



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Múltiplos sintomas em pessoas com neoplasia de cabeça e pescoço: estudo descritivo

Roberta Marjorie Cunha Pinto¹, Andrea Bezerra Rodrigues²,
Patrícia Peres de Oliveira³

¹ Instituto do Câncer do Ceará

² Universidade Federal do Ceará

³ Universidade Federal de São João del-Rei

RESUMO

Objetivos: descrever a presença e intensidade de múltiplos sintomas em pessoas com câncer de cabeça e pescoço e o impacto desses sintomas na vida diária (mediante aplicação da escala *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module*); comparar com o local anatômico da neoplasia e o tipo de tratamento.

Método: estudo descritivo, quantitativo, realizado em um ambulatório de um hospital do estado do Ceará. Utilizou-se a análise de variância ANOVA para avaliar a existência de diferença nas pontuações das subescalas.

Resultados: na escala, os sintomas gerais e específicos apresentaram-se diferentes (frequência:4,99; $p \leq 0,01$). Avaliando separadamente, foram encontradas diferenças na intensidade de sintomas. **Discussão:** constatou-se que os sintomas por sítio anatômico apresentaram disparidades significativas entre o grupo com câncer na cavidade oral e laringe, e cavidade oral e tireoide. **Conclusão:** a influência do tratamento obteve-se nos múltiplos sintomas. Houve diferenças estatísticas entre o grupo submetido à cirurgia associada à radioterapia.

Descritores: Oncologia; Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) vem atingindo milhares de pessoas em todas as partes do mundo⁽¹⁾. Só no Brasil foi estimada a ocorrência de 15.290 casos novos de câncer da cavidade oral em 2014⁽²⁾.

De maneira geral, os pacientes com CCP apresentam-se com doença locorregional avançada, sendo muito frequentes a anemia, o emagrecimento e as condições pulmonares muito precárias⁽³⁾. Porém, cada localidade anatômica apresenta sua especificidade e, portanto, manifestações clínicas distintas.

O tratamento de CCP é complexo e exige o envolvimento de vários profissionais de saúde com uma ampla gama de conhecimentos. Pode envolver cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia biológica ou uma combinação de duas ou mais dessas modalidades⁽³⁻⁴⁾. Os procedimentos cirúrgicos mais complexos frequentemente são necessários, com ressecção de partes moles, ossos da face e algumas vezes da pele, precisando de fechamento com retalhos. Estes podem levar a complicações como broncoaspiração, dificuldade de mastigação, disfagia, disfonia, afasia e outras alterações da fala, além de alterações estéticas que podem levar a problemas psicológicos e sociais⁽⁵⁻⁶⁾.

A radioterapia para CCP, por sua vez, tem como efeitos adversos a mucosite, a xerostomia, a cárie de radiação, a disgeusia, a dermatite e a osteorradionecrose⁽⁵⁾. Já na quimioterapia, a maioria das drogas induz à depressão da medula óssea, sendo frequentes a alopecia, a mucosite, a disgeusia, acarretando a baixa ingestão alimentar e consequente perda de peso⁽⁶⁻⁷⁾.

Sendo assim, a funcionalidade desses clientes pode encontrar-se acometida, prejudicando sua qualidade de vida, um paradigma posto na Oncologia devido à compreensão de que o prolongamento da vida do paciente sem um nível

adequado de funcionalidade não se justifica como padrão na prática. A funcionalidade pode ser entendida como o resultado de interações entre estados de saúde (doenças, distúrbios) e fatores contextuais⁽⁸⁾. Sendo assim, questiona-se: há correlação entre o local anatômico da neoplasia e o tipo de tratamento com a presença e intensidade de múltiplos sintomas em pessoas com câncer de cabeça e pescoço, bem como o impacto desses sintomas na vida diária, mediante aplicação da escala de funcionalidade *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module*?

A escala *MDASI – Head and Neck (MDASI-H&N)* foi desenvolvida pelo hospital MD Anderson, no Texas, exclusivamente para avaliar a funcionalidade de clientes com câncer de cabeça e pescoço. A estrutura e o conteúdo da *MDASI-H&N* são capazes de auxiliar os enfermeiros no registro de dados funcionais e na definição de alvos de intervenção e documentação de desfechos, possibilitando a adoção de um novo modelo para orientar a prática clínica⁽⁹⁻¹⁰⁾. Além de necessário para o ponto de vista clínico e prático, o modelo de classificação de funcionalidade é importante sob o viés econômico, uma vez que favorece a alocação de recursos compatíveis com as reais necessidades do serviço⁽¹⁰⁾.

A enfermagem exerce um papel primordial no planejamento de ações por meio das quais se maximizem os fatores que possam influenciar a melhora da qualidade de vida das pessoas, com o escopo de prevenir, suprimir ou minimizar os que colaboram para agravá-la⁽¹¹⁾. Dessa forma, a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde ficam conectadas às condições apresentadas pela pessoa, no caso, pelo indivíduo com neoplasia de cabeça e pescoço.

Diante dessas considerações, justifica-se a realização deste estudo em que delimitou-se como objetivo descrever a presença e intensidade de múltiplos sintomas em pessoas com CCP e o impacto desses sintomas na vida diária,

mediante aplicação da escala *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module* e, comparar com o local anatômico da neoplasia e o tipo de tratamento.

MÉTODO

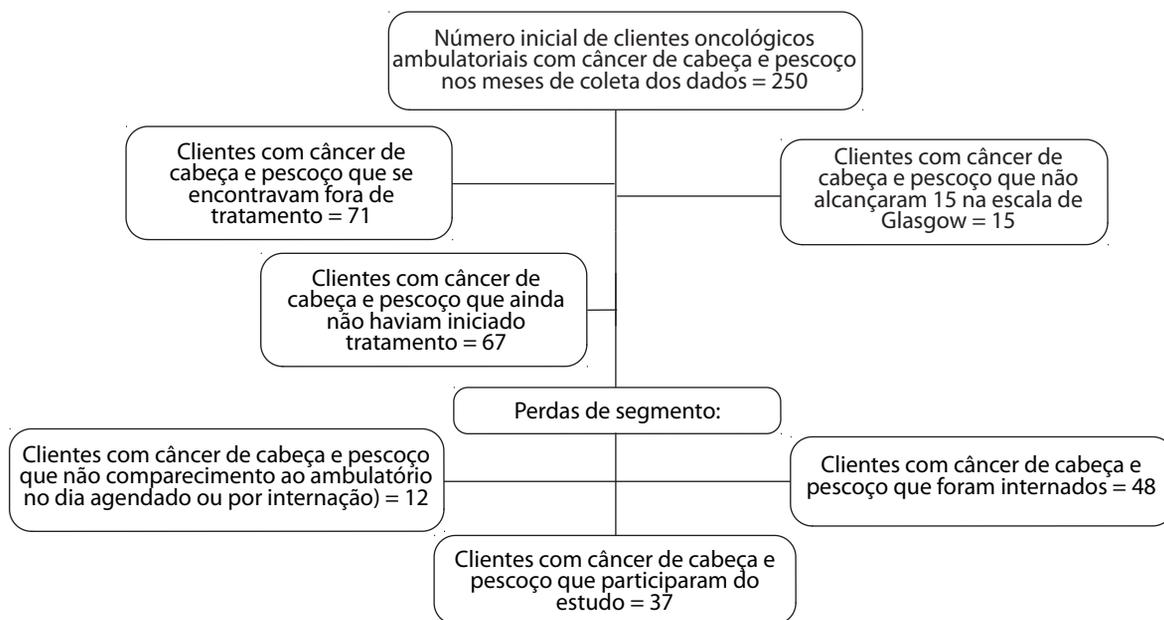
Trata-se de um estudo prospectivo, transversal, correlacional, com abordagem quantitativa, que utiliza os conceitos de pesquisa quantitativa propostos por alguns autores como referencial metodológico⁽¹²⁻¹³⁾.

O estudo foi realizado em um ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital universitário do estado do Ceará. Com base em amostragem de conveniência, adotou-se como critérios de inclusão: apresentar neoplasia de cabeça e pescoço em cavidade oral, laringe, faringe ou tireoide; estar consciente com pontuação igual a 15 na escala de Glasgow; e estar em acompanhamento ambulatorial durante tratamento clínico ou pós-cirúrgico. Totalizaram 37 participantes no estudo, conforme descrito na **Figura 1**.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um formulário elaborado pelas autoras da pesquisa visando à investigação de dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, e outro para a coleta dos dados referentes à funcionalidade, o MDASI-H&N. Este é um formulário elaborado pelo hospital MD Anderson no Texas, Estados Unidos, referência na área de Oncologia, contendo 28 itens, sendo nove para avaliação de sintomas gerais (decorrentes do câncer ou do tratamento), seis para avaliação da interferência dos sintomas com a vida e nove itens específicos para CCP. Os itens são avaliados em escala de 11 pontos (de zero a dez) e referem-se às últimas 24 horas, sendo que quanto maior o valor atribuído pelo cliente, maior a intensidade do sintoma ou sua interferência com as atividades da vida. Ressalta-se que o instrumento foi traduzido e validado para o idioma português no ano de 2008⁽¹⁰⁾.

A coleta foi realizada de fevereiro a maio de 2013 após a aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal do Ceará com o parecer nº 253.959. Os dados sociodemográficos, clínicos,

Figura 1 - Fluxograma de constituição da amostra do estudo. Fortaleza-CE, 2013.



Fonte: Elaboração dos autores, 2013.

terapêuticos e de funcionalidade foram armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® e analisados com o auxílio do SPSS® 13.0 for Windows®.

Utilizou-se a análise de variância teste ANOVA-F para avaliar a existência de diferença nas pontuações das subescalas da MDASI-H&N, primeiro entre os quatro grupos oncológicos avaliados. Logo depois, foi feita uma nova análise para a comparação de médias de cada questão do instrumento com cada grupo de clientes oncológicos, com o objetivo de averiguar quais os sintomas gerais e específicos que mais influenciaram a funcionalidade dos indivíduos com CCP por sítio anatômico.

Para a correlação entre o tipo de tratamento e as pontuações obtidas na MDASI-H&N também realizou-se o teste de variância ANOVA-F. Consideraram-se três grupos para análise: cirurgia, cirurgia+radioterapia, radioterapia+quimioterapia. Foi retirado da análise o grupo cirurgia+radioterapia+quimioterapia por não conter o número de participantes mínimo requerido para análise de *Post Hoc* (teste de Bonferroni), também apontamento de procedimento Dunn, concretiza cada teste em um nível de significância limitado para garantir que a taxa falso/positiva relativa à família não exceda o valor especificado⁽¹⁰⁾. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, p -valor $< 0,05$.

RESULTADOS

Os participantes foram 37 pessoas com CCP, em sua maioria mulheres (54,1%), com idade variando entre 37 e 81 anos (média de 62,49 anos e desvio padrão de 1), do interior do estado (52,8%), com ensino fundamental incompleto (40,5%), e renda entre zero e um salário mínimo (53,6%).

Encontravam-se distribuídos por região anatômica: cavidade oral (37,8%), tireoide (37,8%), laringe (16,2%), e faringe (8,1%); sendo submetidos a quatro tipos diferentes de tratamento: cirurgia (43,2%), cirurgia e radioterapia (40,5%), quimioterapia e radioterapia (13,5%), cirurgia, quimioterapia e radioterapia (2,7%).

As maiores médias para os *sintomas gerais* recaíram sobre “sua sensação de boca seca” (4,65), “suas preocupações” (3,57) e “sua sensação de dormência ou formigamento” (3,32). Com relação aos *sintomas específicos* as maiores médias concentraram-se em “seus problemas com voz/para falar” (5,03) e “sua dificuldade para engolir/mastigar” (4,14), conforme Tabela 1.

Para avaliar a existência de diferença nas pontuações das escalas de sintomas gerais, específicos e interferência na vida do instrumento MDASI-H&N entre os quatro grupos oncológicos avaliados, procedeu-se uma análise de variância (teste ANOVA-F), cujos resultados podem ser observados na Tabela 2.

As pontuações na escala os *sintomas gerais e específicos* apresentaram-se significativamente diferentes (frequência de 4,99; $p \leq 0,01$). Contudo, quando avaliadas separadamente por meio do *Post Hoc*, as diferenças encontradas ocorreram especificamente entre as pessoas com câncer na cavidade oral e o grupo de câncer de tireoide, tendo os participantes do primeiro grupo (*média*=2,61) apresentado pontuação média superior aos do segundo (*média*=1,23). Esse resultado indicou que os indivíduos analisados com câncer na cavidade oral têm maiores níveis percebidos de intensidade de sintomas do que os com neoplasia de tireoide.

Para avaliar quais os *sintomas gerais e específicos* que mais influenciaram a funcionalidade dos clientes com CCP por sítio anatômico, procedeu-se a comparação de médias de cada questão do instrumento com cada grupo de participantes oncológicos. Nos itens dos *sintomas*

Tabela 1 - Estatísticas descritivas para os escores de sintomas gerais, específicos e interferência na vida da escala MDASI-H&N. Fortaleza/CE, 2013.

Item	Média	Desvio Padrão	95% I.C.	Amp*	% ≥ 5**	% ≥ 7 †
Sintomas Gerais						
1. Sua dor em seu pior estado	2,05	0,47	1,09 – 3,01	0 – 10	21,6	10,8
2. Seu cansaço (fadiga) em seu pior estado	2,05	0,49	1,06 – 3,04	0 – 10	24,3	13,5
3. Seu enjoo (náuseas) em seu pior estado	0,57	0,25	0,06 – 1,07	0 – 6	5,4	-
4. Seus problemas de sono no seu pior estado	2,76	0,59	1,57 – 3,95	0 – 10	37,8	21,6
5. Suas preocupações (aborrecimentos) em seu pior estado	3,57	0,64	2,27 – 4,87	0 – 10	40,5	29,7
6. Sua falta de ar no seu pior estado	1,3	0,41	0,46 – 2,14	0 – 10	13,5	2,7
7. Sua dificuldade para lembrar das coisas no seu pior estado	2,51	0,76	1,51 – 3,52	0 – 10	32,4	10,8
8. Sua falta de apetite no seu pior estado	1,84	0,53	0,77 – 2,91	0 – 10	21,6	10,8
9. Sua sonolência no seu pior estado	1,97	0,48	1,00 – 2,95	0 – 8	27	10,8
10. Sua sensação de boca seca no seu pior estado	4,65	0,62	3,40 – 5,90	0 – 10	59,5	37,8
11. Seu sentimento de tristeza no seu pior estado	1,95	0,51	0,91 – 2,99	0 – 10	21,6	10,8
12. Seus vômitos no seu pior estado	0,11	0,11	-0,11 – 0,33	0 – 4	-	-
13. Sua sensação de dormência ou formigamento no seu pior estado	3,32	0,56	2,19 – 3,14	0 – 10	45,9	18,9
14. Seus problemas com catarro na boca ou garganta, no pior estado	2,14	0,52	1,08 – 3,19	0 – 10	21,6	13,5
15. Sua dificuldade para engolir/mastigar no seu pior estado	4,14	0,63	2,86 – 5,41	0 – 10	48,6	35,1
16. Seus problemas com engasgamento (quando comida/bebida descem pela via errada) no seu pior estado	1,84	0,53	0,77 – 2,91	0 – 10	21,6	13,5
17. Seus problemas com voz/ para falar no seu pior estado	5,03	0,65	3,71 – 6,34	0 – 10	51,4	40,5
18. Seus problemas com dor/queimação ou irritação no seu pior estado	1,22	0,46	0,29 – 2,15	0 – 10	13,5	10,8
19. Sua constipação no seu pior estado	1,03	0,42	0,18 – 1,88	0 – 10	13,5	8,1
20. Sua dificuldade para sentir o gosto da comida, no seu pior estado	2,38	0,62	1,12 – 3,64	0 – 10	24,3	18,9
21. Seus problemas com feridas na boca/garganta no seu pior estado	0,27	0,16	-0,06 – 0,60	0 – 5	2,7	-
22. Seus problemas com seus dentes/gengivas no seu pior estado	0,16	0,12	-0,08 – 0,40	0 – 4	-	-
23. Atividades em geral	0,65	0,36	-0,07 – 1,37	0-10	5,4	5,4
24. Humor	1,32	0,45	0,40 – 2,24	0-10	16,2	8,1
25. Trabalho (incluindo atividades domésticas)	1	0,39	0,20 – 1,80	0-10	10,8	5,4
26. Relacionamento com outras pessoas	0	-	-	0-0	-	-
27. Caminhar	0,27	0,16	-0,05 – 0,59	0-4	-	-
28. Prazer de viver	0,57	0,25	0,07 – 1,07	0-5	8,1	-

*Amp = Amplitude

**≥ 5 Moderado a Severo

† ≥ 7 Severo

Fonte: elaboração dos autores, 2013.

Tabela 2 - Diferença de médias na escala de sintomas gerais, específicos e interferência na vida entre quatro grupos oncológicos. Fortaleza/CE, 2013.

Escala	Grupo oncológico	N	Média	Desvio padrão	Frequência	P*
Sintomas gerais e específicos	Cavidade oral	14	2,61	0,98	4,99	≤ 0,01
	Laringe	6	2,7	0,59		
	Faringe	3	2,9	2,02		
	Tireoide	14	1,23	1,17		
Interferência com a vida	Cavidade oral	14	0,25	0,41	1,75	>0,05
	Laringe	6	0,72	0,75		
	Faringe	3	1,44	1,5		
	Tireoide	14	0,81	1,2		

* *p*-value - ANOVA

Fonte: elaboração dos autores, 2013.

gerais houve diferença significativa ($p \leq 0,05$) entre o grupo cavidade oral (média=0,71) e laringe (média=4,50) no item "falta de apetite" (item 8), e entre o grupo cavidade oral (média=7,00) e tireoide (média=1,93) no item 10 da escala ("Sua sensação de boca seca"), com diferença significativa ($p \leq 0,001$).

Ao analisar-se o fator *sintomas específicos*, pode-se observar que o grupo cavidade oral (média=1,86) apresentou média estatisticamente ($p \leq 0,05$) inferior ao grupo com câncer de laringe (média=5,50) no que diz respeito a problemas com catarro na boca ou garganta (item 14).

Diferenças significativas também foram observadas nos itens 15 e 16 entre os grupos cavidade oral e tireoide, tendo o segundo grupo obtido pontuações estatisticamente inferiores ($p \leq 0,001$).

Já para o item 17 o grupo com câncer de tireoide (média=1,71) se diferenciou dos demais grupos, apresentando pontuações inferiores aos grupos "cavidade oral" (média=6,43; $p \leq 0,001$), "laringe" (média=8,17; $p \leq 0,001$) e "faringe" (média=7,67; $p \leq 0,05$). Quando analisado os itens do fator Interferência na vida não foi possível observar diferença significativa entre a pontuação dos quatro grupos.

Na **Tabela 3** encontram-se descritas as médias na escala de sintomas gerais e específicos

e interferência com a vida entre os três tipos de tratamento, ou seja, cirurgia, cirurgia + quimioterapia e cirurgia + radioterapia.

As pontuações obtidas na escala *sintomas gerais e específicos* também apresentaram diferenças significativas quando avaliadas em função do tipo de tratamento adotado (Frequência=5,05; $p \leq 0,05$ - Tabela 3). Mais especificamente, observando os resultados do *Post Hoc*, a diferença deu-se quando comparados os tratamentos cirurgia (média=1,47) e cirurgia+radioterapia (média=2,79). O segundo grupo apresentou maior percepção de intensidade de sintomas. Na escala *interferência com a Vida* não foram encontradas discrepâncias significativas entre os três tipos de tratamento (frequência=0,21; $p > 0,05$).

No que concerne aos itens dos *sintomas gerais*, houve diferença significativa entre os tratamentos analisados no item 10 (frequência=8,69; $p \leq 0,001$) entre o grupo cirurgia (média=2,19) e cirurgia+radioterapia (média=6,80), indicando que o segundo grupo apresentou maiores níveis de intensidade de sintomas no que diz respeito à sensação de boca seca (item 10).

Nos *sintomas específicos*, pode-se observar a existência de diferença significativa entre diferentes tipos de tratamento para os itens 15, 16, 17 e 20. O grupo cirurgia (média=1,79) apresentou média estatisticamente

Tabela 3. Diferença de médias na escala de sintomas gerais e específicos e de interferência com a vida entre os três tipos de tratamento. Fortaleza-CE, 2013.

Escala	Tipo de Tratamento	n	Média	Desvio padrão	Frequência	P*
Sintomas Gerais e Específicos (SG)	Cirurgia	16	1,47	1,3	5,05	≤ 0,05*
	Quimioterapia+Radioterapia	5	2,34	1,18		
	Cirurgia+Radioterapia	15	2,79	0,99		
Escala	Tipo de Tratamento	n	Média	Desvio padrão	Frequência	P*
Interferência com a Vida (IV)	Cirurgia	16	0,76	1,14	0,21	>0,05
	Quimioterapia+Radioterapia	5	0,66	1,31		
	Cirurgia+Radioterapia	15	0,53	0,63		

* *p-value* - ANOVA

Fonte: *Elaboração dos autores, 2013.*

inferior nesses quatro itens quando comparado aos grupos quimioterapia+radioterapia e cirurgia+radioterapia, indicando que o grupo tratado isoladamente com tratamento cirúrgico apresentou menor percepção da sintomatologia. Os sintomas foram listados como “sua dificuldade para engolir/mastigar”; “seus problemas com engasgamento”; “seus problemas com voz/para falar”; e “sua dificuldade para sentir o gosto da comida”. Quando se analisou os itens da *interferência na vida* com o tipo de tratamento, não foi possível observar diferença significativa.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram, em sua maioria, compostos por mulheres (divergindo dos dados encontrados na literatura). Porém, o grande número de mulheres pode ser justificado pelo alto índice de câncer de tireoide na população estudada, que é mais predominante no gênero feminino⁽¹⁴⁾.

Já os baixos níveis de escolaridade e renda encontrados são comprovadamente possíveis obstáculos ao acesso do diagnóstico, ao entendimento do tratamento e manejo de suas complicações. Estudos mostram que o diagnóstico é dado mais tardiamente em camadas socioeconômicas mais baixas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Quanto ao local anatômico do tumor, os mais prevalentes foram cavidade oral (37,8%) e tireoide (37,8%), seguido por laringe (16,2%). Tal resultado está de acordo com o estudo que analisou a evolução dos tipos de câncer de 2000 a 2008, e observou que as localizações primárias que apresentaram maior crescimento foram cavidade oral e laringe, respectivamente⁽¹⁶⁾, e ao observar as estimativas para o câncer no Brasil, podemos notar que o câncer de tireoide ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 em mulheres⁽²⁾.

O item *sintomas gerais* com maior média obtida por meio da escala MDASI-H&N nesse estudo foi “sua sensação de boca seca”. A xerostomia é o nome dado a essa sensação, sendo uma das principais complicações orais associadas à radioterapia em pessoas com CCP. A perda da função salivar também pode levar a outras consequências adversas, incluindo alteração/redução na função do paladar e dificuldade com a mastigação e deglutição^(3,6).

Já nos itens de sintomas específicos, o item “sua dificuldade pra engolir/mastigar” obteve uma das médias mais altas (*média*= 4,14). Um estudo realizado com 103 indivíduos com câncer de cabeça e pescoço em acompanhamento no ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP demonstrou que os problemas mais importantes relatados foram a

diminuição da saliva, problemas de mastigação, deglutição e fala. Esses mesmos sintomas obtiveram maiores médias nesse estudo, sendo que o item “seus problemas com voz/ para falar” obteve a maior média em sintomas específicos⁽¹⁷⁾.

O segundo item de *sintomas gerais* com maior média foi “suas preocupações (aborrecimentos)” (3,57). Isso pode acontecer em consequência da vida com um câncer, que desencadeia uma nova reflexão. A principal fonte de preocupação inclui a incerteza, os resultados negativos percebidos e as consequências da doença⁽³⁾.

Neste estudo, as pessoas analisadas com câncer na cavidade oral obtiveram maiores níveis percebidos de intensidade de sintomas do que o grupo de câncer de tireoide. Nos casos de câncer de cavidade oral, o tratamento cirúrgico exige muitas vezes grandes ressecções com reconstruções complexas que podem acarretar, além de defeitos estéticos, a perda de funções bucais básicas como contenção dos alimentos, deficiência na fala, mastigação, deglutição e respiração. O tratamento cirúrgico pode ainda ser associado à radioterapia que pode gerar outros sintomas como mucosite, xerostomia e perda do paladar^(3,18).

Em contrapartida, no câncer de tireoide, o tratamento de escolha geralmente é a tireoidectomia, que pode ser realizada com segurança e baixa incidência de complicações permanentes. Em casos raros podem ocorrer problemas temporários de alteração da voz (que normalmente regredem em algumas semanas), lesões às glândulas paratireoides e lesão do nervo laríngeo recorrente. A dificuldade para engolir/mastigar pode ocorrer, essencialmente, em casos avançados da doença, em que há compressão do esôfago e outras estruturas relacionadas⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito a problemas com catarro na boca ou garganta (item 14), o grupo com câncer de cavidade oral (*média*=1,86) apre-

sentou média estatisticamente inferior ao grupo com câncer de laringe (*média*=5,50). O câncer de laringe causa presença de secreção tanto em decorrência do câncer quanto de procedimentos relacionados ao tratamento, como a traqueostomia. O tubo de traqueostomia causa irritação na mucosa da traqueia, ocasionando aumento da produção de secreção. Paralelamente, todos os laringectomizados acumulam mais muco devido à quantidade maior de partículas que inalam por falta do filtro natural, que é a mucosa da cavidade nasal⁽²⁰⁾.

Os quatro grupos oncológicos obtiveram maiores médias nos *sintomas específicos* no item 17 (“seus problemas com voz/para falar”), porém quando comparam-se as médias entre eles o grupo com câncer de tireoide se diferencia dos demais, apresentando pontuações inferiores (*média*=1,71). As modalidades de tratamento como cirurgia, quimioterapia e radioterapia, comuns no tratamento de câncer de cavidade oral, laringe e faringe, podem apresentar efeitos agudos e tardios na fala. Já no tratamento do câncer de tireoide a alteração na fala, como discutido anteriormente, é mais sutil e temporária⁽¹⁹⁾.

Quando avaliadas as médias dos *sintomas gerais e específicos* em função do tipo de tratamento, encontra-se diferença significativa entre o grupo cirurgia (*média*=1,47) e cirurgia+radioterapia (*média*=2,79). E quando analisados os itens do fator “sintomas Gerais”, esses mesmos grupos apresentaram diferença significativa no item 10, indicando que o grupo cirurgia associado à radioterapia apresentou maiores níveis de intensidade de sintomas no que diz respeito à sensação de boca seca (xerostomia).

Em um estudo conduzido com pessoas em tratamento de radioterapia e quimioterapia atendidos na clínica odontológica da faculdade de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, a prevalência de xerostomia foi de

75,5% e 96,4%, respectivamente, demonstrando alta predominância desses sintomas⁽²²⁾.

O tratamento quimioterápico para CCP envolve drogas que têm grande potencial de mucosite, e, quando em associação com o tratamento radioterápico, aumenta a incidência, severidade e duração. A mucosite é uma inflamação caracterizada por morte das células epiteliais com formação de edema da mucosa e redução de suprimento sanguíneo. Isso explica o porquê do grupo submetido somente à cirurgia apresentar média estatisticamente inferior quando comparado aos outros grupos nos itens 15 (“sua dificuldade pra engolir/mastigar”), e nos itens 16 (“seus problemas com engasgamento”), 17 (“seus problemas com voz/ para falar”) e 20 (“sua dificuldade para sentir o gosto da comida”)⁽²¹⁾.

Em uma pesquisa realizada com 50 pessoas submetidas à cirurgia seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvante, e radioterapia e quimioterapia concomitante, em um hospital de ensino da cidade de São Paulo, observou-se que do total de participantes, 86% tiveram o tratamento interrompido em algum momento, sendo que em 36% em razão da mucosite. As principais queixas relatadas pelos indivíduos após o início do tratamento foram perda do paladar (41%) e xerostomia (29%)⁽⁵⁾.

A partir dos dados encontrados, percebe-se que **é primordial o papel do enfermeiro** no processo ininterrupto e dinâmico de cuidar da pessoa com câncer, pois é o profissional que tem maior contato com o cliente e, por esse pretexto, pode constituir com ele um vínculo e um diálogo assertivo, no sentido de conquistar sua confiança, resgatar sua qualidade de vida e fornecer apoio e direcionamento na adoção do melhor caminho a ser seguido⁽²³⁾, principalmente com os indivíduos com a funcionalidade comprometida.

Apesar de estar de acordo com os critérios estipulados na metodologia, uma das limitações

do estudo foi a amostra pequena, pois foi constituída pelos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço em acompanhamento ambulatorial durante tratamento clínico ou pós-cirúrgico. Os resultados foram restritos a um período de quatro meses de coleta e realizado em um único hospital no Brasil. Essas desvantagens limitam a generalização dos resultados para os portadores de neoplasia de cabeça e pescoço. Contudo, essas não invalidam a pesquisa e respondem de forma satisfatória às proposições. Os resultados estimulam a continuidade desse tipo de avaliação com um grupo maior, por um tempo mais prolongado e com a mensuração mais detalhada de critérios de adesão, para uma possível confirmação de nossos resultados preliminares.

CONCLUSÃO

Os sintomas gerais e específicos por sítio anatômico apresentaram diferenças significativas entre o grupo de clientes com câncer na cavidade oral e laringe, e cavidade oral e tireoide. As pessoas com câncer na cavidade oral obtiveram maiores níveis percebidos de intensidade de sintomas do que o grupo de câncer de tireoide; em relação aos *sintomas específicos* observou-se que o grupo cavidade oral apresentou média estatisticamente inferior ao grupo com câncer de laringe no que se refere a problemas com catarro na boca ou garganta.

Em se tratando da influência do tratamento, obteve-se nos sintomas gerais e específicos com diferenças estatísticas significativas entre o grupo submetido à cirurgia e cirurgia associada à radioterapia.

São escassas as pesquisas nacionais sobre avaliação de funcionalidade com esse tipo de participantes. Salienta-se a importância de desenvolvimento de mais estudos sobre o tema ampliando o tamanho amostral.

No entanto, espera-se que os resultados obtidos auxiliem na organização de um registro de dados funcionais em serviços ambulatoriais que atendam esse tipo de clientela, com o objetivo principal de determinar alvos de intervenção, tornando o cuidado ao indivíduo acometido por câncer mais eficiente e integral, pois ao conhecer as implicações na funcionalidade das pessoas com neoplasias de cabeça e pescoço, servirá como um subsídio à prática do enfermeiro no planejamento de uma assistência focada nos principais sintomas e necessidades das pessoas, bem como a fornecer meios que possibilitem a melhora dos sintomas e consecutivamente um menor impacto na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Stewart B, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [cited 2014 sept 03] Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
3. Rossi VC, Fernandes FL, Ferreira MA, Bento LR, Pereira PS, Chone CT. Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014;80(5):403-8.
4. Sharma S, Chaukar DA, Kapre N, Deshmukh A, D'Cruz AK. Factors affecting pharyngocutaneous fistula and role of pectoralis major myofascial flap in salvage total laryngectomy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;S314.
5. Santos RCS, Dias RS, Giordani AJ, Segreto RA, Segreto HRC. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (6):1338-344.
6. Sharma A, Madan R, Kumar R, Sagar P, Kamal VK, Thakar A, et al. Compliance to therapy-elderly head and neck carcinoma patients. *Can Geriatr J*. 2014 Sep 5;17(3):83-7.
7. Carraro JL, Schwartz R, Behling EB. Comparação do estado nutricional obtido por meio de antropometria e bioimpedância em crianças e adolescentes submetidos a tratamento quimioterápico em um hospital no Sul do Brasil. *Revista HCPA*. 2012; 32(1): 35-41.
8. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21 (3): 600-07.
9. Gunn GB, Koukourakis MI, Mendoza TR, Cleeland CS, Rosenthal DI. Linguistic validation of the Greek M. D. Anderson Symptom Inventory - Head and Neck Module. *Forum of Clinical Oncology*. 2012; 3(1): 17-19.
10. Ferreira KASL, William Júnior WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, et al. Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory – head and neck module (MDASI-H&N). *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008; 37(2):109-13.
11. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):357-67.
12. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Athas, 2010.
13. May T. Social Research: Issues, Methods and Research. 4 ed. London: British Library, 2011.
14. Cramer JD, Fu P, Harth KC, Margevicius S, Wilhelm SM. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the surveillance, epidemiology and end results national cancer data registry. *Surgery* 2010; 148 (6): 1147- 153.
15. Harris JR, Lau H, Surgeoner BV, Chua N, Dobrovolsky W, Dort JC, et al. Health care delivery for head-and-neck cancer patients in Alberta: a practice guideline. *Curr Oncol*. 2014 Oct;21(5):e704-14.
16. Casati MFM, Vasconcelos JA, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2012; 41 (4): 186-91.
17. Sommerfeld CE, Andrade MGG, Santiago SM, Chone, CT, Carvalho GM, Aquino Y, et al. Qualida-

- de de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2012; 41 (4): 172-77.
18. Gandhi AK, Roy S, Thakar A, Sharma A, Mohanti BK. Symptom Burden and Quality of Life in Advanced Head and Neck Cancer Patients: AIIMS Study of 100 Patients. *Indian J Palliat Care*. 2014 Sep;20(3):189-93.
 19. Accetta P, Accetta I, Accetta AC, Araújo MS, Accetta R, Campos KB. Tireoidectomia total nas doenças benignas da tireóide. *Rev Col Bras Cir*. 2011; 38(4): 223-26.
 20. Fahsl S, Keszte J, Boehm A, Vogel HJ, Völkel W, Meister EF, et al. Clinical relevance of quality-of-life data in laryngectomized patients. *Laringoscópio*. 2012; 122 (7): 1532-8.
 21. Yarom N, Ariyawardana A, Hovan A, Barasch A, Jarvis V, Jensen SB, et al. Systematic review of natural agents for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013 Nov; 21(11):3209-21.
 22. Bueno AC, Magalhães CS, Moreira NA. Associações entre fatores de risco e complicações bucais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia associada ou não à quimioterapia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12 (2): 187-93.
 23. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Estresse e coping em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 12] 11(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/pdf>

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglios sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 4/11/2014
Revisado: 1/12/2014
Aprovado: 1/12/2014