, que consiste na média dos 12 domínios, e que, portanto, pode variar de 0 – 100. Quanto maior o escore pontuado, melhor é qualidade de vida. A média de escore composto encontrada foi de 50,8, sendo o máximo 91,7 e o mínimo 2,1. Ao correlacionar o escore total com o estadiamento clínico, observamos que o indivíduo com a pior pontuação era justamente o que se apresentava com recidiva tumoral. Já o que teve a melhor pontuação, já havia sido submetido a uma laringectomia total e era traqueostomizado (Tabela 4).

Tabela 4 – Informações de cada paciente: Escore UW-QOL e procedimentos realizados anteriormente.

Escore Total	Escore Composto	Traqueostomia	Laringectomia Parcial	Radioterapia	Quimioterapia
25	2,1	Sim	Sim	Sim	Não
292	24,3	Sim	Sim	Sim	Sim
316	26,3	Sim	Não	Não	Não
358	29,8	Não	Não	Sim	Não
458	38,1	Sim	Não	Não	Não
459	38,2	Sim	Sim	Não	Não
466	38,8	Sim	Sim	Não	Não
483	40,2	Sim	Sim	Não	Não
592	49,3	Sim	Não	Não	Não
608	50,6	Sim	Não	Não	Não
658	54,8	Sim	Não	Não	Não
675	56,2	Sim	Não	Sim	Sim
708	59,0	Não	Não	Sim	Não
734	61,1	Sim	Não	Não	Não
767	63,9	Sim	Não	Não	Não
925	77,1	Sim	Não	Não	Não
967	80,6	Não	Não	Não	Não
1000	83,3	Sim	Não	Não	Não
1101	91,7	Sim	Sim	Não	Não

Dezesseis pacientes (84,2%) possuíam uma traqueostomia no momento da entrevista, ou seja, um dia antes da realização da cirurgia, e todos os pacientes já submetidos à laringectomia parcial (LP) possuíam traqueostomia. Dois pacientes realizaram quimioterapia (QxT) e radioterapia (RxT) anteriormente à cirurgia, um ao tentar um protocolo de preservação de órgão e o outro em conjunto com uma laringectomia parcial, também em um momento anterior. Um (5,2%) paciente havia sido submetido a laringectomia parcial e radioterapia. Dos três pacientes que não possuíam traqueostoma, dois (10,5%) já haviam sido tratados unicamente com radioterapia, e apenas um (5,2%) não havia sido submetido a qualquer tratamento anterior (Tabela 5).

Tabela 5 – Procedimentos realizados anteriormente

Grupos	N	%
Traqueostomia apenas	9	47,3
LP apenas	4	21,0
RxT apenas	2	10,5
LP e RxT	1	5,2
LP, RxT e QxT	1	5,2
Traqueostomia, RxT e QxT	1	5,2
Nenhum	1	5,2

Ao correlacionar a média do escore composto dos pacientes segundo cada grupo de pacientes submetidos a procedimentos anteriores, obtém-se a figura 1. O grupo com pior escore composto, que corresponde a apenas uma pessoa que realizou laringectomia parcial e radioterapia, pontuou 2,1, seguido pelo de laringectomia parcial, radioterapia e quimioterapia, também composto por apenas um indivíduo, que pontuou 24,3. O grupo que obteve o maior escore (80,6) foi o correspondente a um único paciente, que não havia realizado nenhum tipo de tratamento relacionado ao seu câncer (Figura 1).

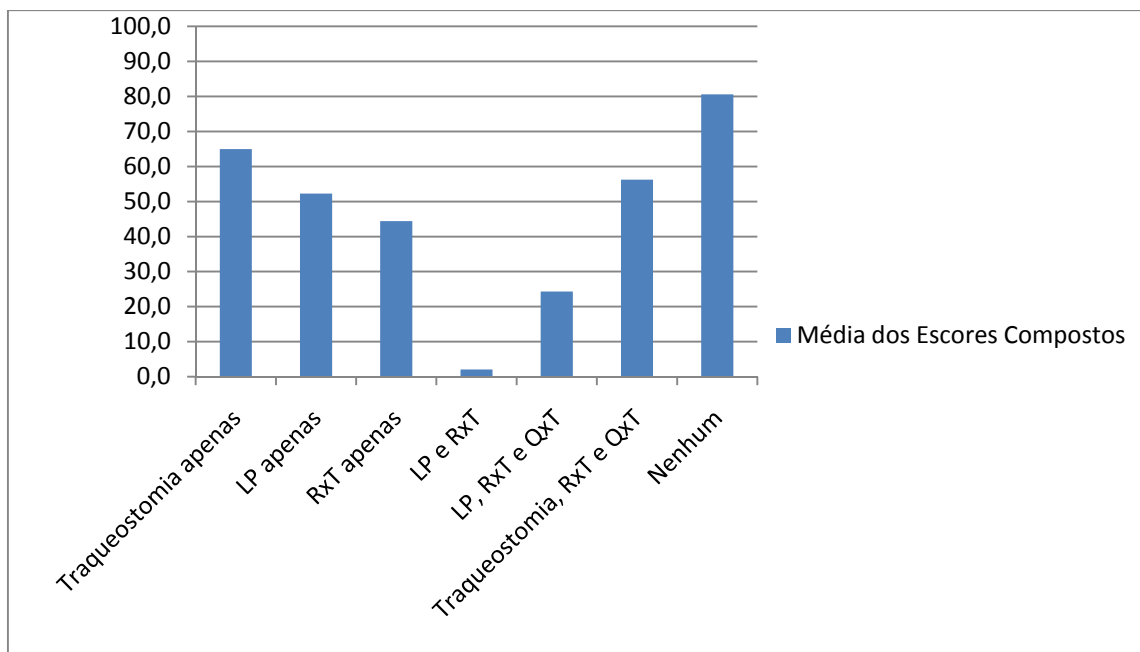


Figura 1 – Média do escore composto de qualidade de vida por grupo de procedimentos realizados anteriormente à entrevista

Dos doze domínios do questionário UW-QOL, o item que se refere à ansiedade apresentou o pior escore, com média de 24,6 pontos, seguido logo após pelo domínio fala, cuja média foi de 28,0 pontos e pelo domínio humor, com média de 40,8 pontos. Os domínios com melhores escores foram o item correspondente à saliva, com média de 87,8 pontos, ao ombro, com média de 77,2 pontos, e à atividade, com média de 67,1 (Figura 2).

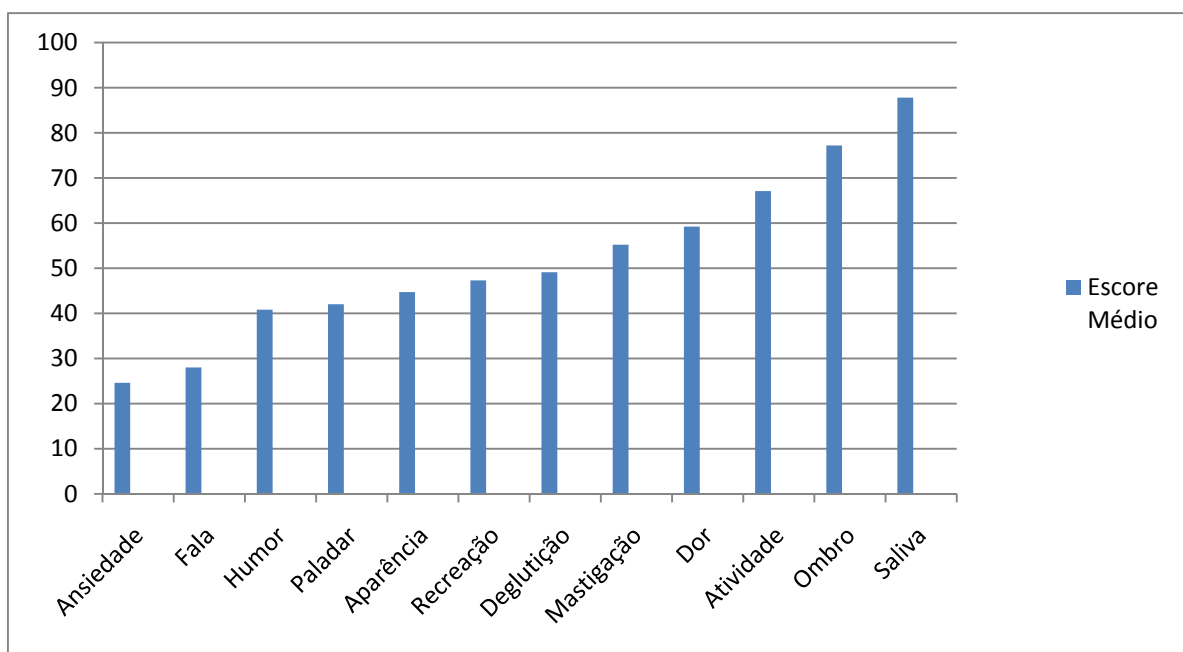


Figura 2 – Escore médio de cada domínio do questionário UW-QOL

Do total de pacientes, 12 (63,1%) referiram estar muito ansiosos por causa de seu câncer e 2 (10,5%) afirmaram não estar ansiosos. Quanto à fala, quatorze pacientes (73,7%) consideraram que não eram entendidos pelos outros ou por familiares e amigos, quatro (21,0%) tinham dificuldades, mas eram entendidos mesmo ao telefone e apenas 1 (5,2%) considerou que sua fala era a mesma de sempre.

Ao analisar o domínio humor, verificou-se que cinco (26,3%) pacientes referiram estar extremamente ou um pouco deprimido por causa de seu câncer, enquanto nove (47,3%) avaliaram seu humor como excelente ou geralmente bom. Apesar de a dor ser o quarto domínio melhor pontuado, 9 (47,3%) dos entrevistados declararam necessitar de medicamentos para controlá-la, e um único paciente afirmou ter dor severa, não controlada por medicação.

Ao serem questionados como avaliariam sua qualidade de vida se comparada com o mês anterior ao diagnóstico do câncer, 12 (63,2%) pacientes afirmaram estar muito pior, enquanto 3 (15,8%) acreditam estar muito melhor. Quanto a qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias, 12 (63,2%) acreditavam estar ruim ou muito ruim e ao considerar a avaliação da qualidade de vida geral, incluindo saúde física e mental, família, amigos e espiritualidade, 9 (47,4%) pacientes classificaram sua qualidade de vida como ruim ou muito ruim e outros 10 (52,6%) classificaram como média, boa ou muito boa. (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição quanto as questões gerais

Questões gerais	N	%
Avaliação da qualidade de vida, comparando-se com o mês anterior ao diagnóstico do câncer		
Muito melhor	3	15,8
Mais ou menos o mesmo	3	15,8
Um pouco pior	1	5,3
Muito pior	12	63,2
Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias		
Boa	3	15,8
Média	4	21,1
Ruim	7	36,8

Muito ruim	5	26,3
------------	---	------

Avaliação da qualidade de vida geral nos últimos 7 dias

Muito boa	1	5,3
Boa	4	21,1
Média	5	26,3
Ruim	6	31,6
Muito ruim	3	15,8

O questionário utilizado apresenta ainda uma questão aberta, também chamada de Texto Livre, que permite ao paciente expressar quaisquer outros problemas, médicos ou não médicos, que porventura não tenham sido abordados anteriormente. Entretanto, apesar de ser uma importante ferramenta para explorar melhor a percepção pessoal do paciente, um conceito fundamental da definição de qualidade de vida, nenhum dos entrevistados respondeu a esta pergunta, afirmando que não desejavam expressar mais nada. Isto talvez tenha ocorrido porque este questionário, que é auto aplicativo, foi lido para os pacientes, pois todos ou eram analfabetos ou tinham dificuldades de leitura, interpretação ou escrita. Logo, muitos podem não ter se sentido à vontade para expressar-se, outros podem simplesmente não ter interesse em se expor mais do que o necessário à entrevistadora.

Discussão

Epidemiologicamente, os pacientes do nosso estudo são semelhantes aos pacientes com câncer de laringe que são tratados com a laringectomia total, cuja idade média apontada na literatura é superior a 55 anos e cuja maioria é composta pelo sexo masculino, chegando a uma média de 85% de indivíduos masculinos (Moreno & Lopes, 2002), próximo da proporção 7:1, encontrada por Parkin e cols. (2005).

A grande maioria dos pacientes são ex-tabagistas e ex-alcoolistas e, desses, mais de 85% consumiam ambas as substâncias em grandes quantidades, o que reitera a já comprovada associação do fumo e do álcool com o câncer de laringe (Condutas do INCA/MS, 2001; Wünsch Filho, 2004; Sartor e cols., 2007). Além disso, o uso abusivo de álcool e tabaco pode, independentemente do desenvolvimento do câncer, interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo ao também afetar seu status emocional e sua

saúde mental, assim como aumentar a mortalidade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, tanto por causa de uma depressão decorrente da suspensão brusca das substâncias como pela exacerbação de comorbidades, ou ainda pelos hábitos de vida relacionados ao fumo, alimentação e problemas emocionais (Duffy e cols., 2007).

Analisando os resultados, também se pode perceber que os pacientes deste estudo são, em sua maioria, de uma classe socioeconômica menos favorecida, visto que apenas quatro possuíam renda familiar acima de um salário mínimo e 78,9% são analfabetos ou têm apenas ensino fundamental, o que vai de acordo com Wünsch Filho (2004), que afirma que baixo nível educacional está associado com alto risco de câncer de laringe. Apesar de tumores subglóticos serem raros, 10,5% de nossa amostra apresentou esta localização de tumor, mas a maioria era, assim como apontado pela literatura, glótico (Conduas do INCA/MS, 2001).

Ao considerarmos o tempo de desenvolvimento dos sintomas, verificamos que 84,2% dos entrevistados já estavam doentes há mais de 6 meses, e ao levarmos em conta que a maioria desses pacientes possuía uma lesão já avançada, em dois deles irremediável e cinco deles com metástase em linfonodos locais, ou um tumor residual ou recidivado, devemos conceber que esta amostra é composta por pacientes em fase avançada da doença e bastante debilitados. Além disso, dezesseis pacientes já eram traqueostomizados, seis já haviam sido submetidos à laringectomia parcial e alguns já haviam tentado tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia. Desta forma, é previsível que a qualidade de vida desses pacientes esteja comprometida, em diversas áreas, mesmo antes de se realizar a laringectomia total, uma cirurgia que, apesar de muitas vezes curativa, traz sequelas permanentes ao indivíduo.

A perda do emprego, o isolamento social e as alterações na voz foram as principais mudanças na vida identificadas pelos pacientes no período inicial da doença, o que nos chama a atenção, pois a laringectomia total não proporciona melhoras significativas desses problemas, pelo contrário, muitas vezes cria dificuldades ainda maiores. Essa constatação respalda uma maior

atenção para problemas que devem, antes mesmo da cirurgia, serem abordados com atenção por profissionais da área de assistência social, psicologia e fonoaudiologia.

Ao analisar os resultados, observa-se que a média de escore total do UW-QOL foi relativamente baixa, sendo próxima da metade da pontuação máxima. Em um estudo brasileiro, realizado em Curitiba com pacientes laringectomizados há mais de um ano, foi encontrada uma média de escore total do UW-QOL de 900,25, sendo que o grupo com pior escore foi o submetido à laringectomia associada à radioterapia e o melhor, o submetido apenas à cirurgia (De Paula & Gama, 2009). Weymuller Jr e cols. (2000), num estudo prospectivo de 549 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, mostra que, nos primeiros 3 meses após o tratamento, o escore de qualidade de vida é bruscamente deteriorado. Após 6 meses, ela começa a melhorar, com tendência à melhora até 1 ano e à estabilidade entre 1 e 3 anos pós-tratamento, pois os pacientes aprendem a conviver com as sequelas do tratamento. Podemos supor, portanto, que não apenas o período logo após a cirurgia, mas também aquele anterior a ela, são críticos e representam um momento de grande fragilidade e de comprometimento de qualidade de vida para os pacientes com câncer de laringe.

O escore total, assim como o escore composto, sofreu grande variação de paciente para paciente no presente estudo, como se pode observar na tabela 4. Isto se deve, provavelmente, à heterogeneidade do grupo amostral - apesar de a maioria dos pacientes possuir a lesão em estágio avançado e possuírem traqueostomia, apenas alguns já haviam realizado laringectomia parcial, radioterapia e/ou quimioterapia. Os pacientes com os dois piores escores totais foram submetidos a pelo menos dois desses procedimentos, além da traqueostomia, e o quarto pior escore havia sido submetido apenas à radioterapia.

A Figura 1 foi construída na tentativa de agrupar os pacientes de acordo com os procedimentos a que foram submetidos antes da indicação da laringectomia total. Nele, pode-se observar que os três grupos com pior média de escore composto tinham o tratamento radioterápico em comum, resultado

semelhante ao do estudo de De Paula & Gama (2009), em que foi encontrado que os grupos submetidos à cirurgia e radioterapia atingiam pior escore total, seguido pelo grupo submetido à cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo o grupo submetido apenas à cirurgia o com melhor escore total. Esses resultados sugerem, portanto, que os tratamentos empregados, particularmente a realização da traqueostomia e o emprego da radioterapia, podem interferir negativamente na qualidade de vida já abalada do paciente com este tipo de câncer. Outra consideração a se fazer é que o escore composto é uma média aritmética e, portanto, está sujeito a um “efeito de cancelamento” e é menos sensível que o escore das questões gerais (Weymuller Jr e cols., 2000). Por “efeito de cancelamento” entende-se o que ocorre quando um domínio tem um escore muito baixo e outros têm escores elevados, acarretando uma média ainda alta, e não representativa da qualidade de vida do paciente.

Analisando os domínios separadamente, a ansiedade mostrou-se o domínio mais prejudicado. Isso provavelmente ocorreu porque as entrevistas foram feitas em um momento em que os pacientes tinham consciência do seu diagnóstico de um câncer avançado, seu tratamento e sequelas, além de terem ocorrido no dia anterior à realização da laringectomia total. É compreensível, portanto, que esses pacientes estivessem bastante ansiosos no momento da entrevista.

O segundo domínio mais afetado foi a fala. Pode-se supor que este achado se deve ao fato de que a maioria dos pacientes possuía traqueostomia ou haviam passado por algum procedimento que tenha alterado a anatomia da laringe, além de todos possuírem um tumor cujo principal sintoma é a rouquidão e sua evolução para a perda da fala, ao lado da dispneia, odinofagia e disfagia (Raitiola & Pukander, 2000). Considera-se ainda que a alteração da fala interfere diretamente na comunicação e, portanto, na adaptação psicossocial do indivíduo, sendo sua reabilitação e a da deglutição, o sétimo domínio mais prejudicado, após a realização da laringectomia total, bastante demorada (De Paula & Gama, 2009).

O humor foi o terceiro mais afetado, provavelmente pelos mesmos motivos considerados para a ansiedade, seguido pelo paladar. Com a exceção

de um entrevistado, todos os outros eram fumantes, e sabe-se que o tabaco aumenta a descamação da gengiva, destruição do tecido e pode ter como consequência sérios problemas periodontais, ocorrendo alteração no paladar (INCA, 2001). Outros pacientes podem ter o paladar acometido também em decorrência da radioterapia, que pode ainda afetar a produção da saliva (De Paula & Gama, 2009). Este último domínio teve a melhor pontuação, sendo o segundo melhor pontuado o domínio ombro.

O esvaziamento cervical, que geralmente acompanha a laringectomia total, pode lesar alguns nervos, especialmente o nervo acessório, o que compromete a mobilidade do ombro. Considerando que nenhum dos pacientes foi submetido a este procedimento, pode-se especular que as poucas queixas em relação ao ombro se deveram à ansiedade e à tensão emocional a que estavam submetidos.

A dor foi o quarto domínio melhor pontuado, no entanto, 52,6% dos pacientes necessitavam de medicação para controlá-la ou, mesmo com medicação, não conseguiam esse controle. É importante, portanto, que os médicos estejam bastante atentos ao diagnóstico e tratamento da dor provocada pelo câncer e suas terapias, pois este é um domínio que tem pode ter alto impacto na vida dos indivíduos.

Como esperado, mais de 60% dos pacientes consideraram que sua qualidade de vida estava muito pior no momento da entrevista, se comparado com o mês anterior ao desenvolvimento de sua doença, e que sua qualidade de vida relacionada à saúde era ruim ou muito ruim. Entretanto, quando questionados sobre sua qualidade de vida geral, pouco mais de 50% dos entrevistados consideraram-na muito boa, boa ou média. Observa-se, portanto, que os pacientes diferenciam qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida geral, e que as principais consequências da doença são no âmbito da saúde.

Em nenhum dos casos foi relatada mudança na vida familiar, mas alguns deles referem redução das atividades e da recreação, o que pode ser interpretado também como redução da interação social e das atividades laborais, limitações impostas pela doença. Esta constatação também nos faz

considerar que aspectos como o apoio de familiares e amigos, assim como a espiritualidade, fazem os pacientes com câncer de laringe lidar melhor com os impactos da sua doença e tratamento. Vickery e cols. (2003) afirmam ainda que a qualidade da relação entre pacientes e seus familiares atua suavizando o impacto psicológico do câncer.

Um tema que não é abordado no questionário UW-QOL é a relação dos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço e seus parceiros. Vickery e cols. (2003) concluem que, em alguns casos, inclusive, os parceiros são mais vulneráveis a estresse psicológico que o próprio paciente. Em um estudo conduzido por Singer e cols. (2008), concluiu-se que, ao contrário do que se imagina, problemas sexuais não estariam relacionados ao tratamento do câncer de laringe, mas sim a altos níveis de angústia e a tumores em estágios mais avançados, e que a traqueostomia poderia influenciar negativamente a vida sexual do indivíduo, mas mais por prejudicar o desempenho físico do que por modificar a aparência. Foi verificado por Gritz e cols. (1999), assim como por Nalbadian e cols. (2001), que a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço muda ao longo do tempo e que, apesar de algumas melhoras em relação às mudanças físicas e à volta às atividades normais diárias com o tempo, pacientes demonstram uma queda em alguns domínios de qualidade de vida, principalmente naqueles relacionados ao relacionamento com o parceiro e ao funcionamento sexual.

Outros assuntos que não são abordados no questionário UW-QOL, mas que são considerados importantes para a qualidade de vida de um indivíduo, são os aspectos ocupacionais e financeiros (Nalbadian e cols., 2001), mencionados com frequência por nossos pacientes quando questionados sobre mudanças em suas vidas após o adoecimento, e o comprometimento do olfato (De Paula & Gama, 2009).

CONCLUSÕES

A qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e pessoal, que leva em consideração não só questões físicas e psicológicas, mas

também sociais e até espirituais. Sua avaliação é extremamente difícil, pois as prioridades variam bastante de acordo com a individualidade de cada paciente, assim como variam no tempo, a depender dos muitos fatores que compõem a vida de uma pessoa. Certamente o câncer e o seu tratamento terão algum grau de impacto na qualidade de vida do paciente, mas diferentes indivíduos provavelmente se comportarão de maneiras variadas, mesmo que possuam a mesma doença, com o mesmo estadiamento clínico.

A qualidade de vida dos pacientes avaliados, de uma maneira geral, é prejudicada pelo câncer, por tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total. Os domínios de qualidade de vida mais afetados foram a ansiedade, a fala e o humor. Além disso, a perda do emprego, o isolamento social e alterações na voz foram as principais mudanças decorrentes da doença, segundo o relato dos pacientes. Uma das limitações do questionário utilizado consiste no fato de que ele não abrange importantes questões para os pacientes, como o desempenho sexual, o olfato, assim como aspectos ocupacionais e financeiros.

É importante que sejam desenvolvidas pesquisas longitudinais que avaliem a qualidade de vida anterior e posteriormente ao tratamento empregado, visando a uma melhor compreensão das alternativas terapêuticas para que as decisões em saúde sejam tomadas de forma a obter a melhor eficiência no controle do câncer associada ao menor prejuízo possível para o paciente. Além desse item, uma melhor investigação do humor e das possíveis reações psicopatológicas apresentadas por esses pacientes torna-se relevante.

Ao se conhecer as principais dificuldades encontradas pelos pacientes com câncer de laringe, pode-se oferecer uma assistência multidisciplinar à saúde eficiente, integral e otimizada. O cuidado deve começar antes mesmo do início do tratamento, visto que a doença, por si só, compromete a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, assim como as terapêuticas empregadas, em especial a laringectomia total. O período anterior à cirurgia e o ano que se segue após ela são momentos de grande fragilidade emocional e de comprometimento da qualidade de vida para pacientes com câncer de laringe,

tanto por questões funcionais, como estéticas, psicológicas e sociais, requerendo, portanto, a devida atenção da equipe multidisciplinar de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boffeta, P., Hashibe, M., La Vecchia, C., Zatonski, W. & Rehm, J. (2006). The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *International Journal Of Cancer*, 119:884-887.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. (2009). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. 98 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.

Braz, D. A. S., Ribas, M. M., Dedivitis, R. A., Nishimoto, I. N. & Barros, A. P. B. (2005). Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*, 60(2): 135- 142.

Condutas do INCA/MS. (2001). Carcinoma epidermóide da Cabeça e Pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(4): 361-37.

De Boer, M. F., McCormick, L. K., Pruyn, J. F. A., Ryckman, R. M. & Van den Borne, B. W. (1999). Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngology– Head And Neck Surgery*, 120(3): 427-436.

De Paula, F. C. & Gama, R. R. (2009). Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 38(3): 177-182.

Duffy, S. A., Ronis, D. L., Valenstein, M., Fowler, K. E., Lambert, M. T., Bishop, C. & Terrell, J. E. (2006). Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 48(2): 142-148.

Gritz, E. R., Carmack, C. L., De Moor, C., Coscarelli, A., Schacherer, C. W., Meyers, E. G. & Abemayor, E. (1999). First Year After Head and Neck Cancer: Quality of Life. *Journal Of Clinical Oncology*, 17: 352-360.

IARC. (2008). *World Cancer Report, 2008*. (Boyle, P. & Levin, B. E., eds), IARC Press, Lyon.

List, M. A., Ritter-Sterr, C. A., Baker, T. M., Colangelo, L. A., Matz, G., Pauloski, B. R. & Logemann J. A. (1996). Longitudinal Assessment of Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients. *Head & Neck*, 18(1): 1-10.

Menezes, A. M. B., Horta, B. L., Oliveira, A. L. B., Kaufmann, R. A. C., Duquia, R., Diniz, A, Motta, L. H., Centro, M. S., Estanislau, G. & Gomes, L. (2002). Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista de Saúde Pública*, 36(2): 129-134.

Moreno, A. B. & Lopes, C. S. (2002). Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 81-92.

Nalbadian, M., Nikolaou, A., Nikolaidis, V., Petridis, D., Themelis, C. & Daniilidis, I. (2001). Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European Archives Of Otorhinolaryngology*, 258: 336-340.

Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay & J., Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *Ca: A Cancer Journal For Clinicians*, 55: 74-108.

Raitiola, H. & Pukander, J. (2000). Symptoms of Laryngeal Carcinoma and their Prognostic Significance. *Acta Oncologica*, 39(2): 213-216.

Ramírez, M. J. F.; Ferriol, E. E.; Doménech, F. G.; Llatas, M. C.; Suárez-Varela, M. M. & Martinez, R. L. (2003). Psychosocial adjustment in patients surgically

treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology– Head And Neck Surgery*, 129(1): 92-97.

Risberg-Berlin, B., Rydén, A., Möller, R. Y. & Finizia, C. (2009). Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. *Bmc Ear, Nose And Throat Disorders*, 9(8). Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6815/9/8>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

Sartor, S. G., Eluf-Neto, J., Travier, N., Wünsch Filho, V., Arcuri, A. S. A., Kowalski, L. P. & Boffeta, P. (2007). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Caderno de Saúde Pública*, 23(6): 1473-1481.

Singer, S. S., Danker, H., Dietz, A., Kienast, U., Pabst, F., Meister, E. F., Oeken, J., Thiele, A. & Schwarz, R. (2008). Sexual problems after total and partial laryngectomy. *The Laryngoscope*, 118: 2218-2224.

Terrel, J. E., Fisher, S. G. & Wolf, G. T. (1998). Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 124: 964-971.

Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L. B., Toyota, J., McDowell, J. A., Weymuller Jr, E. A. & Kowalski, L. P. (2006). Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 28(12): 1115-1121.

Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M. & Feber, T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & Neck*, 25(4): 289-296.

Weymuller Jr, E. A., Yueh, B., Deleyiannis, F. W. B., Kuntz, A. L., Alsarraf, R. & Coltrera, M. D. (2000). Quality of Life in patients with head and neck cancer. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 126: 329-335.

World Health Organization. (1993). *WHOQOL Study Protocol*. WHO (MNH7PSF/93.9).

Wünsch Filho, V. (2004). The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical Journal* 122(5): 188-194.

5.4. Artigo 4

Status: Encaminhado para publicação

Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em Pacientes com Câncer de Laringe: acompanhamento pré e pós laringectomia total.

Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients with Cancer of the Larynx: pre and post total laryngectomy.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Psicólogo Clínico e Hospitalar; Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco; Professor da Faculdade Pernambucana de Saúde); Everton Botelho Sougey (Psiquiatra; Pós Doutor pela Universidade Livre de Bruxelas; Coordenador da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE).

Resumo: O objetivo desse estudo é investigar aspectos da qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com câncer de laringe no período pré e pós realização da cirurgia de laringectomia total. A amostra foi composta por 119 participantes divididos em dois grupos: um pré e o outro pós laringectomia total. Foram utilizados o Questionário de Qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). A qualidade de vida é diretamente afetada, principalmente em relação aos domínios da fala, dor, aparência, atividades ocupacionais entre outros. Em relação a incidência de ansiedade, 21,8% da amostra preenche critérios para diagnóstico e 19,3% em relação a depressão. Compreender como as modificações decorrentes das especificidades do tratamento afetam a vida dos pacientes pode auxiliar a equipe de saúde no planejamento da reabilitação integral que envolve não apenas os aspectos biológicos, mas, principalmente o suporte as demandas psicossociais específicas dessa população.

Palavras-Chave: Câncer de laringe; Laringectomia total; Qualidade de vida; Ansiedade; Depressão.

Abstract: The purpose of this study is to investigate aspects of quality of life, anxiety and depression in patients with laryngeal cancer before and after

surgery of total laryngectomy. The sample consisted of 119 participants was divided into two groups: one pre and one post total laryngectomy. We used the Quality of life of the University of Washington Questionnaire (UW-QOL) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Quality of life is directly affected, especially in relation to the areas of speech, pain, appearance, and other occupational activities. Regarding the incidence of anxiety, 21.8% of the sample meet criteria for diagnosis and 19.3% in relation to depression. Understanding how the changes resulting from specific treatment affect patients' lives can help the health team in planning comprehensive rehabilitation that involves not only the biological aspects, but mainly to support specific psychosocial demands of this population.

Keywords: Cancer of the larynx, total laryngectomy, quality of life, Anxiety, Depression.

INTRODUÇÃO

O Câncer da Laringe é responsável por uma incidência de aproximadamente 136.000 novos casos e de 73.500 mortes por ano no mundo, ocorrendo predominantemente no sexo masculino, que representa cerca de 2,7% de todos os casos de câncer e 2,2% dos óbitos por câncer (Dias e cols, 2001). No Brasil, o câncer é considerado a segunda causa de morte por doença e o câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta região e 2% de todas as doenças malignas (INCA, 2009). Nesse contexto, o câncer na região de cabeça e pescoço passa a ser um problema de saúde pública em todo o mundo, principalmente considerando que quanto mais a doença avançar antes do paciente obter os cuidados adequados, pior será o seu prognóstico pois o tratamento passa a ser mais agressivo (Vartanian e cols, 2004).

Com a enfermidade na região da laringe, a anatomia funcional é bruscamente modificada, impondo grande sofrimento em uma dimensão biopsicossocial, ao seu portador, à sua família (Vickery e cols., 2003) e todas as pessoas envolvidas no seu cuidado. Costa Neto e Araújo (2002) também apontam que

funções básicas como a respiração, a alimentação e a fala, também associadas às estruturas utilizadas na interação e na expressão de afetividade e das emoções, são alteradas. Assim, manifestações de medo, discriminação, isolamento, além de ansiedade e depressão, podem ser reações presentes no decorrer do tratamento ou da convivência com a doença.

Diante de tantas alterações, a qualidade de vida é duramente afetada, principalmente quando entram em ação outros fatores decorrentes do próprio tratamento que pode envolver alterações físicas permanentes na região de cabeça e pescoço, como é o caso do traqueostoma, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, dor, dificuldades na mastigação e deglutição, necessidade de visitas regulares para cuidados médicos. Não podemos deixar de lembrar que os custos com locomoção, alimentação e até mesmo hospedagem fazem parte dessa experiência, principalmente quando pensamos na demanda existente no Brasil, mais especificamente no nordeste, onde encontramos um contexto social bastante variado.

Compreender aspectos envolvidos na qualidade de vida desses pacientes se torna necessidade básica, pois, apesar de fatores multicausais e multidimensionais que afetam o conceito, marcadamente os aspectos subjetivos e psicológicos, não apenas biológicos, são alvo de reflexão, principalmente pela relevância desse tema para a sociedade na atualidade. Assim, o objetivo desse estudo é identificar aspectos ligados a alterações na qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe no momento pré e pós-cirúrgico.

MÉTODOS

Considerando o seu caráter exploratório, trata-se de um estudo analítico, de corte transversal.

Período da Coleta

Os dados foram coletados no período entre setembro de 2009 e junho de 2011 no Hospital de Câncer de Pernambuco e a amostra foi composta por 119 participantes com diagnóstico de câncer de laringe com indicação da cirurgia de Laringectomia total ou que já tenham realizado o procedimento citado.

Aspectos Éticos

A pesquisa está de acordo com a resolução 196/96 e somente teve início após a avaliação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas somente foram realizadas após a leitura, compreensão dos objetivos da pesquisa e aceitação em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL). Trata-se de um questionário composto por 12 domínios, com escore variando de 0 a 100. O participante pode assinalar em uma questão relacionada ao domínio que considera mais relevante. A qualidade de vida pode ser avaliada em três outras questões separadamente que relacionam a percepção de qualidade de vida atual com o período de um mês antes do diagnóstico, a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias e a qualidade de vida em uma perspectiva que considera aspectos psicossociais tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer entre outros aspectos que contribuem para o bem estar geral. Há também uma questão aberta para considerações do participante. O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Vartanian e Cols (2006). Além disso, trata-se de um instrumento confiável, principalmente para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, de aplicação rápida e que não necessita de um treinamento extensivo e de fácil interpretação (Weymuller e cols, 2001).

Objetivando uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem essa experiência, optamos por utilizar concomitantemente a UW-QOL, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), pois trata-se de uma escala breve e de autopreenchimento, com sete itens para ansiedade e sete itens para depressão. Tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico, quanto para medir a gravidade de ansiedade e depressão. No Brasil, sua versão foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica em pacientes ambulatoriais e sujeitos normais por Botega e cols (1995).

Dados biosóciodemográficos foram coletados através de entrevista semi-estruturada, construída de acordo com a experiência clínica dos pesquisadores e da revisão da literatura.

Análise estatística

Foi realizada uma análise estatística inferencial. Foram utilizados os *softwares* EpilInfo versão 3.5.3, o *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 13.0 e o Microsoft Excel 2010. A descrição estatística é apresentada em forma de tabelas com suas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o teste Qui-Quadrado e o Exato de Fisher. Para comparação entre os grupos foi utilizado o Teste *t Student* (distribuição normal) e Mann-Whitney (não-normal) e para comparação com mais de dois grupos foi utilizado o ANOVA (distribuição normal). Todos os testes foram aplicados com um intervalo de 95% de confiança.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 119 participantes e será apresentada dividida em dois grupos. O primeiro deles (G1), foi composto por 48 (40,33%) pacientes na semana que antecedia a internação para a realização da cirurgia de laringectomia total. O grupo seguinte (G2) foi composto por 71 (59,66%) pacientes que já haviam realizado a laringectomia total e estavam no período de retorno para acompanhamento médico e fonoaudiológico na instituição.

Todos os instrumentos foram aplicados pelo pesquisador pela dificuldade de leitura relatada pela maioria dos participantes. Em relação à faixa etária, 50,4% está entre 40 e 59 anos e 39,6% na faixa dos 60 a 69 anos, ou seja, pessoas em idade produtiva e que, atualmente, 83,2% delas estão impossibilitadas de trabalhar por causa da doença e do seu tratamento. A esse respeito, a diferença entre os grupos G1 e G2 não apresentou diferença estatística significativa, antes da cirurgia 87,5% estão sem trabalhar e depois da cirurgia 80,3% continua sem desenvolver atividades ocupacionais. O benefício pela

doença é recebido por 52,9% dos pacientes, entretanto, quando as informações são distribuídas entre os grupos G1 e G2, os índices de recebimento saltam de 35,4% para 64,8%, respectivamente. A escolaridade aponta que 50,4% tem apenas o ensino fundamental, 35,3% se auto refere como analfabeto funcional.

A renda individual predomina em 1 salário mínimo (72,3%) sendo seguida por menos de um salário (14,3%) e 2 a 3 salários (10,9%). Em relação à renda familiar, 45,4% apresenta ganho de 1 salário mínimo, demonstrando que boa parte da amostra é responsável pelo sustento da casa. Ocorre o predomínio do sexo masculino (84,9%) e 72,3% da amostra refere ser casada. As rotinas para cuidados médicos e ambulatoriais no hospital apontam que 58,8% dos participantes é procedente de Recife, 37,8% do interior do estado de Pernambuco e o restante de outros estados. Em relação aos hábitos e estilo de vida, 90,8% da amostra era tabagista e 92,4% usava álcool regularmente antes do diagnóstico.

A qualidade de vida global dos pacientes foi analisada somando-se a pontuação dos 12 domínios do questionário UW-QOL (escore total), o que, portanto, pode variar de 0 a 1200, cada um podendo ser pontuado 0 a 100. A média de pontos encontrada foi de 653,7 para o G1 e 799,0 para o G2. Calculou-se também o Escore Composto, que consiste na média dos 12 domínios, e que, portanto, pode variar de 0 – 100. Quanto maior o escore pontuado, melhor é qualidade de vida. A média de escore composto encontrada foi de 54,5 para o G1 e 66,6 para o G2, ambos, Total e Composto demonstram significância estatística que após a cirurgia ocorre melhora da qualidade de vida (Tabela 1).

Tabela 1: Média dos escores Total e Composto no pré e pós-cirúrgico

Escore QV	Grupos		p-valor *
	Pré (G1) Média ± DP	Pós (G2) Média ± DP	
Total	653,7 ± 236,60	799,0 ± 202,85	< 0,001
Composto	54,5 ± 19,72	66,6 ± 16,90	< 0,001

(*) Teste t Student

Todavia, se faz necessário considerar a relação entre a média dos 12 domínios individuais, pois algumas variações nos permitem discutir possíveis aspectos que interferem em aspectos psicossociais (Tabela 2).

Tabela 2: Média dos escores compostos por domínio nos grupos pré e pós cirúrgico:

Domínios de Qualidade de Vida	Grupos		p-valor *
	Pré(G1)	Pós(G2)	
	Média ± DP	Média ± DP	
Dor	55,2 ± 24,71	83,8 ± 22,40	< 0,001
Aparência	55,2 ± 30,92	53,2 ± 21,52	0,668
Atividade	52,6 ± 29,73	59,5 ± 29,99	0,160
Recreação	50,5 ± 22,18	58,1 ± 21,87	0,045
Deglutição	49,3 ± 33,08	72,9 ± 26,02	< 0,001
Mastigação	43,8 ± 38,07	55,9 ± 24,74	0,040
Fala	42,4 ± 32,90	38,9 ± 24,73	0,634
Ombro	86,8 ± 30,56	90,6 ± 18,83	0,840
Paladar	42,3 ± 36,93	55,4 ± 29,92	0,036
Saliva	93,8 ± 19,01	93,0 ± 16,81	0,539
Humor	46,4 ± 31,79	63,4 ± 30,42	0,005
Ansiedade	35,5 ± 31,94	74,2 ± 27,77	< 0,001

(*) Teste de Mann-Whitney

Os domínios que apresentaram diminuição dos índices de qualidade de vida após a cirurgia foram aparência (55,2 no G1; 53,2 no G2) e fala (42,4 no G1; 38,9 no G2). Outros domínios tais como dor, recreação, deglutição, mastigação, paladar, humor e ansiedade apontam melhora nos escores de qualidade de vida e com análise estatística significativa.

Existe uma questão no protocolo que pede o relato de até 3 problemas mais importantes na última semana. Na percepção dos participantes nos dois grupos surgem variáveis importantes (Tabela 3):

Tabela 3: Frequência de problemas mais importantes nos últimos 7 dias nos grupos pré e pós cirúrgicos:

Domínios	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré (G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Dor	46 (38,7)	33 (68,8)	13 (18,3)	< 0,001 **
Deglutição	35 (29,4)	27 (56,3)	8 (11,3)	< 0,001 **
Paladar	8 (6,7)	7 (14,6)	1 (1,4)	0,007 *
Aparência	34 (28,6)	9 (18,8)	25 (35,2)	0,081 **

Mastigação	17 (14,3)	13 (27,1)	4 (5,6)	0,003 **
Saliva	5 (4,2)	3 (6,3)	2 (2,8)	0,392 *
Atividade	31 (26,1)	8 (16,7)	23 (32,4)	0,088 **
Fala	71 (59,7)	21 (43,8)	50 (70,4)	0,007 **
Humor	13 (10,9)	7 (14,6)	6 (8,5)	0,452 **
Recreação	22 (18,5)	5 (10,4)	17 (23,9)	0,104 **
Ombro	3 (2,5)	3 (6,3)	0 (0,0)	0,124 **
Ansiedade	32 (26,9)	22 (45,8)	10 (14,1)	< 0,001 **

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

Em ordem de valor estatístico, no contexto geral, os problemas mais frequentes percebidos pelos participantes são: fala, dor, deglutição, aparência, ansiedade, atividade, recreação, mastigação, humor, paladar, saliva e ombro. Entretanto, diferenças significativas na distribuição entre os grupos necessitam ser consideradas. Por exemplo, alguns domínios no G2 apresentam-se aumentados sugerindo domínios que são reconhecidos como problemas após a cirurgia, a saber: aparência (de 18,8% para 35,2%), fala (de 43,8% para 70,4%), atividade (de 16,7% para 32,4%) e recreação (de 10,4% para 23,9%). Os domínios que apresentam melhora após a laringectomia total no G2 foram: dor (de 68,8% para 18,3%), deglutição (de 56,3% para 11,3%), paladar (de 14,6% para 1,4%), mastigação (de 27,15 para 5,6%), humor (de 14,6% para 8,5%) e ansiedade (de 45,8% para 14,1%).

As questões gerais representam outra faceta importante do protocolo, pois favorece uma melhor compreensão da percepção do paciente da sua qualidade de vida comparando os últimos 7 dias com o período de 30 dias antes do diagnóstico (1), a percepção de qualidade de vida relacionada a saúde na última semana (2) e a percepção de qualidade de vida considerando aspectos psicossociais tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer entre outros aspectos que contribuem para o bem estar geral (3) (Tabela 4).

Tabela 4: Questões gerais considerando os últimos 7 dias nos grupos pré e pós-cirúrgicos.

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré (G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
(1) QV atual comparada com um mês antes do diagnóstico:				
Muito melhor	6 (5,1)	3 (6,3)	3 (4,3)	< 0,001 *
Um pouco melhor	12(10,3)	1 (2,1)	11 (15,9)	
Mais ou a mesma	28(23,9)	4 (8,3)	24 (34,9)	
Um pouco pior	35(29,9)	13 (27,1)	22 (31,9)	
Muito pior	36(30,8)	27 (56,2)	9 (13,0)	
(2) QV relacionada a saúde				
Excelente	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (2,9)	< 0,001 *
Muito boa	7 (6,0)	0 (0,0)	7 (10,1)	
Boa	35(29,9)	4 (8,3)	31 (45,0)	
Media	28(23,9)	10 (20,8)	18 (26,1)	
Ruim	30(25,7)	20 (41,7)	10 (14,5)	
Muito ruim	15(12,8)	14 (29,2)	1 (1,4)	
(3) Qv considerando aspectos psicossociais				
Excelente	1(0,9)	0 (0,0)	1 (1,4)	< 0,001 *
Muito boa	8(6,8)	1 (2,1)	7 (10,1)	
Boa	31(26,5)	6 (12,5)	25 (36,2)	
Media	41(35,0)	14 (29,2)	27 (39,1)	
Ruim	24(20,5)	16 (33,3)	8 (11,6)	
Muito ruim	12(10,3)	11 (22,9)	1 (1,4)	

(*) Teste Exato de Fisher

A percepção de qualidade de vida atual comparando o período de um mês antes do diagnóstico (1) apresenta-se predominantemente pior no G1, com 83,3% na faixa situada entre um pouco pior e muito pior. Em relação ao G2, embora tenha ocorrido uma diminuição, a maioria (44,9%) percebe como um pouco pior ou muito pior, seguido de 34,9% percebe a qualidade de vida como mais ou menos a mesma e 20,2% como um pouco ou muito melhor.

A qualidade de vida relacionada à saúde considerando apenas a última semana (2) demonstra que 58% do G2 percebe-se dentro de uma faixa boa, muito boa ou excelente, 26,1% na faixa média e 15,9% situados entre ruim e muito ruim. Comparando com os dados advindos do G1 em que, 70,9% apresenta-se dentro da faixa ruim e muito ruim, 23,9% dentro da média, os dados apontam para uma melhor percepção de qualidade de vida em relação à saúde.

A qualidade de vida considerando aspectos psicossociais (3) também aponta diferenças significativas em relação aos grupos. No G1, 14,6% percebe como

boa, muito boa ou excelente, 29,2% dentro de uma faixa média e 30,8% como ruim e muito ruim. Comparando com os dados do G2, percebemos uma melhora na percepção após a realização da laringectomia total, nesse grupo, 47,7% se percebe entre as faixas boa, muito boa e excelente, 39,1% dentro da faixa média e 13% entre ruim e muito ruim.

Em relação à ansiedade e depressão, a escala HAD destaca médias entre os grupos com diferenças significativas. As variáveis são analisadas segundo os escores: 0-7: Nível normal; 8 a 10: Apresenta sintomas possíveis (falso negativo); 10 acima: Provável distúrbio de humor. Considerando a média geral dos escores, em relação ao nível de ansiedade, no G1 a foi de 9,2, enquanto no G2 de 6,4. Considerando o nível de depressão, no G1 a média foi de 8,3 e no G2 de 5,1. Entretanto, analisando os escores individualmente, as diferenças são significativas (Tabela 5).

Tabela 5: Questões gerais considerando os últimos 7 dias nos grupos pré e pós-cirúrgicos.

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré (G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Nível de Ansiedade				
Normal	62(52,1)	18 (29,0)	44(71,0)	< 0,05 *
Sintomas possíveis (falso negativos)	31(26,1)	14(45,2)	17(54,8)	
Provável distúrbio	26(21,8)	16(61,5)	10(38,5)	
Nível de Depressão				
Normal	71(59,7)	20(28,2)	51(71,8)	< 0,05 *
Sintomas possíveis (falso negativos)	25(21,0)	13(52,0)	12(48,0)	
Provável distúrbio	23(19,3)	15(65,2)	8(34,8)	

(*) Teste Exato de Fisher

Em relação aos índices de provável distúrbio, em relação à ansiedade a frequência geral de 21,8% (61,5% no G1 e 38,5% no G2) e em relação a depressão encontramos a frequência geral de 19,3% (65,2% no G1 e 34,8% no G2). Os sintomas falso negativos, compreendem para ansiedade 26,1% (45,2 no G1 e 54,8 no G2) e para depressão 21% (52,0% no G1 e 48,0% no G2). Os índices de dentro da faixa de normalidade para ansiedade corresponderam a 52,1% (29,0 o G1 e 71,0% no G2) e para depressão 59,7% (65,2% no G1 e 34,8% no G2).

Considerando que a amostra restrita ao G2 apresentou variação no tempo de cirurgia no momento da coleta, correlacionamos os níveis de ansiedade e depressão com o de tempo em relação data de realização da laringectomia total (Tabela 6).

Tabela 6: Tempo de cirurgia *versus* nível de ansiedade e depressão:

Variáveis	Total n (%)	Tempo de Cirurgia				p- valor
		< 1 n (%)	1 - 2 n (%)	2 - 3 n (%)	≥ 3 n (%)	
Nível de Ansiedade						
Nível normal	44 (62,0)	9 (34,6)	18(75,0)	6 (85,7)	11(78,6)	0,021*
Apresenta sintomas possíveis (falso negativo)	17 (23,9)	9 (34,6)	5 (20,8)	1 (14,3)	2 (14,3)	
Provável distúrbio de humor	10 (14,1)	8 (30,8)	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Nível de Depressão						
Nível normal	51 (71,8)	13(50,0)	20(83,4)	7(100,0)	11(78,6)	0,063*
Apresenta sintomas possíveis (falso negativo)	12 (16,9)	7 (26,9)	2(8,3)	0 (0,0)	3 (21,4)	
Provável distúrbio de humor	8 (11,3)	6 (23,1)	2 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	

(*) Teste Exato de Fisher

Em relação ao nível de ansiedade, até 1 ano de cirurgia 34,6% apresentam nível normal, 34,6% apresenta sintomas falso negativos e 30,8% de provável distúrbio. Até o terceiro ano ocorre um aumento nos níveis de normalidade, entretanto, após esse tempo, os níveis demonstram uma queda, aumentando a incidência de sintomas falso negativos e de provável distúrbio.

Em relação ao nível de depressão, até um ano o nível dentro da faixa de normalidade correspondem a 50% do G2 e, do mesmo modo que aconteceu com a ansiedade, ocorre um aumento nesses níveis até o terceiro ano e depois disso uma leve queda parece favorecer o aparecimento de sintomas falso negativos.

Correlacionando os níveis de ansiedade e depressão com os escores total e composto de qualidade de vida no G2, os índices apresentam variações similares (Tabela 7).

Tabela 7: Tempo de cirurgia *versus* escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida no grupo pós-cirúrgico

Variáveis	Tempo de Cirurgia				p-valor*
	< 1	1 2	2 3	≥ 3	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
Nível de Ansiedade	8,3 ± 3,55	5,4 ± 2,81	4,4 ± 2,70	5,4 ± 3,30	0,003
Nível de Depressão	7,3 ± 4,18	4,3 ± 3,46	2,0 ± 1,41	4,1 ± 3,51	0,002
Escore Total QV	623,8 ± 157,34	851,0 ± 137,02	1024,3 ± 63,90	922,4 ± 169,56	<0,001
Escore composto QV	52,0 ± 13,11	70,9 ± 11,42	85,4 ± 5,33	76,9 ± 14,13	<0,001

(*) ANOVA

Os dados indicam que apesar de uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão e melhora nos escores de qualidade de vida até o terceiro ano pós cirurgia, observa-se que após esse período os sintomas de ansiedade e depressão voltam a subir e a qualidade de vida a diminuir.

Em relação ao quesito que aborda outras informações relatadas pelos pacientes, encontramos extrema dificuldade nas respostas mesmo mediante estimulação do pesquisador. Uma hipótese que levantamos é que a dificuldade na fala pode ter influenciado nesse momento. Diante disso, buscamos contemplar essas informações através de perguntas mais objetivas que pudessem relatar algumas repercussões psicossociais do tratamento. Os questionamentos nos permitem inferir que na amostra do estudo, 46,2% refere ter diminuído e 36,1% ter se afastado das atividades de lazer, 32,8% refere afastamento por parte dos amigos e 21,8% dificuldades relacionadas a questão sexual.

DISCUSSÃO

Considerar aspectos inerentes à qualidade de vida das pessoas com câncer de laringe torna-se um fator contribuinte para facilitar a reabilitação biopsicossocial dos pacientes. Considerando os dados biosociodemográficos, a maioria é do sexo masculino, com histórico de uso frequente de cigarro e abuso de álcool, na faixa etária de 50 anos. Comparando os dados sociodemográficos desse estudo com outros encontrados na literatura, existem diversas semelhanças (Lima, Barbosa e Sougey, 2011).

Apesar da qualidade de vida global média não ser tão baixa, ou seja, apresenta uma média de 653,7 de um escore que pode chegar a 1200, quando os domínios são estratificados, diferenças significativas aparecem e merecem atenção. Os problemas mais comuns referidos nos últimos 7 dias pelos próprios pacientes tais como fala, dor, deglutição, aparência, ansiedade e atividade são os mais frequentes.

Entre os diferentes domínios de qualidade de vida, a fala foi o que apresentou o pior escore, 42,4 no G1 e 38,9 no G2. Resultados similares em relação à fala ser considerada como pior domínio também foram encontrados na literatura (Paula e Gama, 2009; Keereweer e cols, 2010; Lima Barbosa e Sougey, 2011) seguidas de dor e deglutição.

O grupo de pacientes após a cirurgia (G2) referiu maior dificuldade nas questões ligadas aos aspectos psicossociais ligados à aparência, atividades gerais e recreação e, embora na média dos escores compostos apenas a o domínio aparência tenha apresentado diminuição (de 55,2 para 53,2). A respeito da adaptação após a cirurgia, a necessidade de apoio social é referenciada em diversos estudos (Vartanian e cols, 2006; Green, Matusiewicz e Borkzyc, 2007; Silva, Abrahão e Rudnicki, 2009) principalmente quando consideramos o contexto social e econômico em que vivem. Além disso, fica evidente a necessidade de suporte emocional no enfrentamento das prováveis dificuldades futuras.

A esse respeito, Lima, Barbosa e Sougey (2011) relatam que a laringectomia total não proporciona melhoras significativas desses problemas, pelo contrário, muitas vezes cria dificuldades ainda maiores. Essa constatação respalda uma maior atenção para problemas que devem, antes mesmo da cirurgia, serem abordados com atenção por profissionais da área de assistência social, psicologia e fonoaudiologia.

Na amostra investigada, os níveis de ansiedade e depressão mensurados através da HAD apontam para a incidência de 21,8% e 19,3%, respectivamente. Mesmo utilizando outros instrumentos, encontramos frequências aproximadas e afirmações de que esses sintomas podem ser presentes antes e após a cirurgia (Braz e cols, 2005) e que os sintomas de

ansiedade se sobrepõem aos de depressão (Johansson, Ryden e Finizia, 2008).

Ainda considerando os aspectos as alterações na qualidade de vida dos pacientes, um estudo prospectivo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço mostra que, nos primeiros 3 meses após o tratamento, o escore de qualidade de vida é bruscamente deteriorado. Após 6 meses, ela começa a melhorar, com tendência à melhora até 1 ano e à estabilidade entre 1 e 3 anos pós-tratamento, pois os pacientes aprendem a conviver com as sequelas decorrentes do tratamento. Chama a atenção no nosso estudo que após esse período, alguns índices voltam a sofrer alterações com aumento nos níveis de ansiedade e depressão e discreta queda dos escores de qualidade de vida.

Encontramos dificuldades no item que contempla uma resposta aberta, entretanto, foi possível mapear alguns pontos tais como a diminuição e o afastamento de atividades de lazer, afastamento dos amigos e ainda um ponto não contemplado no protocolo de qualidade de vida que aborda dificuldades relacionadas à questão sexual, que foi presente em 21,8% dos participantes.

CONCLUSÃO

Identificar aspectos inerentes à qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe e que realizam a laringectomia total é uma condição valiosa para identificar o risco de desenvolvimento de problemas psicossociais, identificar sintomas psicopatológicos e domínios específicos que podem ser fonte de preocupação ao longo do tratamento, aqui retratados através das alterações da fala, dor, aparência, atividades ocupacionais de lazer e laborais.

Foi evidente que o câncer de laringe e as especificidades da laringectomia total apresentam uma correlação estreita com o declínio da qualidade de vida da população e pode repercutir em reações de ansiedade e depressão. O fator tempo também deve ser considerado, pois mesmo diante da adaptação as sequelas do tratamento, três anos depois os níveis de qualidade de vida voltam a diminuir e os níveis de ansiedade e depressão podem voltar a subir.

Assim, compreender como essas modificações decorrentes das especificidades desse tratamento afeta a vida dos pacientes, pode auxiliar a equipe de saúde no planejamento da reabilitação integral que envolve não

apenas os aspectos biológicos, mas, principalmente o suporte as demandas psicossociais específicas dessa população, que são presentes desde o momento anterior a cirurgia.

Nesse estudo, algumas limitações são observadas no tamanho amostral geral que não permite estimativas de prevalência populacional, no tamanho dos grupos que quando estratificados impedem uma maior quantidade de generalizações estatisticamente significativas, assim como o seu desenho de corte transversal. Sugere-se que estudos longitudinais possam ser realizados abordando a temática, entretanto, destacamos que, mesmo considerando possíveis generalizações e prevalências, as especificidades individuais, principalmente quando observamos as variações dos domínios individuais de qualidade de vida, sejam preconizadas no acompanhamento pela equipe de saúde. Nesse sentido, o uso de instrumentos padronizados pode facilitar a identificação dos domínios mais afetados, possibilitando, assim, estratégia de ação mais efetivas.

REFERÊNCIAS

Botega, NJ; Bio, MR; Zignani, MA; Garcia Jr., C; Pereira, WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, 29 (5): 355-63, 1995.

Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*. 60(2):135-42, 2005.

Costa Neto, SB; Araujo, TCCF. Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Tese de doutorado, 2002.

Dias FL, Kligerman J, Cervantes O, Tavares MR, Carvalho MB, Freitas EQ. Diagnóstico e tratamento do Câncer de Laringe. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em:

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/021.pdf. Acesso em: 13/11/2011.

Green, AT; Matusiewicz, KB; Borkzyc, J. Quality of life of patients after laryngectomy. *Journal of Physiology and Pharmacology*. 58(5): 699-704, 2007.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas 2010: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Johansson M, Rydén A, Finizia C. Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer - a longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. *BMC Cancer*. 27;8:80, 2008.

Keereweer, S; de Wilt, JHW; Sewnaik, A; Meeuwis, CA; Tilanus, HW; Kerrebijn, JDF. Early and long-term morbidity after total laryngopharyngectomy *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 267:1437–1444, 2010.

Lima, MAG; Barbosa, LNF; Sougey, EB. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. *Revista da SBPH*. 14(1): 18-40, 2011.

Paula, FC; Gama, RR. Avaliação da qualidade de vida em laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 38(3): 177 - 182, 2009.

Silva, AC; Abrahao, V; Rudnicki, T. A inter-relação entre qualidade de vida e adequação social em laringectomizados. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, 2009, 12(1).

Vartanian,JG; Carvalho,AL; Yueh, B; Priante, AVM; Melo,RL; Correia,LM; Kohler, HF; Toyota,J; Kowalski, ISG; Kowalski, LP. Long-term Quality-of-Life Evaluation After Head and Neck Cancer Treatment in a Developing Country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 130:1209-1213, 2004.

Vartanian,JG; Carvalho,AL; Toyota, J; Kowalski, ISG; Kowalski, LP. Socioeconomic effects of and risk factors for disability in long-term survivors of head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*.132:32-35, 2006.

Vickery, LE; Latchford, G; Hewinson, J; Bellew, M; Feber, T. The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & Neck*. April: 289-295, 2003

Weymuller, EAJ; Alsarraf, R; Yueh B; Deleyiannis, FWB; Phil, M; Coltrera, MD. Analysis of the Performance Characteristics of the University of Washington Quality of Life Instrument and Its Modification (UW-QOL-R). *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 127: 489-493, 2001.

5.5. Artigo 5

Status: Encaminhado para publicação.

Frequência de Reações Psicopatológicas em Pacientes com Câncer De Laringe

Frequency of Psychopathological Reactions in Patients with Larynx Cancer

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Psicólogo Clínico e Hospitalar; Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco; Professor da Faculdade Pernambucana de Saúde); Everton Botelho Sougey (Psiquiatra; Pós Doutor pela Universidade Livre de Bruxelas; Coordenador da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE).

Resumo: O objetivo deste estudo foi investigar as reações psicopatológicas em pacientes com câncer de laringe, principalmente considerando as especificidades da submissão a cirurgia de laringectomia total. Trata-se de um estudo de corte transversal e a amostra constituída por 119 pacientes. A idade média foi de 52 anos, 84,9% são homens, 58,9% brancos, 72,3% casados, 83,2% dos entrevistados não trabalha no momento atual por causa da doença, 90,8% da amostra refere uso de álcool anterior e 90,7% tabagismo. Os transtornos psiquiátricos mais frequentes foram 37% de Episódio Depressivo Maior, 25,2% de Transtorno de Ansiedade Generalizada, 21,8% de Agorafobia, 11,8% de Risco de Suicídio Leve, 7,6% de Fobia Social e 2,5% de Transtorno de Estresse Pós Traumático. Além das intervenções e alterações decorrentes do tratamento, tais como a cirurgia, radioterapia, traqueostomia, dor e dificuldade com a fala, as variáveis sócio-demográficas, hábitos e estilo de vida influenciam na incidência de reações psicopatológicas, principalmente a baixa renda, baixo nível de escolaridade, dificuldade de retomar atividades ocupacionais laborais e sociais.

Palavras-Chave: Câncer de laringe; reações psicopatológicas; transtornos psiquiátricos.

Abstract: The aim of this study was to investigate the psychopathological reactions in patients with laryngeal cancer, especially considering the specifics of the submission to total laryngectomy surgery. It is a cross-sectional study and the sample of 119 patients. The mean age was 52 years, 84.9% men, 58.9% white, 72.3% were married, 83.2% did not work at present because of illness, 90.8% said previous use of alcohol and smoking 90.7%. The most frequent psychiatric disorders were 37% for Major Depressive Episode, 25.2% for Generalized Anxiety Disorder, Agoraphobia 21.8%, 11.8% Carry Suicide Risk, Social Phobia 7.6% and 2 5% of Post Traumatic Stress Disorder. In addition to the interventions and alterations due to treatment such as surgery, radiation therapy, tracheostomy, pain and difficulty with speech, sociodemographic variables, lifestyle habits and influence the incidence of psychopathological reactions, especially low-income, low education , difficulty of resuming work and social work activities.

Keywords: Larynx cancer; psychopathological reactions, psychiatric disorders.

INTRODUÇÃO

O impacto global do câncer quase dobrou nos últimos 30 anos e atualmente é reconhecido como uma das mais frequentes causas de morte no mundo. No Brasil, as neoplasias malignas se posicionam como a segunda causa de morte na população e as estimativas para 2010 foram válidas, também para 2011. Entre as neoplasias malignas, o câncer de laringe representa cerca de 2% e as estimativas sobre a incidência e mortalidade do câncer de laringe no Brasil, atingiria cerca de 3,80% dos homens e 0,63% das mulheres. Em 2009, a estimativa foi de 9.320 novos casos (INCA, 2009).

O câncer de laringe tem sua etiologia fortemente associada ao tabagismo e o uso frequente de bebidas alcoólicas. Os dados da literatura apontam que apesar do efeito potencializado quando combinadas as substâncias, o consumo independente tem efeitos nocivos ao organismo (Wünsch Filho, 2004;

Derks e cols, 2005; Sartor e cols., 2007), ressaltando a importância da prevenção no desenvolvimento da doença (INCA, 2009; Barbosa e Francisco, 2011). Outros fatores também são associados, tais como o abuso da voz, hábitos precários de higiene oral, laringites crônicas e riscos ocupacionais através do contato com fibras têxteis, níquel, madeira e asbesto (*American Cancer Society*, 2011).

As repercussões psicossociais do câncer de laringe causam grande impacto, principalmente considerando as intervenções do tratamento que afetam diretamente a auto-imagem e anatomia funcional (Barbosa e Francisco, 2011). Radioterapia, quimioterapia e cirurgia são os usuais (Gonçalves, Menezes e Berteli, 2005) e especificamente em relação ao procedimento da laringectomia total, a perda da voz, dificuldade na mastigação e deglutição de certos alimentos, alterações no olfato e paladar e a convivência com o traqueostomia, podem afetar o desempenho de papéis sociais e expressão emocional (Barbosa e cols, 2004; Braz e cols, 2005; Silva, Abrahão e Rudnicki, 2009; Barbosa e Francisco, 2011), ou seja, esses fatores afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas e podem desencadear reações psicopatológicas (Barbosa, Câmara-Filho e Sougey, *in press*).

O objetivo deste estudo foi investigar as reações psicopatológicas em pacientes com câncer de laringe, principalmente considerando as especificidades da submissão a cirurgia de laringectomia total.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal e a amostra constituída por 119 pacientes com diagnóstico de câncer de laringe com indicação da cirurgia de Laringectomia total ou que já tenham realizado a cirurgia. Os dados foram coletados no Hospital do Câncer de Pernambuco, hospital de referência norte e nordeste nesse campo de atuação no Brasil. A amostra foi dividida em dois grupos: um pré-cirúrgico (G1) e o outro pós-cirúrgico (G2). Foram excluídos pacientes com presença de metástase ou recidiva do câncer na região, deficiência mental grave, demência e psicose, deficiência auditiva grave,

sequelas neurológicas de AVC, não compreensão das instruções e dos objetivos do estudo ou recusa em participar. Como critérios de inclusão foram determinantes o diagnóstico de câncer de laringe, indicação da realização de cirurgia de laringectomia total para o G1 e realização da cirurgia para o G2, ambos os sexos e concordância em participar do estudo após assinatura do TCLE.

Período de Coleta:

Os dados foram coletados no período de setembro de 2009 até junho de 2011 no HCP. Os voluntários eram inicialmente encaminhados pelo setor de psicologia da instituição e posteriormente o contato foi realizado por intermédio do setor de fonoaudiologia, principalmente considerando os pacientes que se encontravam no período de reabilitação vocal.

Aspectos éticos:

A pesquisa atende as normas propostas pela resolução 196/96 e os dados foram coletados apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Os voluntários eram convidados a participar da pesquisa e as entrevistas realizadas apenas após a leitura, compreensão dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos:

Um questionário biosóciodemográfico foi elaborado pelos pesquisadores tomando como referência estudos na área e a experiência clínica com pacientes oncológicos. As informações contemplam dados de identificação, nível educacional e sócio-econômico, histórico da doença, hábitos e estilo de vida e aspectos psicossociais.

Para a avaliação das reações psicopatológicas e considerando a especificidade da amostra em questão, ou seja, pacientes com dificuldade na fala e frequentemente com queixas de dor e desconforto, foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na

pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. É uma entrevista abrangente no mapeamento da saúde mental e permite uma avaliação, com prioridade no contexto atual, dos 17 transtornos do Eixo I, risco de suicídio e transtorno de personalidade anti-social (Amorim, 2000).

Análise estatística:

Foi realizada uma análise estatística inferencial. Foram utilizados os *softwares* EpilInfo versão 3.5.3, o *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 13.0 e o Microsoft Excel 2010. A descrição estatística é apresentada em forma de tabelas com suas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o teste Qui-Quadrado e o Exato de Fisher. Todos os testes foram aplicados com um intervalo de 95% de confiança.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 119 participantes, sendo dividida em dois grupos. O primeiro deles (G1), foi composto por 48 (40,33%) pacientes na semana que antecedia a internação para a realização da cirurgia de laringectomia total. O grupo seguinte (G2) foi composto por 71 (59,66%) pacientes que já haviam realizado a laringectomia total e estavam no período de retorno para acompanhamento médico e fonoaudiológico na instituição.

Em relação ao G1, 13 pacientes desistiram de participar durante o desenvolvimento da entrevista e, em relação ao G2, apenas 2. Os pacientes que desistiram não entraram na amostra total citada anteriormente. Em relação aos dados sociodemográficos, a idade variou de 30 a 75 anos (média de 52 anos), com frequências predominantes de homens (84,9%), auto-referidos brancos (58,9%) e pardos (37,8%) e com estado civil casado (72,3%).

Em relação à escolaridade, 35,3% é analfabeto funcional e 50,4% tem ensino fundamental. A maior parte é procedente de Recife (58,8%) e 83,2% dos entrevistados não trabalha no momento atual por causa da doença, resultando

renda de um salário mínimo para 72,3% dos participantes que em 45,4% dos casos corresponde à renda total da família. Mais da metade (52,9%) da amostra recebe benefício do governo devido à impossibilidade de trabalhar. Comparando os dados de benefício entre os grupos, observa-se que no G1 35,4% recebe benefício, já no G2, esse valor sobe para 64,8% (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio-demográficas

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré (G1) n (%)	Pós (G2) n (%)	
Idade				
30 a 39 anos	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	0,932 *
40 a 49 anos	17 (14,3)	6 (12,5)	11 (15,5)	
50 a 59 anos	43 (36,1)	19 (39,6)	24 (33,8)	
60 a 69 anos	47 (39,6)	18 (37,5)	29 (40,8)	
70 anos acima	11 (9,2)	5 (10,4)	6 (8,5)	
Sexo				
Masculino	101 (84,9)	42 (87,5)	59 (83,1)	0,692 **
Feminino	18 (15,1)	6 (12,5)	12 (16,9)	
Estado civil				
Solteiro	8 (6,7)	3 (6,3)	5 (7,0)	0,827 *
Casado	86 (72,3)	33 (68,7)	53 (74,7)	
Divorciado	16 (13,4)	8 (16,7)	8 (11,3)	
Outros	9 (7,6)	4 (8,3)	5 (7,0)	
Escolaridade				
Analfabeto	42 (35,3)	19 (39,6)	23 (32,4)	0,684 **
Fundamental	60 (50,4)	22 (45,8)	38 (53,5)	
Médio	17 (14,3)	7 (14,6)	10 (14,1)	
Procedência				
Recife	70 (58,8)	33 (68,7)	37 (52,1)	0,093 *
Interior do estado	45 (37,8)	15 (31,3)	30 (42,3)	
Outros Estados	4 (3,4)	0 (0,0)	4 (5,6)	
Trabalho atual				
Sim	20 (16,8)	6 (12,5)	14 (19,7)	0,434 *
Não	99 (83,2)	42 (87,5)	57 (80,3)	
Renda individual				
< 1 salário	17 (14,3)	9 (18,8)	8 (11,3)	0,643 *
1 salário	86 (72,3)	32 (66,6)	54 (76,0)	
2 a 3 salários	13 (10,9)	6 (12,5)	7 (9,9)	
4 a 6 salários	3 (2,5)	1 (2,1)	2 (2,8)	
Renda familiar				
< 1 salário	8 (6,7)	2 (4,2)	6 (8,5)	0,493 *
1 salário	54 (45,4)	22 (45,8)	32 (45,1)	
2 a 3 salários	51 (42,9)	20 (41,7)	31 (43,7)	
4 a 6 salários	6 (5,0)	4 (8,3)	2 (2,8)	
Recebe benefício pelo câncer				
Sim	63 (52,9)	17 (35,4)	46 (64,8)	0,003 **
Não	56 (47,1)	31 (64,6)	25 (35,2)	

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

Os resultados em relação ao histórico da doença atual demonstram que o tempo de aparecimento dos sintomas no G1 predomina no período de 1 ano até menos de 2 anos (43,7%), seguido por menos de 1 ano (39,6%) e de 2 anos acima (16,7%), no Grupo G2 predomina 3 anos acima (49,3%), seguido de 2 até menos de 3 anos (31%) e menos de 2 anos (19,7%). Em relação ao auxílio médico após os sintomas, 77,3% refere ter buscado orientação e 83,2% foi encaminhada diretamente ao Hospital de referência. Em relação ao estadiamento da doença, 73,8% era T3, 21,2% T2 e 5% T4.

Considerando aspectos do estilo de vida antes do diagnóstico, 90,8% da amostra refere uso de álcool e 90,7% tabagismo. Vale ressaltar que comparando as informações entre os grupos e considerando que alcoolismo e tabagismo são fatores de risco para a doença, no G1, 10,4% permaneceram fumantes e 10,4% usam álcool uma semana antes da realização da cirurgia. No G2 18% continua ou volta a usar álcool após a cirurgia e apenas 2,9% volta a fumar (Tabela 2).

Tabela 2: Hábitos e estilo de vida:

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré(G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Álcool anterior				
Sim	108 (90,8)	40 (83,3)	68 (95,8)	0,027 *
Não	11 (9,2)	8 (16,7)	3 (4,2)	
Álcool atual				
Não	98 (82,4)	43 (89,6)	55 (77,5)	0,191 *
Socialmente	18 (15,1)	5 (10,4)	13 (18,3)	
Final de semana	3 (2,5)	0 (0,0)	3 (4,2)	
Tabagismo anterior				
Sim	107 (90,7)	45 (93,7)	62 (88,6)	0,522 *
Não	11 (9,3)	3 (6,3)	8 (11,4)	
Tabagismo atual				
Sim	7 (5,9)	5 (10,4)	2 (2,9)	0,119 *
Não	111 (93,3)	43 (89,6)	68 (97,1)	

(*) Teste Exato de Fisher

As intervenções mais frequentes decorrentes da doença aparecem conforme os dados observados na Tabela 3.

Tabela 3: Intervenções do tratamento antes e depois da cirurgia

Variáveis	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré(G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Quimioterapia	6 (5,0)	1 (2,1)	5 (7,0)	0,399 *
Radioterapia	58 (48,7)	14 (29,2)	44 (62,0)	0,001 **
Quimioterapia e Radioterapia	21 (17,6)	6 (12,5)	15 (21,1)	0,334 **
Traqueostomia	92 (77,3)	21 (43,8)	71 (100,0)	< 0,001 **
Dificuldade de alimentação	55 (46,2)	30 (62,5)	25 (35,2)	0,006 **
Perda de peso	43 (36,1)	16 (33,3)	27 (38,0)	0,743 **
Medicação para dor	31 (26,1)	25 (52,1)	6 (8,5)	< 0,001 **
Medicação para dormir	9 (7,6)	5 (10,4)	4 (5,6)	0,482 **
Ansiolítico	4 (3,4)	2 (4,2)	2 (2,8)	1,000 *
Antidepressivo	7 (5,9)	6 (12,5)	1 (1,4)	0,017 *

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

O tratamento predominante foi a radioterapia (48,7%), seguido de radioterapia e quimioterapia combinados (17,6%) e apenas quimioterapia (6%). Considerando apenas o G2, o tratamento predominante foi a radioterapia (62%). Chama atenção o fato de 43% da amostra já ser traqueostomizada antes da cirurgia. Dificuldade de alimentação é referida por 62% do G1 e 35,2% do G2. A dor como sintoma que requer medicação para controle é presente em 52,1% do G1, sendo rebaixada consideravelmente no G2 para 8,5%. O uso de antidepressivos também foi mais frequente no G1 (12,5%), embora ainda seja muito pouco considerando os índices de depressão presentes na amostra no momento atual.

As dificuldades na fala são relatadas em 59,7% dos entrevistados. Correlacionando com o momento pré (G1) e pós cirurgia (G2), os índices de insatisfação são 43,8% e 70,4%, respectivamente, destacando que no G2 esse índice de insatisfação está associado a reabilitação da voz esofágica.

As reações psicopatológicas encontradas no momento em que foram realizadas as entrevistas apontam dados alarmantes, principalmente considerando 37% de Episódio Depressivo Maior (50% no G1 e 28,2% no G2), 25,2% de Transtorno de Ansiedade Generalizada (39,6% no G1 e 15,5% no G2), 21,8% de Agorafobia (12,5% no G1 e 28,2% no G2), 11,8% de Risco de Suicídio Leve (10,4% no G1 e 12,72% no G2), 10,9% de Dependência de Álcool (18,8% no G1 e 5,6% no G2), 7,6% de Fobia Social (14,2% no G1 e

9,9% no G2), 2,5% de Transtorno de Estresse Pós Traumático (4,2% no G1 e 1,4% no G2) (Tabela 4).

Tabela 4: Reações psicopatológicas presentes no pré e pós cirúrgico:

Transtornos Psiquiátricos	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré(G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Episódio Depressivo Maior	44 (37,0)	24 (50,0)	20 (28,2)	0,026 **
EDM com características Melancólicas	6 (5,0)	3 (6,3)	3 (4,2)	0,684 *
Transtorno Distímico	6 (5,0)	1 (2,1)	5 (7,0)	0,399 *
Risco de Suicídio Leve	14 (11,8)	5 (10,4)	9 (12,7)	0,932 **
Episódio Maníaco	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	1,000 *
Episódio Hipomaníaco	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (2,8)	0,515 *
Transtorno de Pânico	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	1,000 *
Agorafobia	26 (21,8)	6 (12,5)	20 (28,2)	0,071 **
Fobia Social	9 (7,6)	2 (4,2)	7 (9,9)	0,310 *
Transtorno Obsessivo Compulsivo	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	1,000 *
Transtorno de Estresse Pós- Traumático	3 (2,5)	2 (4,2)	1 (1,4)	0,564 *
Dependência de Álcool	13 (10,9)	9 (18,8)	4 (5,6)	0,051 **
Dependência de Substância	4 (3,4)	4 (8,3)	0 (0,0)	0,025 *
Abuso de Substâncias ilícitas	1 (0,8)	1 (2,1)	0 (0,0)	0,403 *
Transtorno de Ansiedade Generalizada	30 (25,2)	19 (39,6)	11 (15,5)	0,006 **
Transtorno de Personalidade Anti- Social	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (2,8)	0,515 *

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

Objetivando aprofundar mais as informações coletadas, correlacionamos o tempo de cirurgia do G2 com a frequência das reações psicopatológicas (Tabela 5). Os índices descritos trazem informações importantes sobre a frequência dos transtornos psiquiátricos, principalmente considerando que após 3 anos de cirurgia, muitos deles ainda são presentes. Em relação ao Episódio depressivo maior, até um ano da cirurgia a incidência é de 46,2% e após 3 anos do procedimento mantêm 28,6%. O transtorno distímico apresenta alteração para mais, de 3,8% para 7,1% e o risco de suicídio diminui de 23,1% para 14,3%. Em relação a agorafobia, a mudança é de 38,5% para 28,6% e a variação em relação a fobia social é mínima, 15,4% e 14,3%, respectivamente. Os únicos transtornos que apresentaram remissão no G2 foram a dependência do álcool e o transtorno de ansiedade generalizada.

Tabela 5: Tempo de cirurgia versus reações psicopatológicas no pós cirúrgico:

Transtornos Psiquiátricos	Total n (%)	Tempo de Cirurgia		p-valor
		< 1ano (%)	≥ 3anos (%)	
Episódio Depressivo Maior	20 (28,2)	(46,2)	(28,6)	0,040 *
Transtorno Distímico	5 (7,0)	(3,8)	(7,1)	0,778 *
Risco de Suicídio Leve	9 (12,7)	(23,1)	(14,3)	0,186 *
Agorafobia	20 (28,2)	(38,5)	(28,6)	0,262 *
Fobia Social	7 (9,9)	(15,4)	(14,3)	0,517 **

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

As repercussões psicossociais advindas de todo o processo são reais e apontam, além de reações psicopatológicas específicas, para um elevado índice de sofrimento psicológico decorrente de tantas alterações que envolvem a família, os cuidadores, os amigos e a sexualidade (Tabela 6).

Tabela 6: Repercussões psicossociais do adoecimento

Repercussões	Total n (%)	Grupos		p-valor
		Pré(G1) n (%)	Pós(G2) n (%)	
Afastamento do trabalho	34 (28,6)	21 (43,8)	13 (18,3)	0,005 **
Afastamento dos amigos	39 (32,8)	12 (25,0)	27 (38,0)	0,198 **
Diminuição das atividades de lazer	55 (46,2)	18 (37,5)	37 (52,1)	0,167 **
Afastamento das atividades de lazer	43 (36,1)	21 (43,8)	22 (31,0)	0,220 **
Separação/divórcio	5 (4,2)	1 (2,1)	4 (5,6)	0,647 *
Outros problemas conjugais	8 (6,7)	3 (6,3)	5 (7,0)	1,000 *
Esposa como cuidadora principal	34(28,6)	13 (27,1)	21 (29,6)	0,929 **
Filha como cuidadora principal	3 (2,5)	2 (4,2)	1 (1,4)	0,564 *
Filho como cuidador principal	21 (17,6)	7 (14,6)	14 (19,7)	0,634 **
Outro parente como cuidador principal	14 (11,8)	7 (14,6)	7 (9,9)	0,621 **
Família se organiza para cuidados	35 (29,4)	9 (18,8)	26 (36,6)	0,058 **
Dificuldades relacionadas a questão sexual	26 (21,8)	11 (22,9)	15 (21,1)	0,995 **

(*) Teste Exato de Fisher / (**) Teste Qui-Quadrado

Afastamento do trabalho é frequente em 43,8% do G1 e 18,3% do G2, demonstrando dificuldades no retorno ao desempenho de atividades laborais. A diminuição de atividades de lazer acontece em 46,2% da amostra e 36,1% refere afastamento completo de tais atividades. Um dado bastante significativo do ponto de vista qualitativo é que 52,1% continua com atividades de lazer diminuídas após a cirurgia e 31% refere continuar completamente afastado. A

esposa aparece como principal cuidadora (28,6%), sendo seguida pelo filho (17,6%) e outro parente (11,8%), entretanto, 29,4% relataram que a família se organiza para esses cuidados. Dificuldades relacionadas à questão sexual aparecem em 21,8% da amostra.

DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas dizem muito das reações psicossociais apresentadas pelos pacientes. A renda individual e familiar é predominantemente de 1 salário mínimo em 72,3% e 45,4%, respectivamente. A escolaridade mais frequente é ensino fundamental (50,4%) e 35,3% se auto refere analfabeto funcional.

Aspectos ligados à impossibilidade de trabalhar mesmo depois da cirurgia refletem o despreparo da sociedade para lidar com limitações decorrentes da laringectomia total, a mais evidente no estudo foi a impossibilidade de fala. Cerca de 83,2% da amostra não trabalha, inclusive, mesmo após a cirurgia, 80,7% continua sem trabalhar, deixando os pacientes ociosos e mais suscetíveis a reações emocionais negativas e onerando ainda mais os gastos do governo com o pagamento de benefícios. Dados da literatura corroboram com essa afirmativa apontando que apenas cerca de 15% dos pacientes laringectomizados totais consegue retomar o trabalho (Ramirez e cols, 2003). Um estudo realizado na Alemanha apontou taxas de incidência menores, variando entre 0,6% e 7,2% de desemprego (Bussian e cols, 2010).

Além disso, o afastamento dos amigos (32,8%), diminuição e afastamento das atividades de lazer (46,2% e 36,1%, respectivamente), organização de familiares nos cuidados com o paciente durante o tratamento (29,4%) e dificuldades relacionadas à questão sexual (21,8%) fazem parte das principais repercussões psicossociais do adoecimento de câncer de laringe e da submissão a laringectomia total. De acordo com a literatura, cerca de 50% dos pacientes laringectomizados se sentem envergonhados por causa do traqueostoma, resultando no aumento dos escores de ansiedade e depressão em pelo menos um terço deles, destacando a presença de isolamento social

(Danker e cols, 2010, Barbosa e Francisco, 2011), além disso, os problemas de ordem sexual como diminuição da frequência do ato sexual e da libido o que pode estar sendo influenciado pelos sintomas de depressão presentes (Singer e cols, 2008).

Alcoolismo (90,8%) e tabagismo (90,7%) são parte do estilo de vida dos pacientes e esse fator demonstra a necessidade cada vez maior da inserção de programas preventivos e de tratamento em relação a esse tipo de dependência, atualmente reconhecidos como Doença pela Organização mundial de Saúde.

O estudo encontrou frequências elevadas de reações psicopatológicas que merecem atenção da equipe de saúde, principalmente pela importância destas, quando detectadas precocemente, atenuarem o sofrimento emocional dos pacientes ou mesmo serem prevenidas.

Na nossa amostra, a depressão foi a mais frequente com uma incidência de 37%. Os dados estão de acordo com outros índices apontados pela literatura pois a depressão é o transtorno psiquiátrico considerado mais comum em pacientes com câncer (Bailey e cols, 2005; Teng, Humes e Demetrio, 2005; Archer, Hutchison e Korszun, 2008) e com prevalências que podem chegar a 29% nas pessoas acometidas pela doença (Bottino, Fágua e Gattaz, 2009), entretanto, fatores como dor e a incidência de metástases (Ciaramela e Poli, 2001) e a localização na região de cabeça e pescoço (Archer, Hutchison e Korszun, 2008) podem aumentar essa taxa.

Além da depressão, preocupações constantes, ansiedade, possivelmente tem correlação com uma baixa sobrevida, sugerindo que esses aspectos sejam considerados no tratamento de pacientes com câncer de laringe (Johansson, Ryden e Finizia, 2011).

Outras reações psicopatológicas frequentes no estudo foram o Transtorno de ansiedade generalizada com incidência de 25,2%, a Agorafobia (21,8%), a dependência de álcool (10,9% e a fobia social (7,6%).

Apesar de diferentes estudos abordarem aspectos ligados a ansiedade e depressão entre outros transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer de

laringe, encontramos dois estudos que utilizaram entrevistas diagnósticas estruturadas para diagnóstico. Um deles verificou em 189 laringectomizados a prevalência de transtornos mentais em 23% da amostra, sendo a maior prevalência de alcoolismo, seguida de depressão maior, ambas com índice de 8% de incidência (Singer e Cols, 2005).

No outro estudo, Bussian e cols (2010) compararam a prevalência de transtornos psiquiátricos em 151 pacientes que se submeteram a laringectomia parcial e 218 submetidos a laringectomia total. A prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 17,3% e 22,2%, em cada grupo, respectivamente. Detalhando a frequência dos transtornos, nos pacientes laringectomizados totais foram encontrados: depressão maior (6%), dependência de álcool (6%), distímia (4,8%), transtorno de ajustamento (3,6%), ansiedade generalizada (1,2%) e fobia social (0,6%). Nos pacientes com laringectomia parcial os dados apontaram: transtorno de ajustamento (5,8%), depressão maior (3,6%), distímia (3,6%), ansiedade generalizada (2,9%), transtorno de estresse pós-traumático (0,7%). Apesar dos dados apontarem para uma incidência menor que a nossa, o estudo não deixa claro a realidade sociodemográfica dos pacientes e consideramos importante o fato de ele ter sido realizado em diferentes hospitais da Alemanha, uma realidade bem diferente da nossa.

Índices de suicídio podem ser presentes entre 10% e 14% de pacientes com câncer e tem relação com diversos fatores, principalmente o tipo do câncer, diagnóstico, dor, metástase, diagnóstico concomitante de depressão, neoplasias na região de cabeça e pescoço, fadiga, entre outros fatores (Bottino, Fráguas e Gattaz, 2009). Em relação ao Risco de Suicídio, a prevalência em 11,8% na amostra pesquisada, apesar de ser presente na literatura e não demonstrar significância estatística, qualitativamente nos chama atenção pois ela tende a aumentar após a cirurgia, como demonstrados no comparativo entre o G1 e o G2, com 10,4% e 12,7%, respectivamente.

Considerando o câncer como preditor do diagnóstico do Transtorno do Estresse Pós Traumático, cerca de 2,5% da amostra pesquisada preencheu os critérios de diagnóstico, entretanto, quando comparados os momentos pré e pós-cirúrgicos, os índices correspondem respectivamente a 4,2% e 1,4%.

Achados na literatura apontam uma prevalência que pode variar entre 4% e 9,1% (Smith, Zimmerman, Williams, Preisser e Clipp, 2008).

Os dados também apontam que embora presentes no período de até um ano após a cirurgia, alguns transtornos permanecem mesmo após 3 anos de do procedimento, como é o caso do episódio depressivo maior, transtorno distímico, o risco de suicídio a agorafobia e a fobia social.

Entre tantas variáveis encontradas no presente estudo, Bussian e cols (2010) destacam que apenas a baixa renda, o desemprego e a dificuldade em manter-se ativo em tempo integral, já são associados ao risco de depressão e outros transtornos psiquiátricos. Assim, tanto o tratamento medicamentoso, quanto às intervenções psicossociais e psicoterapêuticas tais como o conhecimento sobre a doença, reforço de estratégias cognitivas e apoio psicológico podem aumentar a adesão ao tratamento, melhora na depressão e consequentemente a sobrevida dos pacientes (Bottino, Fráguas e Gattaz, 2009).

CONCLUSÃO

O câncer é uma doença que causa um grande impacto na vida das pessoas, sendo reconhecida como uma doença que traz inúmeras repercussões psicossociais que se extrapolam uma experiência individual atingindo também as pessoas próximas ao longo do tratamento. Trata-se de uma experiência negativa e perpassada por reações psicopatológicas, principalmente a depressão.

Além da depressão, outros transtornos psiquiátricos são frequentes tais como transtorno de ansiedade generalizada, risco de suicídio, agorafobia e dependência de substâncias tanto no momento pré, quanto pós laringectomia total. Esses aspectos merecem atenção pois podem interferir no processo de reabilitação, na adesão ao tratamento e na diminuição da qualidade de vida.

Além das intervenções e alterações decorrentes do tratamento, tais como a cirurgia, radioterapia, traqueostomia e dificuldade com a fala, as variáveis sócio-demográficas, hábitos e estilo de vida influenciam na incidência de

reações psicopatológicas, principalmente a baixa renda, baixo nível de escolaridade, dificuldade de retomar atividades ocupacionais laborais e sociais.

Uma limitação do estudo é o corte transversal, assim, sugerimos que estudos longitudinais possam sejam realizados objetivando tornar os dados decorrentes de tantas variáveis mais precisos. Outra limitação está no tamanho da amostra que impede outros tipos de análises estatística.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society – ACS. What Are the Risk Factors for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer? Revised: 12/16/2005 Disponível em: <http://http://www.cancer.org/cancer/laryngealandhypopharyngealcancer/index> Acesso em: 08/05/2011.
- Amorim, P. Entrevista Breve para o diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 22 (3): 106-15, 2000.
- Archer, J; Hutchison, I; Korszun, A. Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. 37(5): 255-270, 2008.
- Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MMS, Bailey TA, Beal JM. Understanding and treating depression among cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 5:203–208, 2005.
- Barbosa, LNF; Santos, DA; Amaral, MXF; Gonçalves, AJ; Bruscato, WL. Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos à Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo. *Rev. SBPH*, 7 (1): 45-58, 2004.
- Barbosa, LNF; Camara Filho, JWS; Sougey, EB. Comorbidades Psiquiátricas no Câncer de Laringe. *Neurobiologia*, *in press*.
- Barbosa, LNF; Francisco, AL. Paciente Laringectomizado Total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéia*. 21(48): 73-81, 2011
- Bottino, SMB; Fráguas, R; Gattaz, WF. Depressão e Câncer: revisão da literatura. *Rev Psic Clin*, 36(3): 109-15, 2009.
- Braz, D. A. S., Ribas, M. M., Dedivitis, R. A., Nishimoto, I. N. & Barros, A. P. B. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*, 60(2): 2005, 135- 142

- Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001;10(2):156-65.
- Danker H, Wollbrück D, Singer S, Fuchs M, Brähler E, Meyer A. Social withdrawal after laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* .267(4):593-600, 2010.
- Derks, W, Leeuw, JRJ, Hordijk, GJ, Winnubst, JAM. Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. *Clin. Otolaryngol*. 2005, 30: 186-192.
- Gonçalves, AJ; Menezes, MB; Bertelli, AA. Câncer de Laringe. In: Gonçalves, AJ; Alcadipani, FC. *Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. Tecmedd. Ribeirão Preto, 2005.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas 2010: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- Johansson, M; Ryden, A; Finizia, C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - A longitudinal study. *BMC Cancer*. 11:283, 2011.
- LIMA, Mariana Arroxelas Galvão de; BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; SOUGEY, Everton Botelho. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. *Rev. SBPH*, 14(1):18-40 . 2011 .
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (1979-1999). Disponível em: www.inca.gov.br/atlas/ Acessado em: 08/05/2011.
- Ramírez, MJF; Ferriol, EE; Doménech, FG; Llatas, MC; Suárez-Varela, MM; Martínez, RL. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal câncer. *Otolaryngol Head and Neck Surg*.129: 92-7, 2003.
- Sartor, SG, Eluf-Neto, J, Travier, N, Wünsch Filho, V, Arcuri, ASA., Kowalski, LP; Boffeta, P. (2007). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Caderno de Saúde Pública*, 23(6): 1473-1481.
- Silva, AC; Abrahao, V; Rudnicki, T. A inter-relação entre qualidade de vida e adequação social em laringectomizados. *Rev. SBPH*, 12 (1): 17-30, 2009 .
- Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Preisser JS, Clipp EC. (2008). Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin's lymphoma survivors. *J Clin Oncol*. 20;26(6):934-41

Singer S, Danker H, Dietz A, Kienast U, Pabst F, Meister EF, Oeken J, Thiele A, Schwarz R. Sexual problems after total or partial laryngectomy. *Laryngoscope*. 118(12):2218-24, 2008.

Singer S, Herrmann E, Welzel C, Klemm E, Heim M, Schwarz R. Comorbid mental disorders in laryngectomees. *Onkologie*.28(12):631-6, 2005.

Teng, CT; Humes, EC; Dmetrio, FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (3); 149-159, 2005.

Wünsch Filho, V. (2004). The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical Journal* 122(5): 188-194.

7. CONCLUSÃO

O tratamento do câncer de laringe e a cirurgia de laringectomia total, representam uma condição traumática na vida das pessoas acometidas pela doença. Epidemiologicamente, nossos dados foram semelhantes a outros estudos, principalmente em relação a faixa etária acima de 50 anos, predominância em homens, com histórico de tabagismo e alcoolismo.

As reações psicopatológicas foram presentes nos pacientes com câncer de laringe tanto no momento anterior, quanto após a realização da laringectomia total, demonstrando que todo o período do tratamento necessita de atenção da equipe de saúde. Predominou ocorrência das reações de depressão, seguidas por ansiedade generalizada agorafobia, risco de suicídio leve fobia social entre outras.

As mudanças na vida diária dos pacientes repercutiram de modo negativo na qualidade de vida, afetando diretamente alguns domínios, tais como dor, fala, atividades ocupacionais (trabalho), mastigação e deglutição são frequentes com variações que dependem do tempo da cirurgia.

O estudo apresenta limitações associadas ao tamanho amostral que impede outros tipos de inferência estatística ou mesmo índices de prevalência populacional. Entretanto, as informações encontradas apontam para a necessidade de, mesmo diante de algumas generalizações, poder olhar para cada caso considerando suas particularidades.

8. REFERÊNCIAS

AARONSON NK, BULLINGER M, AHMEDZAI S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. **Recent Results Cancer Res.** 111: 231-249, 1988.

AARSTAD, HANS JORGEN; AARSTAD, ANNE KARI H.; HEIMDAL, JOHN HELGE; OLOFSSON, JAN. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. **Acta Oto-Laryngológica.** 125:557-565, 2005.

AMERICAN CANCER SOCIETY – ACS. **What Are the Risk Factors for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer?** Revised: 12/16/2005 Disponível em:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_Laryngeal_and_Hypopharyngeal_cancer_23.asp Acesso em: 14/05/2007.

AMORIM, Patrícia. Entrevista Breve para o diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr.** 22 (3): 106-15, 2000.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; SANTOS, Daniela Achette; AMARAL, Mariana Xavier Ferraz; GONÇALVES, Antônio José; BRUSCATO, Wilze Laura. Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos à Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo. **Rev. SBPH 7 (1), 2004.** Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100005&lng=pt&nrm=iso Acesso em 22/07/2007.

BOTEGA, Neury José.; BIO, Márcia R; ZOMIGNANI, Maria Adriana;JR., Celso Garcia;PEREIRA, Walter A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública,** 29 (5): 355-63, 1995.

BOTEGA, Neury José. Reação à doença e a hospitalização. In BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** – 2ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006 (p. 49-66).

BOTEGA, Neury José; SMARIA, Sumaia Inaty. Morbidade Psiquiátrica no Hospital Geral In: BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** – 2ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006 (p. 35-48).

BRAZ, Daniella Scalet Amorim; RIBAS, Marta Maria; DEDIVITIS, Rogério Aparecido; NISHIMOTO, Inês N.; BARROS, Ana Paula Brandão. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. **Clinics**. 60 (2): 135-142, 2005.

CARVALHO, J. T. **O Tabagismo: Visto sob Vários Aspectos**. São Paulo: Medsi, 2000.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short-form health survey (SF-36)**. Tese: Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina, 1997.

COSTA NETO, Sebastião Benício da; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo. **Qualidade de vida dos portadores de neoplasia de cabeça e pescoço: o bem-estar, o bem-ser, o bem-ter e o bem-viver**. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Tese de doutorado, 2002.

DERKS, W., LEEUW, J.R.J., HORDIJK, G. J., WINNUST, J.A.M. Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer. **Clin. Otolaryngol**. 30: 186-192, 2005.

DIAS FL, KLIGERMAN J, CERVANTES O, TAVARES MR, CARVALHO MB, FREITAS EQ. **Diagnóstico e tratamento do Câncer de Laringe. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/021.pdf . Acesso em: 08/11/2007.

FERNANDES, K. P. Aspectos Psicológicos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. In: Filho, Vigilius J. F. Araújo; Brandão, Lenine Garcia & Ferraz, Alberto R. **Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo: Keila & Rosenfeld, 1999. (p. 191-194).

FISZMAN, Adriana; MARQUES, Carla; Berger, WILLIAM; Volchan, Eliane; OLIVEIRA, Laura Alice Santos; COUTINHO, Evandro Silva Freire; MENDLOWICZ, Mauro; FIGUEIRA, Ivan. Adaptação transcultural para o português do instrumento *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*, Versão Autoaplicativa. **Rev Psiquiatr**. 27 (2): 151-158, 2005.

FLECK, Marcelo P. A; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" **Rev. Saúde Pública**. 34 (2), 2000.

GARRIGA-GARCIA, E.; GALAVIS, V.; GARRIGA-MICHELENA, E.; LUGO, J. Impacto de La Laringectomia en Los Pacientes. **Revista Venezolana de Oncologia**, 7: 89-93, 1995.

GONÇALVES AJ, MENEZES MB, BERTELLI AAT. Câncer de laringe. *In*: GONÇALVES AJ; ALCADIPANI, FAMC. **Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. Tecmedd Editora 2005;

KATZ, MR; IRISH, JC; DEVINS, GM; RODIN, GM; GULLANE, PJ. Psychosocial Adjustment in Head and Neck Cancer: The Impact of Disfigurement, Gender and Social Support. **Head and Neck**, 25 (2): 103-112, 2003.

LAMPERT, M. H. & WITTEN, C. M. Reabilitação. *In*: Love, Richard F. **Manual de Oncologia Clínica**. União Internacional Contra o Câncer. Springer-Verlag – Fundação Oncocentro: São Paulo, 1999. (p. 587-597).

LEE-PRESTON, V.; STEEN, I.N.; DEAR, A.; KELLY, C. G.; WELCH, A. R.; MEIKLE, D.; STAFFORD, F. W.; WILSON, J.A. Optimizing the assessment of quality of life after laryngeal cancer treatment. **The Journal of Laryngology & Otology**. June: 432-438, 2004.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, 11, 43-49.

LIST, M. A.; RUTHERFORD, J. L.; STACKS, J.; HARAF, D.; KIES, M. S.; VOKES, E. E. An Exploration of the Pretreatment Coping Strategies of Patients with Carcinoma of the Head and Neck. **Cancer. American Cancer Society**, 1 (95): 98-104. July. 2002.

LONG, S. A.; D'ANTONIO, L.L.; ROBINSON, E.B.; ZIMMERMAN, G.; PETTI, G.; CHOMKICH, G. Factors related to quality of life and functional status in 50 patients with head and neck cancer. **Laryngoscope**. 106:1084-8, 1996.

LOTEPIO, MARIA M.; WANG, KEVIN, H.; SADEGHI, AHMED; DELACURE, MARK D.; JUILLARD, GUY F.; WANG, MARILENE B. Comparison of quality outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery**. 132 (6): 948-953, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **O que é o câncer?**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 . Acesso em: 20/07/2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. – São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004. 270 p.

MORTON, R. P.; IZZARD, M. E. Quality life outcomes in head and neck cancer patients. **World J. Surg.** 27:884-9. 2003.

MOWRY, SARAH E.; LOTEMPIO, MARIA M.; SADEGHI, AHMAD; WANG, KEVIN H.; WANG, MARILENE B. Quality life outcomes in laryngeal and oropharyngeal cancer patients after chemoradiation. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery.** 135, 565-570, 2006.

RAMÍREZ, Maria José Ferrer; FERRIOL, Enrique Estellés; DOMÉNECH, Fernando Guallard; LLATAS, Marina Carrasco; SUÁREZ-VARELA, María Moralez; MARTÍNEZ, Ramón López. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. **Otolaryngol Haed and Neck Surg.** 129: 92-7, 2003.

REY, Fernando Gonzáles. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.** Trad. Marcel Aristides Ferrada silva. – São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e aplicação nas áreas da Saúde e Humanas.** 2º ed. – Petrópolis: Vozes, 2003. 688 p.

VARTANIAN JG, CARVALHO AL, YUEH B et al. Brazilian-portuguese validation of the university of washington quality of life questionnaire for head and neck cancer patients. **Head & Neck.** 10.1002: 1115-1121, 2006.

VICKERY, LINDSAY E.; LATCHFORD, GARY; HEWINSON, JENNY; BELLEW, MAGGIE; FEBER, TRICIA. The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. **Head & Neck.** April: 289-295, 2003.

9. ANEXOS

ANEXO 1



DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto de Pesquisa nº 17/2008 intitulado “REAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS EM PACIENTES COM CÂNCER DE LARINGE”, apresentado pelo pesquisador responsável **Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa**, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Câncer de Pernambuco /HCP.

Os autores deverão remeter cópia do artigo publicado para arquivo na Biblioteca do HCP e terão que mencionar nas publicações a Instituição onde o trabalho foi realizado.

Recife, 09 de setembro de 2008.

Atenciosamente,

Dr. Felipe Dubourcq
Coordenador
Comissão de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Pernambuco

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, eu, _____, me disponho a participar da pesquisa intitulada **REAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS EM PACIENTES COM CÂNCER DE LARINGE**, sob a responsabilidade do pesquisador Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e do orientador Prof. Dr. Everton Botelho Sougey docente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

1. Esta pesquisa, na qual concordo em participar, tem por objetivo investigar a ocorrência de reações psicopatológicas em pacientes envolvidos na submissão a laringectomia total por câncer de laringe
2. Durante este estudo, participarei de uma entrevista, cuja questão principal se centrará nas mudanças, em meu cotidiano, após a cirurgia de Laringectomia Total.
3. Caso, as perguntas que me forem propostas provoquem algum desconforto emocional e/ou físico, poderei interromper minha participação ou solicitar o suporte psicológico do pesquisador.
4. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho proposto.
5. Será garantido, também, o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo acerca das informações prestadas.
6. Terei acesso aos resultados da pesquisa através do pesquisador responsável pelo projeto, compreendendo que os benefícios que o pesquisador poderá trazer implicam na melhoria do trabalho dos profissionais que cuidam de pacientes laringectomizados totais.
7. Minha participação é voluntária, tendo liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar.
8. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.
9. Caso necessário, poderei contatar o Comitê de Ética do Hospital da instituição para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, o qual encaminhará o procedimento adequado.

Recife, ____ de _____ de ____.

Participante: _____

Pesquisador: _____

Orientador: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICO

Data de Aplicação: __/__/__

No decorrer da entrevista vou fazer perguntas sobre a sua saúde, sua vida e algumas experiências vividas por você. Para marcar as respostas o código deverá corresponder à alternativa ou resposta dada pelo entrevistado, que deverá ser circulado ou marcado com "X".

Identificação:

1. Nome: _____
Endereço: _____
2. Idade: _____, colocar 2 possibilidades
 - a. Até 21 anos
 - b. 21 a 30 anos
 - c. 31 a 40 anos
 - d. 41 a 50 anos
 - e. 51 a 60 anos
 - f. 61 a 70 anos
 - g. 70 anos acima
3. Sexo: () M () F
4. Cor: a. Negro b. Branco c. Pardo d. Amarelo
5. Estado civil:
 - a. Solteiro
 - b. Casado
 - c. Divorciado
 - d. Outros: _____
6. Escolaridade:
 - a. Analfabeto
 - b. Fundamental
 - c. Médio
 - d. Superior
 - e. Pós
7. Procedência:
 - a. Recife
 - b. Interior do Estado: _____
 - c. Outros estados: _____
8. Profissão: _____
9. Trabalho atual: a. Sim b. Não
10. Renda individual:
 - a. < 1 salário
 - b. 1 salário
 - c. 2 a 3 salários
 - d. 4 a 6 salários
 - e. > 6 salários
11. Renda familiar:
 - a. < 1 salário
 - b. 1 salário
 - c. 2 a 3 salários
 - d. 4 a 6 salários
 - e. > 6 salários
12. Recebe benefício: a. Sim b. Não
13. Recebe benefício pelo câncer: a. Sim b. Não
14. Aposentado por tempo de serviço: a. Sim b. Não
15. Aposentado pelo câncer: a. Sim b. Não
16. Casa própria: a. Sim b. Não
17. Com quem reside:
 - a. Pai, mãe, irmãos
 - b. Cônjuge, filhos
 - c. Mora só
 - d. Mora com parentes de 2 grau
 - e. Mora com amigos
 - f. Mora em casa de apoio
18. Religião: _____

Histórico da doença atual

19. Tempo de aparecimento dos sintomas (anos): _____
20. Buscou auxílio médico após o aparecimento dos sintomas: a. Sim b. Não
21. Como recebeu informações sobre o diagnóstico:
 - a. No posto de saúde pelo médico
 - b. Foi encaminhado para outro hospital que não o HCP
 - c. Foi encaminhado para o HCP
 - d. Necessitou de internação hospitalar
22. Informações sobre o tratamento:
 - a. Diagnóstico: _____
 - b. Cirurgia: _____
 - c. Radioterapia: _____
 - d. Quimioterapia: _____
 - e. Radioterapia e Quimioterapia
 - f. Estadiamento: T1, T2, T3, T4
23. Mudanças decorrentes da doença atual:
 - a. Traqueostomia
 - b. Dificuldade de se alimentar
 - c. Perda de peso
 - d. Conflitos familiares
 - e. Afastamento de amigos/parentes
 - f. Afastamento do trabalho
 - g. Aposentadoria

Antecedentes pessoais e familiares

24. Doenças gerais, tratamentos importantes ou cirurgias:

- a. Outros tipos de câncer: _____
- b. Cirurgias por outros tipos de câncer: _____
- c. Outras cirurgias: _____
- d. Outros tratamentos: _____

25. Uso de medicação atual: a. Sim b. Não

26. Qual(is):

- a. Para dor
- b. Para dormir
- c. Ansiolítico
- d. Antidepressivo
- e. Anticonvulsivante
- f. Pressão arterial
- g. Diabetes
- h. Vitaminas (para melhorar apetite ou saúde em geral)
- i. Remédios naturais (chás, remédios caseiros, homeopatia)

27. Antecedentes psicopatológicos:

- a. Ansiedade
- b. Depressão
- c. Stress
- d. Problemas mentais (de nervos) que precisaram de internação

28. Uso de medicação psiquiátrica:

- a. Ansiolítico
- b. Antidepressivo
- c. Antipsicótico

29. Mudanças na vida pessoal e familiar:

- a. Foi demitido
- b. Pediu afastamento do trabalho
- c. Aposentadoria pela doença
- d. Afastamento dos amigos
- e. Diminuição das atividades de lazer
- f. Afastamento das atividades de lazer
- g. Separação/divórcio
- h. Outros problemas conjugais
- i. Esposa como cuidadora principal
- j. Filha como cuidadora principal
- k. Filho como cuidador principal
- l. Outro parente como cuidador principal
- m. Família se organiza para os cuidados
- n. Enfermeiro (a) contratada para cuidar
- o. Dificuldades relacionadas a questão sexual

30. Histórico de doenças familiares:

- a. Outros tipos de câncer: _____
- b. O mesmo tipo de câncer
- c. Diabetes
- d. Hipertensão
- e. Doenças cardiovasculares
- f. AVC
- g. Doenças mentais (nervos)
- h. Depressão
- i. Ansiedade

Hábitos e estilo de vida

31. Alcool anterior: a. Sim b. Não

32. Quantidade:

- a. Socialmente
- b. Final de semana
- c. Durante a semana e final de semana

33. Alcool atual:

- a. Não
- b. Socialmente
- c. Final de semana
- d. Durante a semana e final de semana

34. Quantidade: _____

35. Tabagismo anterior: a. Sim b. Não

36. Número de cigarros/dia: _____

37. Tabagismo atual: a. Sim b. Não

38. Número de cigarros/dia: _____

39. Substâncias ilícitas: a. Sim b. Não

40. Qual (is): _____

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Nome: _____ Data: ____/____/____

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão, vale mais a resposta instantânea.

A Eu me sinto tenso ou contraído

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

- 1 () Poucas vezes
2 () Muitas vezes
3 () A maior parte do tempo

D Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou um aperto no estômago...)

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- 3 () Sim, de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não muito forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Eu me cuido do mesmo jeito que antes

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

A Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

A Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

D Eu me sinto alegre

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 () A quase todo momento
2 () Varias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

A consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

D Consigo sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

D Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas

- 0 () Nunca

ANEXO 5**QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON**

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 (marque uma alternativa [X])

- 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 (marque uma alternativa [X])

- 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 desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência
- 0 ☐ Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [X])

- 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 (marque uma alternativa [X])

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

5. Deglutição (marque uma alternativa [X])

- 100 ☐ Eu posso engolir tão bem como sempre
- 67 ☐ Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
- 33 ☐ Eu posso engolir somente comidas liquidas
- 0 ☐ Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação (marque uma alternativa [X])

- 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 (marque uma alternativa [X])

- 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 (marque uma alternativa [X])

100 ☐ Eu não tenho problemas com 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 (marque uma alternativa [X])

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 (marque uma alternativa [X])

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 (marque uma alternativa [X])

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 (marque uma alternativa [X])

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 ate 3 alternativas

☐ Dor ☐ Deglutição ☐ Paladar

☐ Aparência ☐ Mastigação ☐ Saliva

☐ Atividade ☐ Fala ☐ Humor

☐ Recreação ☐ Ombro ☐ Ansiedade

Questões gerais

14. Comparado 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 muitos 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 (pode anexar folhas adicionais se necessário).

ANEXO 6

Mini 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____ Número do protocolo: _____

Data de nascimento: _____ Hora de início da entrevista: _____

Nome do(a) entrevistador(a): _____ Hora do fim da entrevista: _____

Data da entrevista: _____ Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (7 semanas)	☐	296.20-296.26 Única	F32.x
	Recorrente	☐	296.20-296.26 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.20-296.26 Recurrent	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
	Passado	☐	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	☐	nenhum	nenhum
	Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	☐	296.00-296.06 F30.x-F31.9	
	Passado	☐		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	☐	296.80-296.89 F31.8-F31.9/F31.0	
	Passado	☐		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	☐	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
	Vida inteira	☐		
F AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.3
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.31	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.90	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	☐		
	Atual	☐		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	☐	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.31	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho, 2002) 2

