

SANDRA CRISTELE MOTA ANTUNES

**A QUALIDADE DE VIDA
DO DOENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL
POR CANCRO DA LARINGE E ALGUNS FACTORES COM
ELA RELACIONADOS**

2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SANDRA CRISTELE MOTA ANTUNES

**A QUALIDADE DE VIDA
DO DOENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL
POR CANCRO DA LARINGE E ALGUNS FACTORES COM
ELA RELACIONADOS**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública,
Submetida à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Orientador: Professor Doutor José Carlos Amado Martins
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Co-orientador: Professor Doutor Vítor Rodrigues
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

SIGLAS

EORTC - European Organization for the Research and Treatment of Cancer

EORTC QLQ-C 30 - European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire – Cancer 30 versão 3.0

EORTC QLQ-H&N 35 - European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Head and Neck

HPV - Vírus Papiloma Humano

IPOC, FG – E.P.E. - Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil – Entidade Pública Empresarial

RNM - Ressonância Magnética Nuclear

ROR - Registo Oncológico Regional

PET - Tomografia por Emissão de Positrões

SECEL - Self Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TS - Pontuação Total

*“A sabedoria consiste em compreender que o
tempo dedicado ao trabalho nunca é perdido.”*

(Anónimo)

Agradecimentos

A todos os doentes Laringectomizados, nomeadamente aos que voluntariamente participaram neste estudo;

Ao Professor Doutor José Carlos Amado Martins, que tanta paciência demonstrou;

Ao Professor Doutor Vitor Rodrigues, que aceitou acumular mais um pouco de trabalho;

Ao Professor Doutor Massano Cardoso, sempre disponível e atencioso;

À Sr.^a D. Anabela Paula, pelo seu espírito diligente e por toda a energia que irradia;

À Dr.^a Luísa que teve a gentileza de me ajudar a sobreviver neste mundo;

À grande Amiga Teresa Helena, que foi persistente e insistente e não me deixou desistir;

Aos meus colegas de trabalho que me incentivaram e ajudaram a aproveitar o tempo;

À colega Diana Agante pelo seu “bom português” e por toda a disponibilidade demonstrada;

À Dora Pereira que, sem me conhecer, foi tão prestável;

Aos meus Pais e irmãos que me ensinaram a ser teimosa e que sempre acreditaram nas minhas capacidades;

Ao amor da minha vida, o meu Marido, que esteve sempre presente e pelos momentos que o privei da minha presença;

Ao homem mais importante da minha vida, o meu filho Guilherme, que foi concebido no meio deste trabalho, e que me ensinou o significado do amor verdadeiro!

RESUMO

O cancro da laringe afecta milhares de pessoas em todo o mundo, sendo uma doença que conduz a comorbilidades. Quando não tratada, esta doença é inevitavelmente fatal. Em tumores com estadio avançado o tratamento primário é a laringectomia total. Após este tipo de intervenção o indivíduo passa a respirar por um estoma (traqueostoma), tornando os sistemas digestivo e respiratórios completamente independentes. Este acto cirúrgico acarreta imensas alterações na vida do doente laringectomizado: privação da voz, alterações anatomofisiológicas da respiração, disfagia, alterações do paladar e do olfacto, dor, dificuldades na mobilidade cervical, disfunções psicológicas e sociais, entre outras. A laringectomia salva a vida do doente, no entanto é extremamente agressiva deixando marcas e sequelas evidentes no doente e respectiva família. Deste modo a qualidade de vida após uma laringectomia está altamente comprometida. Através de uma investigação descritivo-correlacional pretendeu-se avaliar a qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e conhecer alguns factores que possam influenciá-la. A população alvo é constituída pelos doentes submetidos a laringectomia total por cancro da laringe. O método de amostragem foi não probabilístico consecutivo ou sequencial, tendo sido obtida uma amostra de 33 doentes, na Associação Portuguesa dos Limitados da voz e no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. A recolha de dados foi realizada através de 3 questionários: um questionário sócio-demográfico construído pela autora, o questionário QLQ-C30 da EORTC e o questionário SECEL validado nos EUA, que foi sujeito a métodos específicos de tradução e retroversão, tendo sido traduzido da língua inglesa para a língua portuguesa. Os resultados revelaram que a idade mais comum para sofrer de cancro da laringe é a partir dos 60 anos e que a maioria dos doentes pertence a classes sociais mais baixas e com níveis de escolaridade reduzidos. A idade é um factor que interfere com a qualidade de vida do doente laringectomizado, tendo em consideração que idades mais elevadas são preditivas de menor qualidade de vida. Estar casado/união de facto, também é considerado um factor com influência positiva na qualidade de vida do doente. Quanto mais anos de laringectomia o indivíduo vivenciar pior é a sua qualidade de vida. A voz esofágica é o método de voz mais utilizado. A presença de prótese fonatória apresenta uma correlação negativa com a qualidade de vida. A realização de tratamentos antes da laringectomia prevê uma menor qualidade de vida, enquanto que a realização de tratamentos após a cirurgia sugere melhor qualidade de vida. O factor que mais limita a qualidade de vida do doente é a voz, contudo pela aplicação do SECEL percebemos que os indivíduos apresentam uma adaptação moderada à sua nova forma de comunicação oral. As dificuldades financeiras também interferem francamente com a qualidade de vida. Apesar do doente situar a sua qualidade de vida e saúde global

num valor de 4 (numa escala de 0 a 7) a aplicação do questionário QLQ C-30 indica-nos que ambas são baixas nos indivíduos estudados. Estes resultados permitem concluir que o doente necessita de um acompanhamento pela equipa multidisciplinar, a fim de obter apoio psicológico, de aliviar a sintomatologia causadora de sofrimento, de habilitar o doente a comunicar, para retomar as suas actividades laborais, melhorar a sua sociabilidade, a auto-estima e a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: laringectomia, qualidade de vida, voz, SECEL, QLQ-C30

ABSTRACT

The laryngeal cancer affects thousands of people throughout the world, being a disease that leads to morbidities. If not dully treated this disease is inevitably fatal. In case of tumours at an advanced stage, the primary treatment is total laryngectomy. After this type of intervention the individual starts to breathe through a stoma (tracheostomy), making the digestive and respiratory systems completely independent. This surgical procedure involves huge changes in the life of a laryngectomized patient: loss of voice, anatomic-physiological breath changes, dysphagia, changes in taste and smell, pain, difficulty in cervical mobility, psychological and social disorders, among others. Laryngectomy saves a patient's life however it is extremely aggressive and may leave visible marks and injuries both in the patient and their family. Thus after a laryngectomy the quality of life is highly committed. Through a descriptive-correlation study it was aimed to assess the quality of life of the total laryngectomized patient suffering from laryngeal cancer and acknowledge some factors that may influence it. The target population consists of patients undergoing total laryngectomy by laryngeal cancer. The sampling method was non probabilistic, consecutive or sequential, being obtained a sample of 33 patients in the *Associação Portuguesa dos Limitados da Voz* and *Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial*. The data collection was accomplished using three questionnaires: a socio-demographic one created by the researcher, the QLQ-C30 questionnaire authenticated by the EORTC and the SECEL questionnaire validated in the U.S. and subject to specific methods of translation and retroversion, having been translated from English to Portuguese. The results have shown that people aged over 60 suffer more commonly from larynx cancer and that most patients belong to lower social classes and have low education levels. Age is a factor that interferes with the laryngectomee's quality of life, taking into consideration that older ages are predictive of a lower quality of life. Being married / cohabiting is also a factor considered to have a positive influence on the patient's quality of life. The longer the laryngectomy is experienced the worse is the individual's quality of life. The esophageal voice is the most widely used method of voice; the presence of the voice prosthesis has a negative correlation to the quality of life. Performing treatments prior to the laryngectomy forecasts a reduction in the patient's quality's of life, whilst carrying out treatments after surgery enables a better quality of life. The factor that limits most the patient's quality of life is the voice, however it is perceived that when SECEL is applied, the individuals present a moderate adaptation to his new form of oral communication. Financial difficulties also interfere openly with the quality of life of the patient. Although the patient places his quality of life and his health in general in a level 4 value (on a scale of 0 to 7), the QLQ C-30 questionnaire shows that they are both low in the case of the studied individuals. These results

allow us to conclude that the patient requires monitoring by a multidisciplinary team in order to get psychological support, relieve the symptoms causing suffering, be able to communicate, return to work, better the social skills, self esteem and quality of life.

Keywords: laryngectomy, quality of life, voice, SECEL, QLQ-C30

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	Pg. 13
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. O CANCRO E A SOCIEDADE.....	17
1.1. CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO.....	18
1.2. CANCRO DA LARINGE.....	19
1.2.1. Factores de risco.....	21
1.2.2. Prevenção do cancro da laringe.....	26
1.2.3. Anatomia da laringe.....	26
1.2.4. Histologia.....	29
1.2.5. Diagnóstico.....	30
1.2.6. Sinais e sintomas.....	31
1.2.7. Tratamento.....	32
1.2.7.1 LARINGECTOMIA.....	34
2. QUALIDADE DE VIDA: EVOLUÇÃO E CONCEITOS.....	36
2.1. O CANCRO E A QUALIDADE DE VIDA.....	38
2.2. A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE DE CABEÇA E PESCOÇO.....	40
2.2.1. Qualidade de vida do doente laringectomizado.....	41
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	46
3. METODOLOGIA.....	47
3.1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES.....	48
3.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	48
3.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	48
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	53
3.5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	54
3.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS PARA O TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	55
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	58
4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	58
4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.....	61
4.3. CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA.....	73
4.4. CARACTERIZAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA.....	74
4.5. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (IDADE, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO PROFISSIONAL) E A QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS.....	77
4.6. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS (TEMPO DE LARINGECTOMIA, USO DE PRÓTESE FONATÓRIA, AJUDA NOS CUIDADOS AO ESTOMA, TRATAMENTO ANTES E APÓS A CIRURGIA, PRESENÇA FAMILIAR PARA APOIAR E AJUDAR A CUIDAR DA LARINGECTOMIA E O ACOMPANHAMENTO REGULAR DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE) E A QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS.....	83
4.7. RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA E A SUA QUALIDADE DE VIDA.....	97

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	100
CONCLUSÃO.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	122
ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

	Pg.
Quadro 1 - Resultados do teste de normalidade para os instrumentos utilizados (QLQ-C30 e SECEL).....	57
Quadro 2 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade.....	58
Quadro 3 - Distribuição dos indivíduos segundo o estado civil.....	59
Quadro 4 - Distribuição dos indivíduos segundo o seu agregado familiar.....	59
Quadro 5 – Distribuição dos indivíduos segundo as suas habilitações literárias.....	60
Quadro 6 - Distribuição dos indivíduos segundo a sua situação laboral.....	60
Quadro 7 – Distribuição dos indivíduos a forma como ocupam os seus tempos livres.....	61
Quadro 8 - Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que foram laringectomizados.....	61
Quadro 9 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de prótese fonatória.....	62
Quadro 10 - Distribuição dos indivíduos segundo o tipo de comunicação mais utilizada.....	62
Quadro 11 - Distribuição dos indivíduos segundo a necessidade de ajuda para cuidar do estoma no dia-a-dia.....	63
Quadro 12 - Distribuição dos indivíduos que necessitam de ajuda para cuidar do estoma no dia-a-dia segundo o tipo de ajuda que necessitam.....	63
Quadro 13 - Distribuição dos indivíduos segundo se conhecem alguma associação, ou outros grupos de apoio, direccionados para laringectomizados.....	63
Quadro 14 - Distribuição dos indivíduos que referiram conhecer alguma associação, ou outros grupos de apoio, direccionados para Laringectomizados segundo se estão inscritos em alguma associação.....	64
Quadro 15 - Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram algum tratamento antes da cirurgia.....	64
Quadro 16 - Distribuição dos indivíduos que realizaram tratamentos antes da cirurgia segundo o tipo de tratamento.....	64
Quadro 17 - Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram algum tratamento após à cirurgia.....	65
Quadro 18 - Distribuição dos indivíduos que realizaram tratamentos após a cirurgia segundo o tipo de tratamento.....	65
Quadro 19 - Distribuição dos indivíduos segundo se antes de serem operados e submetidos à laringectomia foram informados sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar.....	65
Quadro 20 - Distribuição dos indivíduos que foram informados sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar segundo o profissional de saúde que os informou.....	66
Quadro 21 - Distribuição dos indivíduos segundo se após a cirurgia foram ensinados a cuidar da laringectomia.....	66
Quadro 22 - Distribuição dos indivíduos que foram ensinados a cuidar da laringectomia segundo o profissional de saúde que os ensinou.....	67
Quadro 23 - Distribuição dos indivíduos segundo, se após a cirurgia teve algum familiar presente para o apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia.....	67
Quadro 24 - Distribuição dos indivíduos segundo se tiveram acompanhamento por parte da terapeuta da fala.....	68
Quadro 25 - Distribuição dos indivíduos segundo se tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia.....	68
Quadro 26 - Distribuição dos indivíduos que tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia segundo quem foi esse profissional saúde.....	69
Quadro 27 - Distribuição dos indivíduos que tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia segundo o local onde tem obtido mais acompanhamento.....	69
Quadro 28 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados nas instituições públicas de saúde.....	70
Quadro 29 - Distribuição dos indivíduos segundo o local onde adquirem o material que necessitam diariamente para cuidar da laringectomia.....	70
Quadro 30 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com as participações que o sistema nacional de saúde lhe atribui para aquisição de material.....	71
Quadro 31 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com o tipo e qualidade de material que utilizam.....	71
Quadro 32 - Distribuição dos indivíduos segundo se consideram que os profissionais especializados na área são suficientes.....	72
Quadro 33 – Ordenação dos itens que segundo os indivíduos mais interferem com a sua qualidade de vida.....	73
Quadro 34 – Estatística descritiva das experiências de comunicação dos indivíduos pós-laringectomia (avaliado pela SECEL).....	74
Quadro 35 - Distribuição dos indivíduos segundo se consideram que falam tanto como falavam antes da laringectomia.....	74
Quadro 36 - Estatística descritiva das características de qualidade de vida dos indivíduos pós-laringectomia (avaliado pelo EORTC QLQ-C30).....	76

Quadro 37 - Estatística descritiva da percepção da saúde em geral e da qualidade de vida no global, na última semana, por parte dos indivíduos.....	77
Quadro 38 - Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e a idade dos indivíduos.....	78
Quadro 39 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme o estado civil dos indivíduos.....	80
Quadro 40 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme a escolaridade dos indivíduos.....	82
Quadro 41 - Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e ao tempo de laringectomia dos indivíduos.....	84
Quadro 42 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos usam prótese fonatória.....	86
Quadro 43 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos necessitam de ajuda para cuidar do estoma.....	88
Quadro 44 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos antes da cirurgia.....	90
Quadro 45 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos após a cirurgia.....	92
Quadro 46 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos após a cirurgia.....	94
Quadro 47 - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram acompanhamento regular de um profissional de saúde para a laringectomia.....	96
Quadro 48 - Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e as experiências de comunicação dos indivíduos pós-laringectomia.....	99

INTRODUÇÃO

Receber o diagnóstico de um cancro transforma a vida numa ameaça, revoluciona os nossos ideais e eleva os nossos pensamentos aos pormenores mais insignificantes de toda a nossa história de vida. É uma doença que trás medos relacionados com a continuidade da vida e com incapacidades difíceis de superar.

O cancro tem sido objecto de investigação desde há longos anos. É na actualidade considerado uma doença crónica, sendo por esse motivo um problema de Saúde Pública importante, pelos encargos físicos, psicológicos, sociais e económicos que acarreta. É no presente a segunda causa de morte em Portugal, tendo cada vez mais um impacto emergente na nossa sociedade. Os progressos científicos, a par do aumento da esperança média de vida, têm permitido uma sobrevida do doente com cancro cada vez mais elevada, tendo o conceito de qualidade de vida interferido nos processos terapêuticos existentes e seleccionados para o doente.

Apesar de todos os avanços na área oncológica, o cancro continua a ser uma doença muito temida, repleta de mitos e de negativismos próprios do senso comum. Cancro é, para a sociedade em geral, reflexo de sofrimento, de mutilação, de desfiguração, de incapacidade, de morte. É por todo este mediatismo inflexível que a qualidade de vida é introduzida no contexto da oncologia. Tendo em conta que o doente oncológico vive algum sofrimento, é primordial que qualquer acção terapêutica ou de alívio vise a qualidade de vida.

O tema escolhido para a dissertação de mestrado resultou de um interesse de índole pessoal pela área de Oncologia. Observar e participar no processo de doença conduz-nos à reflexão, originando a colocação de várias questões e interrogações. Mediante estas, surge a necessidade de desenvolver pesquisa e investigação com o objectivo de se obterem respostas e soluções. Só compreendendo e alargando os conhecimentos nesta área poderemos melhorar a prestação de cuidados e proporcionar um acompanhamento adequado a todos os indivíduos.

Na temática geral da oncologia foi delimitado para este estudo o doente com cancro da laringe, submetido a laringectomia total. A laringectomia total é o tratamento de eleição para o doente com cancro da laringe avançado. É um acto cirúrgico extremamente agressivo, mutilante e desfigurante que altera a qualidade de vida do doente em causa. Contraditoriamente é também um tratamento que permite ao doente adquirir alguma qualidade de vida, pois permite-lhe a manutenção de uma necessidade humana básica: a respiração, que anteriormente à cirurgia se encontrava altamente comprometida e que poderia conduzir o doente a risco de asfixia e morte.

Deste modo, ser laringectomizado pode causar grandes alterações físicas, psíquicas e sociais. Estes doentes vivem um período de luto, de readaptação e de reajustamento a todos os níveis.

Viver com uma laringectomia impõe vários desafios e dificuldades ao doente. As alterações mais mediáticas, como a perda de voz e olfacto, são já conhecidas pela sociedade e por toda a bibliografia existente, no entanto, as consequentes dificuldades e necessidades para o doente no seu dia-a-dia, bem como todas as alterações na sua qualidade de vida, são menos divulgadas e expostas. A estrutura social e comunitária existente não se encontra preparada para acolher estes doentes, tornando-se o seu acompanhamento deficitário. Os motivos prendem-se a aspectos culturais, onde a deficiência não é bem assumida pela sociedade, que por vezes, deixa transparecer imagens de exclusão do deficiente, mas também têm origem na falta de informação, que é consequência da existência de poucos estudos desenvolvidos neste âmbito. A limitação da voz imposta gera dificuldades na criação de uma relação aberta que permitiria o descortinar das preocupações, das dificuldades e das necessidades destes doentes. A sua condição física lança-os para uma atitude de isolamento que impossibilita a discussão e a tomada de medidas mais centralizadas, constituindo um impasse na sua reabilitação. Todas estas condições levam a que o doente não se destaque na sociedade, se retraia de lutar por mais e melhores direitos, pois o elemento essencial para a luta encontra-se comprometido: a voz!

O doente laringectomizado é um pouco marginalizado e esquecido pela sociedade e pelo próprio sistema nacional de saúde. Os apoios comunitários para estes doentes são escassos, as participações nos materiais fundamentais são inexistentes, os especialistas na área são reduzidos e não conseguem dar resposta à quantidade de doentes a seu cargo. Este cenário acrescido às dificuldades na comunicação verbal, à alteração do olfacto e/ou paladar, a problemas com auto-imagem, a restrições na deglutição, a isolamento social, entre outras, coloca este doente numa estrutura humana onde a qualidade de vida se encontra altamente comprometida. Através de um estudo descritivo-correlacional, é primazia desta dissertação de mestrado: analisar a qualidade de vida do doente submetido a laringectomia total por cancro da laringe e alguns factores que com ela possam estar relacionados. Ambiciona-se que este estudo seja inovador, que relembre o doente laringectomizado na sociedade e que contribua de forma positiva para a qualidade de vida deste doente. Além de enriquecimento pessoal e profissional, pretende-se também que possa servir de estímulo para outros estudos e que o doente possa usufruir mais e melhores cuidados de saúde. O estudo poderá influenciar a visão dos profissionais de saúde face à centralidade das problemáticas do doente, permitindo um melhor acompanhamento e um aumento

da qualidade dos cuidados prestados. Poderá também influenciar algumas directrizes relativamente aos apoios comunitários existentes no nosso país.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, através de livros, periódicos, documentos online, dissertações de mestrado. Os questionários foram aplicados a doentes do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil – Entidade Pública Empresarial (IPOC, FG – E.P.E.) e a doentes da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz (APLV). A metodologia estatística foi baseada no software de análise estatística de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

A dissertação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira surge o enquadramento teórico, onde se desenvolvem os temas fundamentais do estudo e onde são apresentados os principais resultados da revisão da literatura. A segunda parte é referente à investigação empírica, onde se explica a metodologia utilizada e se apresentam os resultados obtidos. No final surgem as conclusões, limitações do estudo, sugestões de trabalho e investigação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O CANCRO E A SOCIEDADE

A área de oncologia é muito vasta e complexa. Encontra-se em permanente evolução, estando esta dependente de todo o trabalho de investigação desenvolvido até ao momento pelas várias áreas multidisciplinares.

O cancro é considerado uma doença crónica e representa um grande problema de saúde pública, atingindo todos os anos números assustadores de novos casos. Tem um impacto cada vez mais emergente nas sociedades, pois acarreta custos económicos e sociais elevados ao sistema de saúde e à sociedade. Segundo dados da OMS prevê-se que o número anual de novos casos de cancro passará de 10 milhões no ano 2000 para 15 milhões antes do ano 2020 (Kvinnslund, 2002). Em média registam-se cerca de 10 milhões anuais de novos cancros, sendo que 4,7 milhões surgem em países desenvolvidos e 5,5 milhões ocorrem em países menos desenvolvidos (OMS, 2002). Estima-se que o cancro matou cerca de 7 milhões de pessoas em todo o mundo no ano 2000 (Mathers, 2006).

Sendo a esperança média de vida mais elevada na actualidade, também a probabilidade de vir a desenvolver um cancro aumenta. Assim sendo os números de novos casos disparam, de forma directamente proporcional à procura de cuidados de saúde e às despesas de saúde. Uma política de prevenção seria o ideal para controlar e diminuir as taxas de incidência, mas o que se verifica é que a prevenção ainda não é a suficiente e possivelmente estará em risco nos próximos anos face à crise económica mundial que estamos a assistir.

A doença oncológica confronta o indivíduo com sentimentos de incerteza, insegurança e medo, que se repercutem em todos os aspectos da sua vida. O cancro mantém um estigma muito assustador, sendo uma verdadeira ameaça à vida de qualquer indivíduo. Apesar dos vários avanços nos processos terapêuticos, nos tratamentos existentes, e mesmo que numa perspectiva curativa, deixam sempre marcas, sequelas e mutilações, que se repercutem a vários níveis. Sendo um grave problema de saúde pública, é uma doença que não deixa a população indiferente e que polariza a atenção e o interesse da sociedade em geral (Queiróz, 2003).

Apesar de ser uma doença que ameaça abruptamente a vida, os progressos científicos têm permitido a cura ou, em muitos casos, o prolongamento da vida com melhor qualidade de vida, havendo uma diminuição considerável da mortalidade. Segundo dados de 2009, apresentados por Chustecka, a mortalidade por cancro na Europa diminuiu de 9% nos homens e de 8% nas mulheres de 1990-1994 para 2000-2004. Estes fenómenos são influenciados pelas mudanças nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. Este facto representa uma boa notícia,

mas também justifica o aumento de despesas que o cancro implica anualmente, pois a sobrevivência por cancro tem custos muito elevados.

Em Portugal, em 2005, o cancro continuava a representar a segunda causa de morte no país, sendo a primeira as doenças cardiovasculares. A doença oncológica que vitimou mais portugueses, também em 2005, foi o cancro da laringe/traqueia/brônquios/pulmão (3599 casos), seguindo-se o estômago (2428 casos), próstata (1636 casos) e mama feminina (1498 casos) (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2009). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002) as doenças cardiovasculares, no ano 2000, representaram 39% dos óbitos, enquanto que as doenças oncológicas foram responsáveis por 20%. Mais de 59% destes óbitos por cancro são associados ao sexo masculino. Estima-se que 2 em cada 3 pessoas que morreram de cancro apresentam como factores de risco hábitos tabágicos e alcoólicos, dieta, obesidade e sedentarismo (Queiróz, 2003). Tendo em conta que a sociedade da actualidade, de uma forma ou de outra, é vítima destes factores de risco é compreensível que a doença oncológica tenha um grande destaque a nível global.

1.1. CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO

Na temática geral de oncologia, o cancro de cabeça e pescoço assume a expressão pelos seus índices de mortalidade, constituindo um relevante problema de saúde a nível mundial, nomeadamente nos países em desenvolvimento (Pisani, Bray & Parkin, 2002). Segundo Parkin e Bray (2006) a incidência do cancro de cabeça e pescoço tem aumentado nas últimas 3 décadas. Este cancro é o quinto cancro com maior incidência em todo o mundo; e o sexto cancro com maior causa de morte. Estima-se cerca de 143 000 casos na Europa (Garcia *et al.*, 2007). As taxas de incidência mais elevadas do mundo ocorrem na Índia subcontinental, Brasil e Europa central e oriental (Parkin & Bray, 2006). As taxas de mortalidade por cancro oral mais elevadas na Europa são na Hungria e na Eslováquia (Chustecka, 2009), o que significa que mesmo em países desenvolvidos uma em cada 3 pessoas morrem com cancro oral (Johnson, 2001). Em 2002 foram registados 405 000 novos casos e 211 000 mortes em todo o mundo (Parkin & Bray, 2006). Ocorre mais em homens do que em mulheres, cerca de 2 a 3 vezes mais, e a incidência aumenta com a idade em todos os países. O motivo prende-se ao facto do homem ser mais consumidor de álcool e de tabaco e por estar mais exposto ao risco ocupacional. Em termos etiológicos o consumo de álcool e tabaco, bem como uma dieta deficitária, explicam 90% dos casos de cancro de cabeça e pescoço (Johnson, 2001).

O cancro de cabeça e pescoço é uma doença carregada de estigma e de conotações negativas que influenciam a sua percepção pela sociedade. O seu significado reside naquilo que representa para o próprio doente. É o rosto que exibimos em todos os lugares e situações e é ele que, mais do que as nossas palavras, representa cada indivíduo. Desta forma, é na parte do corpo que mais expomos que esta doença oncológica se manifesta como uma ameaça intensamente visível e incapacitante. Alguns destes cancros são fatais, existindo outros com grande possibilidade de cura, mas que arrastam consigo grande probabilidade de desfiguração, disfunção fisiológica, perda sensorial, alteração da imagem corporal, alteração da interacção social e da sexualidade, originando grande pesar e angústia para o doente e para a sua família. Neste âmbito são diferenciadas várias patologias em função do local que atingem: as mais comuns ocorrem na cavidade oral, seguido da laringe e depois da faringe (Otto, 2000). O cancro oral ainda inclui, segundo Johnson (2001), orofaringe e hipofaringe.

Nos países desenvolvidos o índice de mortalidade por cancro de cabeça e pescoço é elevado (Pisani *et al.*, 2002). Diagnosticar um cancro oral numa fase inicial é muito raro, pelo que a sobrevivência de um indivíduo com cancro oral é baixa. O diagnóstico deste tipo de patologias depende da experiência do profissional de saúde na identificação de tumores através de exame clínico e muitas vezes o clínico apenas o consegue num estadio avançado (Mineiro, Curado, Martins & Oliveira, 2010).

Tendo em consideração a grande abrangência das doenças oncológicas e a temporalidade de apresentação do presente estudo, delimitou-se uma patologia, direccionando-se a atenção para o cancro da laringe.

1.2. CANCRO DA LARINGE

O cancro da laringe é um tumor maligno localizado na laringe, que afecta milhares de pessoas em todo o mundo. Se for detectado numa fase inicial tem probabilidade de ser curável, no entanto, numa fase avançada, é uma doença que pode levar a muitas comorbilidades e a mortalidade. Relativamente a outros órgãos, o cancro da laringe é pouco comum, constituindo 2% a 3% de todas as doenças malignas (Sorensen & Luckman, 1998).

Existem diferenças geográficas a nível mundial na taxa de incidência desta patologia: no norte da Europa, Austrália, Nova Zelândia e leste da Ásia e África as taxas são baixas; sul e região central da Europa, Brasil e Uruguai apresentam incidências muito elevadas (Wunch, 2004). Se-

gundo Pisani *et al.*, (2002) o cancro da laringe é responsável por aproximadamente 73 500 mortes em todo o mundo. É um cancro com uma incidência de 156 000 novos casos por ano no mundo. A sobrevida relativa está entre 60% a 70% na Europa e na América do Norte, podendo ser mais baixa em países em desenvolvimento (Lima *et al.*, 2008).

Em Portugal, é um dos mais frequentes a atingir a área da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% das neoplasias que atingem esta área (Johnson, 2001; Lore & Medina, 2004). O cancro da laringe, segundo os últimos dados do Registo Oncológico Nacional, expressou 365 novos casos em 2005 em Portugal, representando uma taxa de incidência de 3,45 por 100 mil habitantes e uma taxa de incidência padronizada de 2,92 por 100 mil habitantes. A taxa de incidência mais elevada regista-se na faixa etária dos 55-59 anos com o valor de 10,89 por 100 mil habitantes. Esta patologia ocorre predominantemente no homem (Registo Oncológico Nacional, 2009).

Verifica-se uma maior evidência científica entre o desenvolvimento destes cancros e o consumo de álcool e tabaco. O risco nos fumadores regulares de charutos também regista um aumento de cancro da laringe (Otto, 2000; Nunes, 2006; Monahan *et al.*, 2010;). Segundo Lore e Medina (2004), é uma doença rara em não fumadores, podendo manifestar-se em fumadores passivos. Pode ainda estar relacionado com uso inadequado das cordas vocais, laringite crónica e predisposição familiar para o cancro (Monahan *et al.*, 2010). Há vários estudos publicados que também relacionam a incidência deste cancro com o risco ocupacional, nomeadamente a exposição a determinadas substâncias tóxicas (Elci, Akpinair-Elci, Blair A. & Dosemeci, 2003; Zeka, Eisen, Kriebel, Gore & Wegman, 2004; Dietz, Ramroth, Urban, Ahrens & Becher, 2004). Segundo o estudo de Anderson, Lassen e Clemmensen (2008) a incidência do cancro da laringe, bem como do cancro da cavidade oral e faringe, aumenta com a diminuição da posição socioeconómica: em pessoas com status social elevado e com níveis escolares mais elevados, regista-se uma diminuição do cancro da laringe. Segundo o mesmo autor existem também diferenças de incidência entre as áreas urbanas e áreas rurais, sendo mais elevada nas zonas urbanas.

Quando não tratada esta doença é inevitavelmente fatal, havendo registo de que 90% dos doentes não tratados morrerem num prazo de 3 anos. Se tratada, tal como outras doenças oncológicas, tem algum potencial de cura, nomeadamente se detectado atempadamente e não numa fase já avançada (Sorensen & Luckman, 1998).

1.2.1. Factores de risco

O cancro da laringe é considerado por muitos autores uma doença multifactorial, influenciada por questões ambientais e estilos de vida. A sua etiologia está relacionada com variados factores: tabaco, álcool e exposição a alguns químicos de risco ocupacional, como amianto, ácidos inorgânicos fortes, a poeira de cimentos e a sílica cristalina livre. No entanto, vários estudos também apontam como cofactores de risco a baixa escolaridade, infecção com o Vírus Papiloma Humano (HPV) e refluxo gastroesofágico. A alimentação rica em frutos e crus é apontada como efeito protector face ao cancro da laringe, enquanto que o consumo de carne salgada e gorduras estão relacionadas com maior risco de cancro da laringe. Historial de vários cancros de cabeça e pescoço na família também são factores de risco para o cancro da laringe. Polimorfismos genéticos, especialmente de genes envolvidos na acção de enzimas responsáveis pela metabolização de carcinógenos também são responsáveis pelo desenvolvimento da doença (Austin, 1997 *cit in* Wunsch, 2004). O refluxo gastroesofágico tem sido sugerido como factor de risco, mas ainda não existem estudos suficientes que o comprovem (Qadeer *et al.*, 2006).

Tabaco e álcool

Wynder *et al.*, *cit in* Wunsch, 2004, referem que o consumo crónico de tabaco apresenta mais riscos do que o consumo de álcool. No entanto o consumo combinado de ambas as substâncias pode aumentar o risco. Talamini *et al.*, (2002) realizou um estudo do tipo caso controlo onde concluiu que o álcool e o tabaco são factores independentes para o risco de cancro da laringe, no entanto a sua combinação aumentava o risco de cancro da laringe, funcionando como potenciadores um do outro. O mesmo autor também concluiu que os fumadores têm 20 vezes mais risco de desenvolver cancro da laringe do que os não fumadores. Koskinen, Brondlo e Dahlstrand (2007) concluíram que o consumo de álcool está associado a um aumento de mortalidade por cancro da laringe.

O número de cigarros e o tempo de consumo também são factores a considerar, ou seja, a idade de início de fumar torna-se assim relevante. Após deixar de fumar o risco diminui consideravelmente, havendo maior relação do tabaco com o cancro da laringe do que do álcool. Menvielle, Luce, Goldberg, Bugel e Leclerc (2004), Nunes (2006) e Hashibe *et al.*, (2007), reforçam o efeito sinérgico entre o álcool e o tabaco, revelando também que o consumo isolado de álcool não constitui um factor de risco tão importante. O álcool actua como um solvente primário para a acção carcinogénica do tabaco. Segundo Lima *et al.*, (2008) e Hashibe *et al.*, (2009) o risco de

desenvolvimento de cancro da laringe é potencializado pela acção sinérgica do fumo e do álcool, aumentando o risco de desenvolvimento deste cancro em 100%. Sartor *et al.*, (2007) reforçaram novamente com o seu estudo que o tabagismo é o factor de risco mais importante para o cancro da laringe. No entanto Hashibe *et al.*, (2009) referem que muitos casos de cancro de cabeça e pescoço não estão relacionados com o álcool ou tabaco, nomeadamente em mulheres e indivíduos novos (com menos de 45 anos).

Um estudo muito recente realizado na Alemanha procurou perceber se a forma de inalação do fumo do tabaco teria ou não diferenças para constituir factor de risco para cancro da laringe. O estudo confirma que o tabaco é um factor de risco, independentemente da forma como é inalado. O estudo demonstra que quanto mais anos de consumo e intensidade de hábitos tabágicos maior o risco. Deixar de fumar é considerado um factor que reduz o risco de cancro da laringe. No entanto a mudança de hábitos na forma de inalação do tabaco é o primeiro passo para reduzir o risco de cancro da laringe. O estudo refere que inalações menos profundas do fumo do tabaco têm menos risco do que inalações profundas, mas que o melhor é mesmo deixar de fumar. Quem deixa de fumar reduz o risco de cancro da laringe para metade, sendo a melhor estratégia para reduzir o cancro da laringe (Ramroth, Dietz & Becher 2011).

Na década de 50 começaram a surgir publicações científicas que relacionavam o consumo de tabaco e o aparecimento de cancro do pulmão. Em 1964, nos Estados Unidos da América (EUA) é publicado um relatório sobre os efeitos do tabaco na saúde, ficando bem evidente a relação do tabaco com o cancro do pulmão e da laringe. Na actualidade a evidência científica é bem clara relativamente às consequências do tabaco e ao desenvolvimento de cancro, sendo o tabaco a primeira causa evitável de cancro. No ano 2000, na União Europeia, aproximadamente 26% das mortes por cancro foram devidas a consumo de tabaco (Nunes, 2006).

Lee, Marron & Benhamon (2009) abordaram a temática dos fumadores passivos, referindo que estes indivíduos podem ter um factor de risco aumentado para o cancro do tracto aerodigestivo. Evitar a exposição involuntária ao fumo do tabaco provavelmente diminui o risco de cancro da laringe em indivíduos que nunca foram fumadores (Lee *et al.*, 2008). Deste modo é compreensível que políticas mais rígidas e conservadoras, que diminuam a exposição de indivíduos não fumadores a ambientes de fumo, são medidas importantes no contexto da Saúde Pública.

Fumar cannabis é também um potencial factor de risco para cancro de cabeça e pescoço. O fumo do cannabis é similar ao do tabaco tradicional, no entanto, na actualidade a cannabis tem

uma concentração de policarbonetos aromáticos muito mais aumentada do que os cigarros. Além disso, é fumada sem filtro, sendo inaladas grandes concentrações de toxinas que actuam de forma muito agressiva sobre as mucosas podendo provocar mutações que promovem o desenvolvimento de células neoplásicas (Zhang, Morgenstern & Spitz, 1999). Apesar da evidência científica, ainda não existem estudos suficientes para comprovar este facto (Goon *et al.*, 2009).

Risco ocupacional

Vários estudos epidemiológicos apontam o tabaco e o álcool como principais factores de risco para o cancro da laringe (Dietz *et al.*, 2004; Koskinen *et al.*, 2007; Alba & Castro, 2008). No entanto vários autores consideram também o cancro da laringe como uma doença de risco ocupacional.

O pó do cimento foi classificado por Dietz *et al.*, (2004) como um factor de risco independente para o cancro da laringe. O pó do cimento é formado por óxido de cálcio, óxido de silício, trióxido de alumínio, óxido de ferro, óxido de magnésio, óxido de enxofre, óxido alcalino, pequenas doses de microelementos como o cromo, níquel, zinco, titânio, cádmio e arsénio. Todos estes elementos têm propriedades que podem conduzir a cancro da laringe, embora ainda não sejam bem conhecidos estes mecanismos. Portanto, a exposição a poeiras de cimento durante o trabalho de construção civil é um grande factor de risco para cancro da laringe, independentemente do consumo de tabaco e álcool e do nível sócio-económico.

Zeka *et al.*, (2004) realizaram um estudo de coorte onde obtiveram conclusões claras sobre cancro da laringe. O estudo foi desenvolvido com mecânicos expostos a fluidos metálicos de forma contínua ficando evidente que uma exposição contínua a este tipo de materiais representa um factor de risco muito elevado de desenvolver cancro da laringe.

Becher *et al.*, (2005) realizaram um estudo caso controlo onde concluiu que a exposição a hidrocarbonetos policíclicos aromáticos são um relevante factor de risco ocupacional para o cancro da laringe. Sartor *et al.*, (2007) também concluíram que existem 4 exposições ocupacionais que se mostram significativamente associadas ao risco de cancro da laringe: sílica cristalina livre respirável, fuligem (de carvão mineral, coque, madeira, óleo combustível), fumos em geral e animais vivos. São poucos os autores que relatam a exposição a animais como factor de risco. Este risco deve-se, provavelmente, à exposição aos insecticidas utilizados na criação de animais e à exposição a microorganismos que os animais transportam - vírus e endotoxinas presentes nos ambientes de criação de animais (Franco, 1998; Thu, Zwerling & Donham, 1998).

Refluxo gastroesofágico

Recentes estudos têm surgido no sentido de relacionarem o refluxo gastroesofágico com cancro da laringe. Estas hipóteses continuam a ser investigadas por vários autores. O refluxo gastroesofágico tem sido responsável por várias patologias a nível da laringe (Qadeer *et al.*, 2006). É facto evidente que a inflamação crónica provocada pelo refluxo gastroesofágico é um importante factor de risco. A exposição aos ácidos gástricos e pepsinas constantes causam uma inflamação da mucosa e laringites crónicas. Após um processo de refluxo gástrico são detectados elevados níveis de pepsinas a nível do epitélio da laringe. Inicialmente estas pepsinas ficam inactivas devido ao PH da laringe – 6,8. No entanto, se o PH passar para 8, a actividade enzimática das pepsinas é novamente activada. Este aumento de PH é possível se houver um constante refluxo ácido a nível da laringe. Estudos realizados em animais sugerem que esta exposição prolongada pode levar a desenvolvimento de doenças neoplásicas (Johnston *et al.*, 2007). Um dos estudos mais recentes conduzido por Francis *et al.*, (2010), revela que não foi provada nenhuma associação, mas que o refluxo gastroesofágico afecta as várias subdivisões da laringe. Foi observada uma grande relação entre o refluxo gástroesofágico e o cancro glótico da laringe.

Alimentação

Existem também alguns estudos que sugerem que a dieta alimentar pode afectar o desenvolvimento de diferentes formas de cancros aerodigestivos incluindo o da laringe (Sapkota *et al.*, 2008). Um aumento de consumo de frutas e vegetais poderá ser preponderante para prevenir o desenvolvimento do cancro da laringe (Boccia *et al.*, 2008; Freedman *et al.*, 2008). Uma dieta rica e variada em frutas, vegetais e fibras pode diminuir o risco, sendo um factor protector. É dado especial ênfase a antioxidantes como a Vitamina C, Folatos, Licopenos e flavanóides, por serem substâncias que protegem o organismo de neoplasias. É recomendado o baixo consumo de carnes enlatadas e gorduras (Garavello *et al.*, 2009; Alba & Castro 2008; Goon *et al.*, 2009;). Também a higiene oral e o estado de dentição são factores a considerar, sendo também um factor de risco para o cancro de cabeça e pescoço (Rosenquist *et al.*, 2005).

Hereditariedade

O estudo de Alba & Castro (2008) não encontrou como factor de risco a história familiar. No entanto vários outros estudos revelam que poderá haver uma predisposição genética em familiares de primeiro grau.

HPV

Uma etiologia viral também tem sido considerada. Vários estudos indicam uma forte associação entre uma infecção com HPV e cancro de cabeça e pescoço. Alguns estudos revelam que o vírus HPV já foi encontrado em aproximadamente 25% de cancros da laringe com maior risco para HPV 16 e 18 e menor risco para as estirpes 6 e 11. O DNA do vírus HPV já foi encontrado em várias lesões benignas e malignas da laringe. O DNA viral interage com o genoma da célula e aumenta a expressão de proteína p16 (Torrente *et al.*, 2011). Há um risco aumentado de desenvolver este cancro se a estirpe HPV-16 for positiva (Mork *et al.*, 2001). HPV-16 é a estirpe mais prevalente, tendo sido encontrada em 69,2% dos casos de cancro da laringe. A estirpe HPV-18 apenas foi encontrada em 3,9% (Termine *et al.*, 2008).

Parkin & Bray (2006) aceitam o HPV como um factor etiológico para cancro de cabeça e pescoço. Por outro lado existem também outros estudos que concluem que o HPV não tem qualquer interferência nesta doença oncológica (Koskinen *et al.*, 2007), sendo necessários mais estudos que esclareçam esta questão. Torrente *et al.*, (2011) focalizaram mais o estudo de HPV no cancro da laringe; apesar dos conhecimentos que adquiriram com o estudo, sugerem o desenvolvimento de um maior número de estudos nesta área, a fim de ser compreendido o significado destas infecções, as implicações na prevenção da doença e tratamentos adequados.

Helicobacter Pylori

Também o *Helicobacter Pylori* tem sido apresentado como um potencial factor de risco para o cancro da laringe. Esta bactéria é o maior factor de risco para cancros gástricos, no entanto tem estado associada a outros tipos de neoplasias. Apesar de ainda não existirem estudos suficientes neste sentido, existe uma grande possibilidade de a infecção com *Helicobacter Pylori* ser um factor de risco para cancro da laringe (Zhuo, Wang, Zhuo & Zhang, 2008).

Estilos de vida

Num estudo brasileiro desenvolvido por Macena *et al.*, (2011), apesar de a mortalidade por cancro da laringe ser superior no sexo masculino, foi evidente que no sexo feminino houve um aumento de mortalidade. Estes dados justificam-se pelo aumento da exposição ao tabagismo no género feminino, atribuídos a mudanças nos hábitos de vida e padrões comportamentais da sociedade.

Também o consumo exagerado de álcool reporta um estilo de vida comprometedor para o desenvolvimento de cancro da laringe. Como vimos anteriormente, o álcool potencia o efeito do tabaco nesta doença, sendo estes dois comportamentos reflexo de estilos de vida comprometedores para o cancro da laringe.

1.2.2. Prevenção do cancro da laringe

O factor de risco mais importante para o cancro da laringe é o consumo de tabaco. É pouco comum existirem diagnósticos desta doença em não fumadores. Deixar de fumar é a melhor forma de prevenir esta doença oncológica. Não fumar previne também outro tipo de cancros como pulmão, língua, estômago. Reduzir a quantidade de álcool ingerido também é um passo importante, principalmente para fumadores. Desta forma também são reduzidos outros factores de risco como: irritações vocais crónicas da laringe e refluxo gastroesofágico (Smith & Kayser, 2008). Segundo Boccia *et al.*, (2008) e Freedman *et al.*, (2008), mesmo na presença de elevados consumos de álcool e tabaco, se o consumo de frutos e vegetais for também elevado poderá constituir um factor protector de um quarto de cancros de cabeça e pescoço.

Adoptar estilos de vida saudáveis será o primeiro passo para prevenir qualquer tipo de doença oncológica.

1.2.3. Anatomia da laringe

A laringe é conhecida como a nossa caixa da voz. É um tubo com cerca de 5 cm de comprimento. Encontra-se à entrada da traqueia, em frente à epiglote, na região cervical ventral mediana, sendo muitas vezes denominada de maçã-de-adão. A laringe contém músculos e cartilagem e é um órgão com múltiplas funções, permitindo a ligação da traqueia à faringe. É também conhecida por víscera de fonação, projectada para a produção vocal (Dedivitis, 2002; Ghirardi & Ferreira, 2008). É na laringe que se inicia a separação entre o tracto digestivo e o tracto respiratório,

sendo um órgão muito importante na respiração, deglutição, tendo também uma função esfincteriana. É na laringe que se localizam as cordas vocais. Quando o ar passa na laringe, provoca uma vibração conjunta das cordas vocais produzindo o som da nossa voz (Dedivitis, 2002; Smith & Kayser, 2008; Cancer research UK, 2011).

Segundo Shim (2004) laringe é subdividida em 3 regiões:

Região supraglótica – inclui a epiglote, cordas vocais falsas e ventrículos (porção entre as pregas ventriculares acima e pregas vocais abaixo);

Região glótica – inclui as cordas vocais verdadeiras e as comissuras anterior e posterior;

Região subglótica – inicia-se a 1 cm abaixo das cordas vocais verdadeiras e alonga-se até à borda inferior da cartilagem cricóide ou primeiro anel traqueal.

Esta subdivisão da laringe torna-se importante pois as manifestações são distintas em função da região afectada, bem como a evolução e comportamento da doença (Sennes, Tsuji & Guimarães, 1998). O cancro mais comum da laringe ocorre na região glótica (2/3 desses tumores), seguindo-se a região supraglótica (1/3 dos tumores) e depois a subglótica (Shim, 2004; Lima *et al.*, 2008).

O estadiamento da doença é realizado através da classificação TNM: tumor primário (T), cadeias linfáticas cervicais (N) e possíveis metastases sistémicas (M). É através desta nomenclatura que o tratamento é decidido (Lima *et al.*, 2008).

Lima *et al.*, (2008) fazem referência ao tipo de nomenclatura utilizada em função do diagnóstico da seguinte forma:

Estadiamento TNM

T - Tumor Primário

Tx Tumor primário não pode ser avaliado

T0 Não há evidência de tumor primário

Tis Carcinoma in situ

Supraglote

T1 Tumor limitado a uma sublocalização anatómica da supraglote, com mobilidade normal da corda vocal;

T2 Tumor que invade a mucosa de mais de uma sublocalização anatômica adjacente da supra-glote ou à glote ou região externa à supraglote (por exemplo, a mucosa da base da língua, a valécua, a parede medial do seio piriforme), sem fixação da laringe;

T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou invasão de qualquer uma das seguintes estruturas: área pós-cricóide, espaço pré-epiglótico, espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tiroideia (por exemplo, córtex interna);

T4a Tumor que invade toda a cartilagem tiroideia e/ou estende-se aos tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), alça muscular, tiroideia e esôfago;

T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinas ou adjacente à artéria carótida;

Glote

T1 Tumor limitado à(s) corda(s) vocal(ais) (pode envolver a comissura anterior ou posterior), com mobilidade normal da(s) corda(s);

T1a Tumor limitado a uma corda vocal;

T1b Tumor que envolve ambas as cordas vocais;

T2 Tumor que se estende à supraglote e/ou à subglote, e/ou com mobilidade diminuída da corda vocal;

T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou que invade o espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tiroideia (por exemplo, córtex interna);

T4a Tumor que invade completamente a cartilagem tiroideia, ou que se estende aos tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), alça muscular, tiroide e esôfago;

T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinas ou adjacente à artéria carótida;

Subglote

T1 Tumor limitado à subglote;

T2 Tumor que se estende à(s) corda(s) vocal(ais), com mobilidade normal ou reduzida

T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal;

T4a Tumor que invade a cartilagem cricóide ou tiroideia e/ou estende-se a outros tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), tiroide e esôfago;

T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais ou adjacente à artéria carótida.

Segundo Smith e Kayser (2008):

N - Metástases ganglionares

N0 Sem invasão linfática;

N1 Tumor com invasão de um nódulo linfático do mesmo lado que o tumor inicial, sendo o nódulo linfático inferior a 3 cm;

N2a Tumor com invasão de um nódulo linfático do mesmo lado que o tumor inicial, sendo o nódulo linfático entre 3 a 6 cm;

N2b Disseminação do tumor para mais de um dos gânglios linfáticos do mesmo lado que o tumor inicial, não sendo nenhum dos nódulos superiores a 6 cm;

N2c Disseminação do tumor para os nódulos linfáticos em ambos os lados do pescoço, não sendo nenhum superior a 6 cm;

N3 Disseminação do tumor para um gânglio linfático, sendo este superior a 6 cm.

M - Metástases à distância

M0 Sem metastização à distância;

M1 Com metastização para outros órgãos.

O estadiamento da doença é realizado mediante combinação destes três parâmetros, sendo conhecida pela classificação TNM:

Estadio I - T1 N0 M0

Estadio II - T2 N0 M0

Estadio III - T1 3N1 M0 ou T3 N0 M0

Estadio IV A - T4 N0 1M0 ou qualquer T, N2 M0

Estadio IV B - qualquer T, N3 M0

Estadio IV - qualquer M1

1.2.4. Histologia

A histologia mais frequente a nível mundial do tipo de cancro da laringe é de origem epitelial e do tipo epidermóide (carcinoma de células escamosas), incluindo os queratinizantes e não querati-

nizantes e de grau bem moderado e pouco diferenciados. Os carcinomas verrugosos, salivares, adenocarcinomas, carcinomas neuroendócrinos, mesenquimais ou linfomas e melanomas são menos frequentes (Dietz *et al.*, 2004; DeVita, Hellman & Rosenberg, 2005; Lima *et al.*; 2008). Os carcinomas das células escamosas representam 95% desta doença (Cancer research UK, 2011).

1.2.5. Diagnóstico

O diagnóstico deve ser realizado o mais precocemente possível. É realizado através de um exame geral de cabeça e pescoço, laringoscopia indirecta, biópsia laringoscópica, Radiografia do tórax, TAC (Tomografia Axial Computorizada) e RNM (Ressonância Magnética Nuclear). A laringoscopia directa com biópsia deve ser realizada nas situações em que não foi possível realizá-la na laringoscopia indirecta. A TAC e RNM são utilizadas para avaliação da extensão da lesão e em pessoas obesas nas quais a palpação do pescoço é difícil (Noronha & Dias, 1997; Lima *et al.*, 2008).

É fundamental um diagnóstico precoce, para se puder aumentar as probabilidades de cura, sendo também possível realizar terapêuticas mais conservadoras e menos mutilantes. Os sintomas iniciais incluem: disfonia, dispneia, odinofagia e a disfagia, que podem apresentar diferentes graus em função da localização, do tamanho e infiltração do tumor. Uma rouquidão superior a 4 semanas deve ser avaliada minuciosamente para a exclusão de cancro da laringe. A avaliação clínica do doente deve incluir anamnese detalhada, devendo ser realizado um “interrogatório” completo a fim de conciliar os sintomas principais do doente e todos os possíveis factores epidemiológicos. Deve ser também realizado exame físico completo; o exame do pescoço deve ser cuidadoso com o objectivo de avaliar a extensão locorregional da doença. Deve ser avaliada a integridade das estruturas cartilaginosas e membranosas da laringe e a presença de metástases para os linfonodos cervicais. Deverá ser realizada a avaliação de toda a estrutura laríngea, assim como as suas relações com as regiões vizinhas como a orofaringe e hipofaringe, através de laringoscopia e outros métodos adequados. A TAC, a RNM, a radiografia e a PET (Tomografia por emissão de positrões) são muitas vezes utilizadas para estadiamento da doença. O estado geral do doente também deve ser avaliado, para verificar as suas condições clínicas gerais, além da presença de metástases à distância. A avaliação deve ser minuciosa e individualizada (Brasil & Manrique, 2004).

A laringoscopia indirecta é realizada pelo otorrinolaringologista, usando um endóscopio flexível, que permite visualizar a laringe directamente. Com esta avaliação pode ser ou não realizada biópsia da lesão. A mobilidade das cordas vocais é também avaliada, pois se houver algum comprometimento da sua mobilidade pode indicar que o crescimento tumoral pode estar a afectar os músculos circundantes, outro tecido ou até a via aérea (Calitro, 2006).

Tumores supraglóticos, segundo o estudo de Sankaranarayanan, Ramanakumar e Yeole (2003) e de Hirvikoski, Vintaniemi, Kumpulainen, Johansson e Kosma (2002), apresentam pior prognóstico, manifestando uma sobrevivência de 20 a 70%, além de serem tumores histologicamente muito agressivos e avançados. Este último autor também revela que os tumores supraglóticos apresentam um maior índice de mitoses e apoptoses que os tumores glóticos, sendo esse um factor que explique a agressividade dos tumores supraglóticos. Devido à vasta rede linfática aqui existente é muito comum a proliferação tumoral e a formação de metástases que muitas vezes são a primeira manifestação clínica. Um estudo realizado por Stefani *et al.*, (2004) revela que tanto o tabaco como o álcool apresentam maior factor de risco para cancro supraglóticos em detrimento dos cancros glóticos. Hashibe *et al.*, (2007) vai de encontro a este resultado referindo que vários estudos realizados por todo o mundo associam o cancro supraglótico da laringe ao consumo combinado de álcool e tabaco.

O tratamento eleito para este tipo de cancro depende da região atingida. O cancro da região glótica raramente tem tendência a metastizar para o pescoço, pois a drenagem linfática desta área é muito diminuta. O diagnóstico é possível numa fase inicial havendo um bom prognóstico. O cancro da região supraglótica e subglótica metastiza facilmente e até numa fase inicial para o pescoço, havendo indicação para realizar esvaziamento cervical cirúrgico. Os tumores subglóticos são mais raros e apresentam mau prognóstico, pois a sua sintomatologia surge tardiamente e apresentam sintomas menos evidentes, e o tumor tem tendência a crescer mais lentamente na subglote levando à obstrução das vias aéreas (Stevens & Lowe, 1998; Brasil & Manrique 2004; Shim, 2004;). Se o tumor envolver os 3 níveis (supraglótico, glótico e subglótico) é considerado transglótico, representando péssimo prognóstico (Johnson, 2001).

1.2.6. Sinais e sintomas

A função fonatória e respiratória são os primeiros sinais de alerta para o diagnóstico desta doença. Uma rouquidão que persiste por mais de 4 semanas deve ser verificada e cautelosamente avaliada, pois este é um dos sintomas mais comuns. A disfagia poderá ser outro sinal de alarme,

principalmente se for acompanhada de sensação de ardor e de engasgamento repetido. Existem também sintomas de “nó na garganta”, dispneia, halitose, perda ponderal e por vezes pode surgir uma dor que irradia para a orelha (Cancer research UK, 2011). Para tumores supraglóticos são frequentes: aspiração, dispneia, disfagia, sensação de corpo estranho, odinofagia, otalgia reflexa e adenopatias cervicais com tumefacção do pescoço (metástases cervicais). Quando a disфония surge significa que já existe invasão e imobilidade da corda vocal. Para tumores glóticos podem ocorrer: disфония, dispneia, disfagia, odinofagia e otalgia. Frequentemente estes sintomas já indicam doença avançada. Os tumores subglóticos manifestam-se por sinais tardios, sendo a disфония incomum e a dispneia frequente (Belcher, 1995; Lima *et al.*, 2008).

Independentemente do seu ponto de origem, o cancro da laringe evolui para asfixia por obstrução completa da laringe se não forem implementadas medidas terapêuticas.

1.2.7. Tratamento

A erradicação locoregional da doença é extremamente difícil pelo que existe um grande número de doentes a morrer por cancro da laringe (Dietz, *et al.*, 2004). A qualidade de vida é um parâmetro sempre avaliado antes de seleccionar o tratamento mais adequado para o doente oncológico (Blanco & Botas, 2011).

O primeiro objectivo no tratamento do cancro da laringe é a sobrevivência do indivíduo e a qualidade de vida do doente, no entanto, sendo a laringe o órgão primário responsável pela voz, a preservação da voz é um dos aspectos a ter também em consideração na decisão do tratamento a eleger para esta doença (Johansson, 2010). Importante também será a possibilidade de preservação do processo de salivacção e do mecanismo da deglutição, as expectativas do doente e dos seus familiares, e a experiência da equipa oncológica que irá tratar do doente (Maciel, Leite & Soares, 2010).

Este tratamento vai depender do estadiamento do tumor, da sua localização, do seu tamanho, do seu tipo histológico e do comprometimento ou não de linfonodos cervicais, das características macroscópicas do tumor, do envolvimento ósseo e muscular, do estado físico, social e ocupacional do doente e da sua idade. As opções são cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo que em muitos casos é utilizada a combinação de várias modalidades terapêuticas (Calistro, 2006; Maciel *et al.*, 2010).

Tratamento cirúrgico: técnica invasiva em que é realizada a extracção parcial ou total da laringe;

Radioterapia: tratamento por radiação do tumor, que impede o crescimento das células tumorais ou que diminua o tamanho do tumor;

Quimioterapia: administração sistémica de citostáticos que permitem destruir a lesão tumoral, impedir o seu crescimento tumoral e diminuir as dimensões do tumor para posteriores aplicações de outras modalidades terapêuticas (Calistro, 2006).

Desde 1970 que a cirurgia a laser tem sido utilizada para a excisão de lesões benignas, carcinomas glóticos *in situ* e tumores em fase inicial, tendo ótimos resultados para a preservação da laringe, não sendo necessário realizar traqueostomia (Petruzzelli, 2009; Agra *et al.*, 2012). A cirurgia a Laser é mais rápida e reduz consideravelmente os custos, no entanto muitas instituições preferem a utilização de radioterapia na crença de que a voz será mais preservada (Batalla *et al.*, 2007). O estudo realizado por Batalla *et al.*, (2007) confirma que a qualidade da voz é mais preservada com a utilização da radioterapia, do que com a utilização de laser. Porém a dose da radioterapia pode delimitar alguns problemas pois quanto mais elevadas as doses de radioterapia piores são os efeitos e a qualidade de vida. Em doses elevadas pode afectar a voz e a deglutição uma vez que os músculos constritores faríngeos são muito atingidos na radiação e a faringe supraglótica apresenta uma sensibilidade maior à dose de radioterapia (Maciel *et al.*, 2010).

No início do século XX o cancro da laringe surge como um dos primeiros cancros a ser tratado e curado por radioterapia. A radioterapia passou a ser usada para lesões primárias e pequenas e também para tumores avançados de forma paliativa (Shim, 2004). Tumores classificados em T3 têm sido tratados primariamente com radioterapia concomitantemente com quimioterapia neoadjuvante, em indivíduos com bom estado clínico geral (Johansson, 2010). Esta combinação também tem sido utilizada para reduzir as dimensões do tumor e aliviar sintomatologia (Shim, 2004).

Em tumores classificados em T4 com envolvimento da cartilagem, e em alguns tumores T3, o tratamento primário é a laringectomia total com pré ou pós-operatório de radioterapia. A laringectomia total também tem sido utilizada para recidivas após radioterapia (Johansson, 2010). O cancro é uma doença muito prejudicial para a laringe, podendo ser necessária a extracção deste

orgão (Ghirardi & Ferreira 2008). A laringectomia é a cirurgia que realiza essa extracção, sendo na maior parte dos casos a primeira abordagem médica, seguida de radioterapia, o que compromete bastante a qualidade de vida dos doentes (Dietz *et al.*, 2004).

Doentes diagnosticados numa fase inicial da doença têm grande probabilidade de preservar a laringe através de várias cirurgias conservadores e da radioterapia. Nos casos de doença avançada a laringectomia é o tratamento de eleição (Shim, 2004; Agra *et al.*, 2012).

1.2.7.1. LARINGECTOMIA

A laringectomia é um acto cirúrgico de eleição em diversos países da Europa, para o tratamento do cancro da laringe, em associação com radioterapia e quimioterapia, sendo o tratamento mais invasivo para o doente (Finizia, Bergman & Lindstrom, 1999; Maciel *et al.*, 2010; Agra *et al.*, 2012).

A traqueostomia foi o primeiro tratamento de eleição para o cancro da laringe, realizada por Trousseau em 1837. Na falta de intervenção o doente morria em asfixia. Em 1873 surge Billroth's com a laringectomia total e também com a cirurgia radical do pescoço (Shim, 2004). Só em 1920 a laringectomia começou a ganhar total aceitação quando se conseguiu separar a traqueia da laringe (Stell, 1991).

A laringectomia total é a extracção total da laringe através de um acto cirúrgico. É removida a laringe, o osso hióide, a epiglote, a cartilagem cricóide, a cartilagem tiroideia e dois ou três anéis da traqueia. Pode ainda ser realizado dissecação radical que implica: a ablação da glândula salivar, músculo esternocleidomastoideu, veia jugular interna e nervo espinal; e/ou esvaziamento cervical bilateral. É reconstruída a laringe e realizada a fixação da traqueia ao pescoço, originando um orifício denominado de estoma por onde entra e sai o ar dos pulmões. Os aparelhos digestivo e respiratório tornam-se completamente independentes (Calistro, 2006). Na maioria destas cirurgias é colocada uma prótese fonatória, que se traduz na realização de uma fístula entre a traqueia e o esófago onde é introduzido um cateter de silicone rubber. Esta prótese será útil posteriormente à cirurgia permitindo ao doente a reabilitação da voz. Trata-se de voz traqueoesofágica, sendo considerada a melhor e mais comum forma de reabilitação vocal (Johansson, 2010).

Após a laringectomia total o indivíduo passa a respirar pelo estoma, desta forma a função de fonação da laringe deixa de existir, originando privação da voz e do olfacto (anósmia). Anteriormente à cirurgia o ar passava pelo nariz, era filtrado, aquecido e humedecido. Contudo após a cirurgia o ar entra directamente nos pulmões cheio de impurezas e à temperatura ambiente, podendo existir maior risco de infecções respiratórias. Também existe uma maior produção de muco e um maior acumular de secreções, na tentativa de proteger as vias respiratórias, tosse e ruído estranho ao respirar. Esta cirurgia implica também disfagia, alterações no paladar e dificuldades na mobilização cervical. Após laringectomia total os doentes apresentam alterações na postura devido ao encurtamento dos músculos cervicais e às dores, pelo acto cirúrgico, que podem interferir com a actividade eléctrica dos músculos cervicais (Calistro, 2006; Attieh, Searl, Shahaltough, Wreikat & Lundy, 2008; Santos, Caria, Tosello & Bérzin, 2010). A cirurgia resulta também no edema facial generalizado devido à ressecção ganglionar cervical, impossibilitando o movimento dos lábios, ficando a comunicação verbal ainda mais dificultada (Matos, Enedina, Castro, Fialho & Caetano, 2009).

A laringectomia causa sérias implicações na comunicação oral dos indivíduos. Este tipo de disfunção provoca problemas na comunicação e interação com os outros. A capacidade de comunicar é essencial à vida humana. É esta capacidade que nos permite interagir com a sociedade e responder às necessidades básicas de cada um. O doente com laringectomia vive um processo de ruptura na sua comunicação, sendo a sua forma de comunicar drasticamente alterada comprometendo todo o tipo de interacção com as outras pessoas, podendo resultar em disfunções psicológicas e sociais (Finizia *et al.*, 1999; Batalla *et al.*, 2008).

2. QUALIDADE DE VIDA: EVOLUÇÃO E CONCEITOS

Definir qualidade de vida não é fácil nem imediato. Cada pessoa individualmente a caracteriza de forma pessoal. O conceito é muito complexo, ambíguo, lato, volúvel, dependendo da cultura, da época e de cada indivíduo. Mesmo para o mesmo indivíduo este conceito vai mudando ao longo do seu ciclo vital, variando com as suas necessidades e ideais. A qualidade de vida está relacionada com vários factores individuais e pode ser avaliada mediante critérios específicos como a educação, actividade profissional, optimismo, necessidades pessoais... que cada um de nós individualmente valoriza mais ou menos (Leal, 2008). A qualidade de vida é individual e depende tanto de cada um, que só o próprio é capaz de um juízo de valor sobre a sua qualidade de vida (Pimentel, 2003). A qualidade de vida é assim algo pessoal, onde cada indivíduo atribui um significado próprio e único.

O conceito de qualidade de vida já tem muitos anos. Embora não fosse intencional a sua definição, indirectamente ela sempre existiu. Uma das referências mais antigas, e que mais se pode assemelhar com uma definição de qualidade de vida, é a de Aristóteles (384-322 a.C.) que escreveu: *"Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada...entende 'vida boa' ou 'estar bem' como a mesma coisa que 'estar feliz'. Mas o que é entendido como felicidade é discutível ... uns dizem uma coisa e outros outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é a riqueza.* (Pimentel, 2003: p. 25). Lentamente o conceito de qualidade de vida foi evoluindo, tornando-se mais preciso e mais referenciado.

No século XX encontra-se associado a problemas de poluição do meio ambiente (Fernandez-Mayoralas, *et al.*, 2007). Na década de 60 foi utilizado pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson. Nessa altura o conceito aparece ligado a indicadores sociais, por exemplo, pela existência de saneamento ou na acessibilidade de cuidados de saúde. O termo foi crescendo e nas décadas seguintes era associado a bem-estar objectivo e social (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). Na década de 70 ainda era um conceito pouco esclarecido, sendo que a partir dos anos 80 se percebeu a dimensão multidimensional de qualidade de vida.

Em 1984 surge o conceito que inclui as vertentes psicológica, social e física e incorpora tanto os aspectos positivos de bem-estar, como os aspectos negativos da doença. Estes termos sugerem que existem várias dimensões na qualidade de vida, que se podem agrupar em quatro: física e

desempenho, psicológica e bem-estar, social e espiritual - mesmo que a pessoa não tenha crenças religiosas, resultando da reflexão que o indivíduo faz da sua própria vida (Pimentel, 2003).

Nos anos 90 foi adicionado o conceito de subjectividade deste termo, tendo em consideração que cada indivíduo avalia a sua própria qualidade de vida de forma pessoal e individual.

De forma evolutiva, o termo qualidade de vida começa a ser aplicado à área da saúde. O crescimento tecnológico a nível mundial trouxe como consequência a desumanização da Medicina. Para colmatar este ponto negativo surge o conceito de qualidade de vida, sendo um movimento dentro das ciências humanas e biológicas que valoriza parâmetros mais amplos além do controlo de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da esperança de vida. Assim sendo a qualidade de vida foi um parâmetro acrescentado a ensaios clínicos randomizados como uma terceira dimensão além da eficácia e segurança. A qualidade de vida passa a assumir um papel subjectivo na saúde, estando ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (OMS, 1998).

Em 1993, a OMS propôs uma definição "*...a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio*" (Pimentel, 2003: p. 27).

A qualidade de vida não depende apenas da saúde (Bowling, Seetai, Morris, & Ebrahim, 2007). A qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas e adquire diferentes significados em função do contexto das suas aplicações. Como referido, o conceito de qualidade de vida manifesta-se um termo complexo e de difícil definição. No entanto, existe algum consenso quanto à sua multidimensionalidade. Segundo Brown, Bowling e Flynn (2004) o conceito de qualidade de vida pode ser perspectivado sob duas dimensões: uma macro, social e objectiva; outra micro, individual e subjectiva. Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito:

- Objectivo, que inclui as condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais (dimensão macro);
- Subjectivo, englobando as experiências de vida, valores, sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo (dimensão micro).

Enquanto conceito dinâmico e multidimensional, difícil de definir, também a sua medição é um desafio, basta reflectir no facto de, na sua definição, se contemplar as experiências individuais, positivas e negativas que ao longo do tempo condicionam a própria percepção do indivíduo sobre a qualidade de vida (Brown *et al.*, 2004).

A OMS através de um questionário que desenvolveu destaca que existem 3 aspectos fundamentais sobre a qualidade de vida: subjectividade, multidimensionalidade e presença de motivações positivas e negativas. A partir destas 3 surgiu mais um conceito de qualidade de vida que destaca o seu aspecto subjectivo, referindo que corresponde à percepção que os indivíduos têm da sua posição na vida no seu contexto cultural, dentro dos seus valores, em relação às suas metas, expectativas e preocupações (OMS, 1995 citado por Bowling *et al.*, 2007). A cultura passa a influenciar a qualidade de vida, pois interfere directamente com a personalidade e com os valores do Homem, tendo um carácter muito subjectivo.

Considera-se que a qualidade de vida não encontra uma definição única. Ela é constituída por um somatório de conceitos, sendo um estado individual muito variado. É certamente um conceito fundamental na área da saúde, sendo extremamente útil para delimitar estratégias terapêuticas e ir de encontro às reais necessidades dos doentes.

2.1. O CANCRO E A QUALIDADE DE VIDA

Até ao final dos anos 80, o tratamento do cancro visava maximizar a sobrevida do doente, dando pouca ênfase ao aspecto psicossocial de cada indivíduo. O impacto do tratamento era avaliado primordialmente através dos dados biológicos do doente, como o tamanho do tumor, estadia-mento, controlo do crescimento local e sobrevida. Havia pouca preocupação com as consequên- cias do tratamento na qualidade de vida do doente. Actualmente o interesse pelos aspectos psi- cossociais tem aumentado e a reabilitação funcional do doente tornou-se um factor importante no tratamento dos doentes oncológicos (Achette *et al.*, 2009).

Nos anos 90 assistimos à aplicação do termo qualidade de vida numa perspectiva predominate- mente clínica e menos economicista, que vemos manter-se na actualidade. Foi na área da onco- logia que a qualidade de vida começou a fazer mais sentido, pois paralelamente ao aumento da sobrevida do doente oncológico, surge a necessidade de proporcionar qualidade à vida que se prolongou. Apesar da cura não ser sempre atingida, há grande preocupação em manter as acti- vidades sociais e familiares do doente. Em simultâneo com a sobrevivência passa a ser impor-

tante a qualidade de vida, ou seja, passa a ser preocupação central não só a doença, mas também o doente (Pimentel, 2003).

A qualidade de vida inclui todas as áreas da vida e suas experiências, tendo em consideração o impacto da doença e da terapêutica. Pode-se dizer que existe uma boa qualidade de vida quando os desejos individuais são satisfeitos pela experiência de vida. Pelo contrário, diz-se que há má qualidade de vida quando as experiências de vida não cumprem os desejos individuais. A qualidade de vida muda ao longo do tempo, mesmo em circunstâncias normais. As prioridades e objectivos do indivíduo devem ser realistas e é natural que sejam diferentes ao longo do tempo, sendo alterados pela idade e experiência. Os principais problemas de saúde da actualidade são as doenças crónicas que persistem, resistem e necessitam de terapêutica de manutenção por longos períodos. A doença oncológica enquadra-se neste conceito, deixando de ser uma doença rapidamente fatal. É agora considerada uma doença crónica que dura meses ou anos, com tratamentos agressivos e com efeitos secundários complexos. Torna-se assim um problema de saúde pública importante, com custos económicos, sociais e individuais. Mudanças no estilo de vida e melhores técnicas de diagnóstico lançaram a doença oncológica para um aumento de incidência e de mortalidade (Pimentel, 2003). O tema qualidade de vida é muito utilizado na actualidade, surgindo cada vez mais trabalhos dentro deste âmbito, tendo uma valorização cada vez maior.

Tratar de doentes com cancro ultrapassa a barreira da cura e da sobrevida. O conceito de qualidade de vida é aplicado neste processo não sendo possível dissociá-lo da cura.

Um doente com diagnóstico de cancro sofre um choque com a notícia inicial, dor e efeitos secundários dos tratamentos, mutilação, restrições no seu desempenho físico e intelectual, limitações nas suas actividades diárias, a estigmatização social, lida com situações que põem em risco a vida ou que podem diminuir a sua esperança de vida devendo todos estes aspectos ser tomados em consideração no percurso do doente. É neste âmbito que a qualidade de vida ganha forma, sendo um objectivo fundamental a atingir sempre que se delinea um conjunto de estratégias terapêuticas para o doente oncológico (Pimentel, 2003).

Assim sendo, uma experiência de doença altera drasticamente os conceitos de qualidade de vida, é por este motivo que segundo Aarstad, Aastar & Olofsson (2008) os doentes com estadios de doença muito avançados apresentam baixos níveis de qualidade de vida.

Torna-se assim uma preocupação a doença oncológica, pois sendo considerada uma doença crónica tem implícita a baixa taxa de cura e elevada iatrogenia das armas terapêuticas. O aumento de sobrevida mediado por terapêuticas inovadoras justifica o interesse pela qualidade de vida do doente. Trata-se de um processo de personalização onde não se considera apenas o corpo doente, mas sim o ser humano como um todo.

2.2. A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE DE CABEÇA E PESCOÇO

Actualmente as experiências subjectivas de cada doente e todos os factores que condicionam a sua qualidade de vida são agora mais focalizadas (Johansson, 2010). No doente de cabeça e pescoço também existe esta preocupação. A avaliação da qualidade de vida é de suma importância pois estes doentes geralmente apresentam significativo comprometimento estético e funcional (Maciel *et al.*, 2010). Esta doença apresenta altos índices de mortalidade e comorbilidades. Os tratamentos que estas doenças exigem tendem a originar dor, desfiguração, problemas com alimentação e com a comunicação. Muitos doentes ficam com grandes alterações, havendo estudos que referem que grande parte destes doentes desenvolvem depressões (Ronis, Duffy, Fowler, Karen & Terrel, 2008), demonstrando que existe algum comprometimento da qualidade de vida.

No entanto, os tratamentos inovadores utilizados têm permitindo um aumento modesto da sobrevida do doente (Corry, Peters & Rischin, 2010), e paralelamente, tem havido imensa preocupação em proporcionar alguma qualidade de vida. Os tratamentos elegidos cruzam-se precisamente com esta preocupação, sendo seleccionados os que irão interferir directamente com a qualidade de vida. O interesse será não a cura pois, esta é impossível de atingir em todas as situações, mas proporcionar ao doente maior longevidade de vida com a melhor qualidade de vida possível.

O doente de cabeça e pescoço é um doente com muitas peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no seu tratamento: alcoolismo, hábitos tabágicos, relacionamento familiar deficiente, desfiguração facial e perdas sensorias. Estas particularidades interferem também com a sua qualidade de vida. É por este motivo que a EORTC (European Organization for the Research and Treatment of Cancer) desenvolveu um grupo internacional de estudo que elaborou diversos instrumentos para avaliar a qualidade de vida. Um destes instrumentos é o European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire – Cancer 30 (**EORTC QLQ-C 30 versão 3.0**). este questionário avalia a qualidade de

vida em geral de um doente com cancro, seja qual for a sua localização anatómica. Foram também desenvolvidos outros questionários mais específicos e direccionados para outras regiões anatómicas. É o European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Head and Neck (**EORTC QLQ-H&N 35**), que é utilizado para os doentes de cabeça e pescoço. Diversos trabalhos que utilizam estes instrumentos referem confiabilidade e validade dos mesmos (Tendardini, 2010).

2.2.1. Qualidade de vida do doente laringectomizado

Nas últimas décadas o tratamento para o cancro evoluiu imenso, resultando no aumento de sobrevivência de muitos tipos de cancro e também no aumento de efeitos adversos resultantes das medidas terapêuticas instituídas. Todas estas mudanças contribuíram para alargar a preocupação dos profissionais de saúde às experiências subjectivas dos doentes e à sua qualidade de vida.

O tratamento do doente da área de cabeça e pescoço foi intensificado nas últimas décadas existindo na actualidade o desenvolvimento da radioterapia em doses mais elevadas e a radioterapia concomitante com a quimioterapia. Estas novas modalidades terapêuticas influenciaram positivamente a qualidade de vida, nomeadamente dos doentes laringectomizados, não só no momento em que as medidas terapêuticas foram implementadas como após estas e até um ano após (Johansson, 2010).

A proximidade da laringe com outras estruturas anatómicas, comum a estruturas do sistema digestivo, fazem com que o cancro da laringe afecte não só a laringe mas também estruturas circunvizinhas causando uma enorme perda funcional, social e psicológica no doente, alterando decididamente a sua qualidade de vida (Maciel *et al.*, 2010).

A laringectomia é sem dúvida um acto cirúrgico muito agressivo que coloca em causa a qualidade de vida do doente: por um lado salva a vida do doente, mas por outro deixa marcas e sequelas importantes. Após esta mutilação o doente passa a viver sob o estigma de ter um estoma para poder respirar e vive um grande impacto na sua capacidade de comunicação verbal, através da voz (Moreno & Lopes 2002). Este acto cirúrgico pode causar dor, disfagia, dificuldades na comunicação verbal, alterações respiratórias e disfunção social (Woodard, 2007). É por este motivo que parte dos doentes deixam de ter uma vida social satisfatória, diminuindo drasticamente o seu convívio social, perdendo o emprego e passando a viver de forma mais isolada.

Todas as alterações acabam por implicar uma vertente psicológica profunda (Moreno & Lopes, 2002). A solidão é um factor desencadeante de doenças e mortalidade na população mundial; causa afecções emocionais que interferem nos processos fisiológicos de regeneração de tecidos do organismo, além de trazer comportamentos inadequados para a saúde, stress excessivo e mudanças hormonais. O isolamento destes indivíduos pode levá-los a novos episódios de cancro ou ao aparecimento de novas doenças (Davatz, 2011).

A maioria dos estudos desenvolvidos foca apenas a reabilitação da voz do laringectomizado, considerando-a o factor mais importante para o doente. O ser humano utiliza essencialmente a comunicação oral desde o nascimento. Parece inconcebível que, após boa parte da vida, a utilizar a voz para se comunicar, passar a ter que conviver com a realidade de não ter mais voz e de iniciar uma vida de silêncio e, muitas vezes, de isolamento social (Bettinelli, Tourinho & Capoani, 2008). Na realidade não é apenas a voz que fica afectada. Tendo em conta o conceito de qualidade de vida são várias as vertentes do laringectomizado que ficam afectadas. A qualidade de vida após uma laringectomia está altamente comprometida (Finizia *et al.*, 1999). No entanto segundo Johansson (2010) as experiências de doença e de sintomas são altamente subjectivas, sendo apenas o doente quem pode relatar quais as necessidades que mais ficam ameaçadas face a uma laringectomia.

A perda ou alteração da voz é um dos efeitos mais problemáticos com que o doente tem de conviver (Moreno & Lopes, 2002). Este vê-se confrontado de forma brusca e rápida com o trauma de trazer consigo um orifício que lhe permite a manutenção da vida, mas que lhe altera profundamente a sua imagem corporal (Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves & Bruscato, 2004). Depara-se também com alterações na deglutição, paladar, respiração e olfacto. Vive sentimentos e preocupações que lhe dificulta aceitar a sua nova realidade de vida e que o submete de imediato a necessidades e dificuldades em vários planos do seu quotidiano, representando uma situação traumatizante. As actividades sociais e profissionais também podem ficar enormemente prejudicadas (Moreno & Lopes, 2002). As alterações físicas mais comuns encontradas nos doentes laringectomizados são: a cicatriz cirúrgica, o estreitamento do pescoço, o edema facial, o orifício da traqueostomia, a queda dos ombros e a inclinação da coluna para frente (nos doentes que sofreram dissecação cervical radical). Nos doentes que receberam enxertos reconstrutores na região cervical, ainda existe a área doadora e, conseqüentemente, mais uma cicatriz (Santos *et al.*, 2004). Muitos doentes sentem-se incapazes de manter as suas actividades profissionais e sociais, de manter a sua posição familiar, de manter toda a sua vida de outrora e acabam por

adoptar estratégias de defesa tais como o isolamento e a retracção social, vivendo em constante negação da sua situação de vida e de fuga da realidade. Estes são segundo Rosa (1997) os primeiros elos do encadeamento que levam a desinserção e marginalização, o que acarreta sérias consequências na qualidade de vida.

Apesar de todas estas sequelas existem diversas técnicas e materiais que permitem a reabilitação do doente e a sua reinserção social. No entanto, alguns materiais envolvidos assumem custos elevados que não permitem que o doente possa usufruir das suas vantagens, sendo conhecidas as faltas de apoios sociais para a sua aquisição. Existem também dificuldades relativas ao reduzido número de profissionais de saúde especializados nesta área, ficando o doente privado de um acompanhamento completo e permanente no seu processo de doença.

Estes indivíduos, geralmente, apresentam muitas dificuldades acabando por constituir um grupo muito vulnerável e com muitas necessidades alteradas (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1995). Boing e Antunes (2011) realizaram um estudo sobre as condições sócioeconómicas e cancro de cabeça e pescoço e revelam que em alguns países como EUA, Índia, Itália, França, Canadá, Alemanha, Espanha, Inglaterra, Dinamarca e Brasil existe uma relação inversa entre o cancro de cabeça e pescoço e condições socioeconómicas. Também o estudo de Maier e Tisch (1997) na Alemanha revela que existe maior probabilidade de doentes desenvolverem cancro da laringe em caso de apresentarem escolaridade inferior ao ensino secundário.

Muitas alterações são evidenciadas pela bibliografia existente, contudo cada doente entende esta problemática de forma individual e única. Ao longo do seu percurso de doença, o doente vai vivenciando e assumindo determinadas problemáticas face às alterações de vida que vai percebendo, o que condiciona a sua qualidade de vida e interfere na sua reabilitação. No entanto, para qualquer profissional de saúde poder intervir de forma positiva e melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, será importante tomar conhecimento dos problemas e necessidades e de compreendê-los.

O estudo realizado por Furia (2006) revela que a qualidade de vida do doente laringectomizado é influenciada por factores sociodemográficos e socioeconómicos, bem como os clínico-funcionais (estado civil, consumo de tabaco, profissão, situação profissional, rendimentos e despesas após tratamento, tratamento, fibrose, acompanhamento psicológico e odontológico) que influenciam a qualidade de vida global específica do doente laringectomizado.

Existem alguns estudos que sugerem alguns factores que interferem directamente com a qualidade de vida do laringectomizado. Relic, Mazemda, Arens, Kooler e Glanz (2001) concluíram que o apoio da família é um factor muito importante para a qualidade de vida do laringectomizado. Doentes com ausência de familiares demonstram níveis de qualidade de vida baixos. Também o factor económico interfere com a qualidade de vida, tendo em consideração que os doentes laringectomizados antes ou após a cirurgia acabam por deixar de trabalhar, havendo grandes alterações a nível financeiro. Esta doença é mais frequente no género masculino, ficando muitas vezes o homem “da casa” sem capacidade para exercer a sua actividade profissional e sem capacidade para o sustento da família.

A laringectomia é um pouco ambígua relativamente à qualidade de vida, sendo considerada um factor que pode melhorar ou piorar a qualidade de vida.

O tratamento do cancro da laringe não tem conseguido diminuir a mortalidade como se desejaria, no entanto a realização de quimioterapia e radioterapia têm permitido conservar a laringe sem ser necessária a cirurgia radical. No entanto os efeitos secundários dos tratamentos como mucosite, náuseas e vómitos, fadiga, problemas renais, alterações hemodinâmicas e hematopoéticas, toxicidade e fibrose das pregas vocais, xerostomia e alterações do paladar conduzem o doente ao risco de morbilidade. Os tratamentos também podem originar edemas e fibrose do órgão que resultam em disfagia, dificuldade respiratória e dor, não significando necessariamente melhor qualidade de vida. Com a laringe o doente mantém o risco de pneumonia por aspiração e preservar a laringe não significa que a sua função seja preservada.

Porém muitos estudos acabam por demonstrar que a laringectomia nem sempre origina diminuição da qualidade de vida (Woodard, 2007). Alguns doentes revelam possuir qualidade de vida superior à que tinham antes da cirurgia. Apesar de, para terceiros, a dificuldade na comunicação e a desfiguração serem uma limitação, são poucos os doentes que referem esta preocupação como dificuldade na qualidade de vida (Weymuller *et al.*, 2000). Um estudo realizado por Fung *et al.*, (2005) concluíram que a qualidade de voz é melhor em doentes com laringectomia que realizam quimioterapia e radioterapia do que em doentes a quem lhes é preservada a laringe. Apesar de não existirem complicações cirúrgicas, se o doente não for submetido à cirurgia, a qualidade da voz é melhor no doente laringectomizado. Por outro lado, os doentes com preservação da laringe apresentam melhor capacidade alimentar, não necessitando de tantos suplementos alimentares. Também a cirurgia pode afectar a mobilidade cervical e interferir com a função do ombro por secção accidental ou propositada do nervo acessório durante o esvaziamento ganglio-

nar cervical (Paula & Gama, 2009). Contudo com a laringectomia o doente sobrevive mas tem de enfrentar a perda de voz, o traqueostoma, o aumento de secreções, a perda de paladar, a ausência de som no acto de sorrir, a impossibilidade de nadar e a mudança na maneira de tomar banho. Também são de notar maior propensão a constipações, diminuição da capacidade física de transportar pesos, medo de tapar o estoma, problemas com a secreção nasal, por vezes odores fétidos provenientes do estoma e dificuldades em defecar por presença aberta do estoma (Dedivitis, Guimarães, Hushi & Fuza, 2000).

Verificamos que nestas condições a qualidade de vida é muito subjectiva, podendo ser positiva ou negativa dependendo de cada doente e de todo o seu percurso e processo terapêutico.

Contudo o estudo realizado por Paula e Gama (2009) demonstra que os doentes laringectomizados apresentam uma qualidade de vida melhor que o esperado, pois aprendem a conviver com as sequelas da doença e respectivo tratamento. O estudo conclui que a fala é a maior dificuldade destes doentes. O tipo de voz utilizado não interfere com a qualidade de vida, no entanto doentes que não conseguem comunicar de forma adequada apresentam alterações consideráveis na sua qualidade de vida.

Um estudo desenvolvido por Acosta (2009) sobre a qualidade de vida do doente laringectomizado com mais de 5 anos de sobrevida chegou a conclusões interessantes. A maioria dos estudos existentes avalia a qualidade de vida do doente até 24 meses após a laringectomia, no entanto tendo em conta que a sobrevida do doente não é muito longa, não é fácil realizar esta avaliação após muito tempo. Acosta (2009) escolheu os 5 anos após pois considera que nesse momento o doente consegue dar mais relevância aos factores que considera importantes na sua vida actual. A curto prazo o doente dá mais importância à perda de voz, às alterações respiratórias, à dor e mal estar pelos tratamentos implementados. A longo prazo as preocupações passam a estar relacionadas com a imagem, identidade e integração social, adquirindo uma maior importância as modificações na sua actividade profissional e económica, a sua comunicação oral, a sua intimidade e relações familiares. A perda de voz é o factor negativo mais apontado.

Viver com laringectomia acarreta repercussões psicossociais nomeadamente a nível do convívio social devido à perda de voz e à presença do traqueostoma, apesar disso, a percepção de que o tratamento permitiu a manutenção da vida e o reiniciar de projectos interrompidos pela doença, faz com que os doentes tenham uma apreciação final positiva do tratamento cirúrgico. É por este motivo que a qualidade de vida é melhor do que o esperado e que os doentes apresentam uma postura passiva e resignada face à doença (Barbosa *et al.*, 2004)

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. METODOLOGIA

A melhor forma de estudar um problema é através da investigação científica, onde são desenvolvidas variadas etapas que nos permitirão retirar conclusões e esclarecimentos sobre a matéria estudada.

Após a pesquisa bibliográfica dos principais aspectos que se pretendem estudar torna-se relevante operacionalizar a metodologia adequada para dar resposta aos objectivos de investigação.

Esta etapa *“consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”*, tendo como objectivo principal *“pôr em prática um conjunto de actividades de maneira a permitir ao investigador a realização efectiva do seu projecto”* (Fortin, 1996, p.131).

O estudo realizado insere-se no domínio da investigação descritivo-correlacional, onde se procura explorar, descrever e determinar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 1999). Descritiva porque se procura avaliar a situação de algumas variáveis na população em estudo, com a presença ou não de um fenómeno, a frequência com que ocorre, onde e quando está presente esse fenómeno. Correlacional porque pretende analisar porque surge um determinado fenómeno e os factores a ele associados. A colheita de dados foi realizada numa única ocasião e de modo retrospectivo, tendo em conta que os dados colhidos se referem a factos do passado e presente, correspondendo a uma investigação transversal (Martins, 2008). Desta forma os métodos de análise inserem-se numa perspectiva quantitativa.

Contudo, qualquer que seja a metodologia a escolher, deve ser feita em função dos objectivos da investigação, em função do tipo de resultados esperados e do tipo de análises que se pretende efectuar (Albanello, 1997).

Este capítulo inicia-se com a apresentação dos objectivos gerais e específicos, seguindo-se a definição e operacionalização das variáveis. Posteriormente, descreve-se o instrumento de medida, seguindo-se os procedimentos inerentes à colheita de dados e, por fim, os procedimentos estatísticos.

3.1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES

É objectivo central do presente estudo analisar a qualidade de vida do doente submetido a laringectomia total por cancro da laringe e alguns factores que com ela possam estar relacionados

3.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Como objectivos específicos pretende-se:

- Analisar a qualidade de vida do doente com laringectomia total;
- Procurar relações entre a qualidade de vida do doente laringectomizado total e algumas variáveis sócio-demográficas;
- Procurar relações entre a qualidade de vida do doente laringectomizado e a sua capacidade de comunicação;
- Procurar relações entre a qualidade de vida do doente laringectomizado e os recursos de apoio disponíveis na comunidade;
- Conhecer os recursos comunitários existentes onde usualmente os doentes podem recorrer;
- Compreender o grau de satisfação com os serviços de saúde e profissionais disponibilizados;
- Conhecer alguns factores que possam influenciar na qualidade de vida do doente.

3.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Avaliar a qualidade de vida é um factor importante para minimizar o impacto que um tratamento radical pode representar na vida dos doentes e família, possibilitando o planeamento de estratégias de tratamento e de reabilitação (Paula & Gama, 2009). Assim poderemos saber onde é primordial incidir de forma a manter ou restabelecer a qualidade de vida.

Na actualidade há alguma preocupação em definir qualidade de vida de um grupo de indivíduos com características semelhantes, como por exemplo, indivíduos com a mesma doença (Leal, 2008). A avaliação de um critério tão subjectivo como a qualidade de vida só poderá ser realizado mediante escalas específicas e adequados ao estudo. A qualidade de vida é na actualidade estudada e debatida de vários prismas. Por esse motivo existem inúmeros instrumentos utilizados para a sua avaliação. Os estudos direccionados para a qualidade de vida não se restringem ao uso de instrumentos padronizados, sendo cada vez mais comum a utilização de vários instrumentos de medida (Velo, 2001).

A utilização de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida têm sido utilizados desde 1986, conforme nos relata o estudo de Moreno & Lopes (2002). O interesse do investigador é que vai mediar a selecção dos instrumentos mais adequados (Velo, 2001).

Para estudar a qualidade de vida são utilizados questionários específicos e validados, considerados os mais sensíveis para estudar determinado fenómeno. Devem ser concisos, adaptados para várias línguas, ter em conta aspectos culturais e socioeconómicos e serem de fácil interpretação para os doentes (Paula & Gama, 2009).

A qualidade de vida pode ser avaliada globalmente, utilizando questões do género "como avalia a qualidade de vida?" ou "qual a sua qualidade de vida?" existindo alguns métodos para realizar esta avaliação, como os questionários, as entrevistas e os diários. Os questionários são, actualmente, os mais úteis para efectuar uma medição real da qualidade de vida. É um método prático, reproduzível e, se necessário, pode ser complementado por uma entrevista (Pimentel, 2003). É utilizado o questionário mais apropriado ao estudo que se pretende desenvolver e à população que se quer estudar.

Para a recolha de dados do presente estudo foram utilizadas alguns questionários já pré-existent. Um deles foi o QLQ-C30 da EORTC e o outro foi o SECEL (Self Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy). Também foi construído um questionário sóciodemográfico com o intuito de recolher informações específicas relativas ao doente laringectomizado e a sua qualidade de vida.

QLQ-C30

O QLQ-C30 (Anexo II) é o questionário mais utilizado a nível europeu, tendo sido criado especificamente para doentes com cancro. A EORTC, em 1980, criou um grupo de estudo sobre a qualidade de vida. O objectivo primário deste grupo foi criar um instrumento curto para avaliar a qualidade de vida de forma padronizada, a ser utilizado em estudos sobre cancro a nível internacional, tendo sido traduzido em várias línguas. Os questionários desenvolvidos abarcam sintomas específicos do cancro, efeitos secundários dos tratamentos, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interacção social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com os cuidados médicos. Para muitos autores, todas estas características conferem a estes questionários a melhor medida de qualidade de vida desenvolvida para o doente oncológico. Constitui uma ferramenta valiosa para avaliação da qualidade de vida do doente com cancro de cabeça e pescoço, seja antes, durante e após tratamentos de quimioterapia, radiote-

rapia e cirurgia (Bjordal *et al.*, 1999). A versão actual do QLQ-C-30 é composta por 30 itens, sendo a recomendada, uma vez que corresponde a um questionário que aborda a qualidade de vida de forma multidimensional (Brow *et al.*, 2004; Veloso, 2001). Está validado em muitas línguas, incluindo a língua portuguesa. Mostrou ser um questionário fiável e sensível às diferenças entre os doentes, terapêuticas utilizadas e às variações do tempo, tendo uma estrutura multidimensional, sendo curto e fácil de aplicar (Pimenta, 2003). Não pode ser aplicado a crianças nem a pessoas com múltiplas patologias (Veloso, 2001). O questionário avalia o doente a nível físico e psicossocial e os sintomas dos doentes com cancro em geral (Johansson, 2010). O QLQ-C-30 contém três dimensões: **Estado de Saúde Global/Qualidade de Vida** (com 2 itens), **Funcional**, com 5 sub-escalas (Funcionamentos físico, de papel, cognitivo, emocional e social, com um total de 15 itens) e **Sintomas**, com 3 sub-escalas (fadiga, náusea/vómitos e dor, com um total de 7 itens) e 6 itens individuais para **outros sintomas** (dispneia, anorexia, obstipação, diarreia, insónia) e **impacto financeiro** causado pela doença. O formato de resposta é uma escala ordinal tipo Likert com quatro pontos (codificadas de “1” a “4”; 1- Não; 2- Um pouco; 3- Bastante; 4- Muito) excepto os itens que avaliam Saúde em Geral e Qualidade de Vida com 7 pontos, entre “péssima” e “ótima”.

Pontuações altas nos itens de funcionalidade, representam uma boa capacidade funcional e no estado de saúde global/qualidade de vida, um bom estado de saúde/boa qualidade de vida. Pontuações elevadas nos itens dos sintomas, representam um elevado grau de problemas/sintomas (Pimenta, 2003). Este questionário permite perceber as repercursões dos sintomas e sequelas do tratamento sob o ponto de vista do doente. Além disso, facilita a percepção de algumas alterações do seu estado físico e psíquico e amplia a nossa percepção em relação à doença (Blanco & Botas, 2011).

Foi solicitada a utilização deste questionário directamente à EORTC, tendo sido dado um parecer positivo por via electrónica (Anexo I).

SECEL

Os profissionais de saúde têm grande ambição em conhecer a qualidade de vida do doente oncológico e conseguir avaliá-la. Existem poucos questionários validados na língua portuguesa, sendo pouco utilizados na prática clínica, havendo grande necessidade de existirem mais questionários disponíveis (Pimenta, 2003). O SECEL pretende avaliar a necessidade de reabilitação e

as necessidades psicossociais do doente com cancro da laringe submetido a uma laringectomia. É um questionário curto e de fácil compreensão, validado nos EUA (Estados Unidos da América) pelo Dr. Gordon Blood, permite avaliar as disfunções na comunicação do doente laringectomizado (Finizia *et al.*, 1999).

O SECEL foi desenvolvido de forma a atender às necessidades de comunicação do doente laringectomizado, tendo demonstrado propriedades psicométricas muito satisfatórias. Este questionário tem sido usado para avaliar a adaptação do doente à sua comunicação oral, para poder fornecer recomendações aos doentes em aconselhamento intensivo e para avaliar os benefícios da terapia e reabilitação da voz. É também utilizado para identificar doentes com necessidade de terapia da voz e de aconselhamento médico. A pontuação varia numa escala de avaliação entre 0-3. Valores mais altos refletem maiores problemas com a comunicação (Johansson, 2010).

O questionário SECEL é composto por 35 itens aos quais o doente responde autonomamente, tendo sido desenvolvido especificamente para pessoas laringectomizadas. Já foi traduzido para diversas línguas como por exemplo espanhol e sueco. O SECEL questiona várias situações tendo como referência os últimos 30 dias. Este questionário é constituído por 3 sub-escalas:

- **Geral (5 itens)** - Os primeiros cinco itens (1 a 5) são a Sub-escala Geral com um intervalo de pontuação 0-15. Os itens devem ser cotados de forma inversa, ou seja, uma pontuação de 3 é alterado para uma pontuação de 0, 2 é alterada para uma pontuação de 1, a pontuação de 1 é alterado para uma pontuação de 2, e uma pontuação de 0 é alterado para uma pontuação de 3. Segundo o autor, esta sub-escala, caracteriza-se por atitudes gerais decorrentes da laringectomia (ex: ser uma pessoa calma e relaxada). A técnica de pontuação inversa é usada apenas para os cinco primeiros itens.

- **Meio Ambiente (14 ITENS)** - Os próximos 14 itens (6 a 19) compreendem a sub-escala Meio Ambiente, com um score que varia de 0 a 42. A pontuação é obtida pela soma dos 14 itens da SECEL. Quanto maior a pontuação, os utentes sentem mais dificuldade, decorrentes da laringectomia, com certos ambientes ou situações (por exemplo chamar pessoas, falar em grupos grandes de pessoas, falar ao telefone).

- **Atitude (15 ITENS)** - Constituída pelos itens (20 a 34), a pontuação desta sub-escala pode ser obtida num intervalo de pontuação de 0 a 45. Uma pontuação mais elevada sugere que os utentes têm mais dificuldades nas atitudes decorrentes do discurso, nos sentimentos sobre a comu-

nicação, na auto-percepção e nas percepções dos outros na comunicação (por exemplo sentirem-se fora do grupo, deprimidos, ansiosos, frustrados).

O 35º item não é incluído na contabilização final dos scores, é respondido dentro das 3 categorias: sim, mais e menos.

Nos primeiros 34 itens o doente assinala o seu estado numa escala de 4: 0=nunca, 1=às vezes, 2=muitas vezes, 3=sempre.

A pontuação global da escala é simples e requer a soma dos itens de cada dimensão (após os itens da dimensão “geral” serem cotados de forma inversa). A Pontuação Total (TS) oscila num intervalo de 0 a 102 (3 x 34). Uma maior pontuação indica maior dificuldade percebida com ajuste para a nova voz.

Foi solicitado ao autor Drº Gordon Blood autorização para utilização deste questionário e a sua respectiva tradução para a língua portuguesa. O seu parecer foi dado por via electrónica tendo sido positivo (Anexo III). O SECEL foi traduzido neste estudo para a língua Portuguesa através de 3 pessoas bilingues e independentes, utilizando métodos específicos de tradução e retroversão. O questionário original encontra-se na língua inglesa (Anexo IV). Através deste foi solicitado a uma Enfermeira nativa na Irlanda e bilingue a primeira tradução para a língua portuguesa (Anexo V). Optou-se por esta profissional por esta se encontrar mais familiarizada com a nomenclatura médica existente no questionário. Após esta primeira tradução foi encaminhado o questionário, agora em português, para uma profissional com Licenciatura em Línguas (Português/Inglês) que realizou a retroversão do português para o inglês (Anexo VI). O questionário resultante foi submetido a nova tradução por uma outra profissional Licenciada em Línguas (Português/Inglês/Francês). Nesta fase foi traduzido do inglês para o português (Anexo VII). A versão final portuguesa foi submetida a um painel de profissionais que avaliaram todos os itens e que procederam a pequenas alterações de semântica e que finalizaram o processo de tradução (Anexo VIII). A tradução deste questionário foi imprescindível para o doente laringectomizado por cancro da laringe poder compreender e responder ao questionário. Foi realizado um Pré-teste a 4 pessoas diferentes. 50% destes inquiridos responderam ao questionário sem dificuldade em cerca de 15 minutos. Os outros 50% responderam com ajuda por dificuldades na leitura e na escrita e não directamente por dificuldades de semântica do questionário, em cerca de 20 minutos. Os 4 doentes inquiridos no pré-teste não tiveram dificuldades em responder, estando familiarizados com as questões e os assuntos em causa. Nenhum doente manifestou desagrado ou perturbação, nem problemas em compreender as questões.

Questionário sócio-demográfico (Anexo IX)

No doente oncológico existem vários determinantes na qualidade de vida que podem apresentar variabilidade quer intra quer interindividual. Estas podem estar relacionadas com: o tipo de personalidade, a terapêutica efectuada, a própria doença oncológica, nomeadamente o seu prognóstico, o nível cultural e o suporte social que o doente tem. Todas estas determinantes podem influenciar a qualidade de vida e devem ser avaliados (Pimentel, 2003).

Tendo em conta esta ideia, foi construído um questionário suplementar com o objectivo de recolher várias informações. Foram incluídas: idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, situação profissional, ocupação de tempos livres, tempo de laringectomia, presença ou ausência de prótese fonatória, tipo de comunicação mais utilizada, dependência do indivíduo nos cuidados ao estoma, conhecimentos sobre associações existentes no país, tratamentos realizados, informações recebidas sobre a cirurgia, se recebeu ensinamentos sobre os cuidados ao estoma, tipo de apoio familiar que recebeu, se teve acompanhamento por terapeuta da fala, se tem acompanhamento regular por profissionais de saúde, grau de satisfação com os cuidados disponibilizados, local de aquisição de material, grau de satisfação com as participações do sistema nacional de saúde, se existem profissionais de saúde suficientes na área e os itens que mais interferem com a sua qualidade de vida (auto-imagem, alimentação, voz, respiração, olfacto, paladar, sexualidade, a relação com os outros, a quantidade de secreções que expelem, ter ajuda de um profissional de saúde com maior frequência, a situação económica e apoio familiar).

3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do nosso estudo são os indivíduos submetidos a laringectomia total por cancro da laringe. A população alvo torna-se muitas vezes inacessível na sua totalidade, pelo que a alternativa passa por trabalhar com a amostra (Fortin, 1996). Desta forma procedeu-se à constituição de uma amostra cujos critérios de inclusão foram: doentes maiores de idade, conscientes e orientados que aceitaram participar no estudo e que já tivessem sido submetidos a laringectomia total, por cancro da laringe, há mais de 3 meses, doentes do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, com capacidade manifesta para ler, interpretar e dar respostas por escrito e que não possuíssem comorbilidades que interferissem significativamente nos itens a avaliar.

O método de amostragem foi não probabilística consecutiva ou sequencial – que dentro do período estipulado satisfizesse os critérios de inclusão. A amostra obtida foi de 33 doentes com os critérios supramencionados.

3.5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados teve início em Julho de 2011 até Dezembro de 2011. Para tal foi solicitada autorização à Associação Portuguesa dos Limitados da Voz (Anexo X) e ao Conselho de Administração do IPOC-FG, E.P.E. (Anexo XI). Nesta última instituição foi também realizado o pedido a vários serviços específicos: serviço de Oncologia Médica (Anexo XII), serviço de Radioterapia (internamento e ambulatório) (Anexo XIII), serviço de estomaterapia (Anexo XIV), consulta externa de otorrinolaringologia (Anexo XV). O pedido foi direccionado para os directores de serviço e seguidamente seguiu para a Administração da referida instituição. Na Administração careceu do parecer da Comissão de Ética (Anexo XVI). Finalmente o Conselho de Administração aprovou a realização desta investigação (Anexo XVII).

A utilização do instrumento de colheita de dados deve ser precedida de um pré-teste, sendo este fundamental para assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados. Antes da recolha de dados foi realizado um pré-teste a 4 participantes, no sentido de avaliar as principais dificuldades dos inquiridos e possíveis lacunas do questionário. Após este foram retiradas duas questões que confundiram os inquiridos e que não demonstravam muita importância para o resultado final do estudo.

A investigação aplicada requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados, de modo a proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nestes estudos. Tiveram-se em consideração os direitos fundamentais das pessoas, que, como refere Fortin (1996), são cinco:

- Direito à autodeterminação. A pessoa é capaz de decidir por si própria, a participação ou não no estudo. Os sujeitos com características susceptíveis de participar no estudo participaram voluntariamente tendo tido dois momentos chave para poderem recusar participar: a recepção e a entrega dos instrumentos de colheita de dados.
- Direito à intimidade. Implica que haja consentimento para a recolha de dados e que a informação recolhida não é dada a terceiros sem autorização do sujeito. Pensa-se que este direito foi respeitado, uma vez que a participação foi voluntária e foi salvaguardado o anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados.
- Direito ao anonimato e à confidencialidade. O sujeito não deve poder ser associado às respostas dadas, mesmo pelos próprios investigadores. Nesse sentido não foi permitido o acesso aos dados brutos do estudo a ninguém exterior ao estudo.

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo. Visa a protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Dada natureza do estudo e do instrumento de colheita de dados considera-se salvaguardado por não se detectar qualquer prejuízo e o desconforto, a existir, cessa com o fim do preenchimento do instrumento de colheita de dados.

- Direito a um tratamento justo e equitativo. Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim, a duração e o método do estudo para o qual é solicitada a participação do sujeito. Quando da abordagem individual foram temas mencionados.

Previamente à recolha de dados os inquiridos foram devidamente esclarecidos sobre os objectivos e natureza da investigação, métodos e meios pelos quais ela seria conduzida, tempo de preenchimento do questionário e confidencialidade dos dados, solicitando a sua participação no estudo. Mediante a aceitação dos participantes foi-lhes solicitado assinarem o consentimento livre e informado, tendo-lhes sido facultado o contacto do investigador. Foram facultados 33 questionários, tendo sido preenchidos na totalidade, no tempo médio de 20 minutos.

3.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS PARA O TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros factores. Logo, o tratamento estatístico é fundamental no campo da investigação, permitindo analisar e interpretar os dados (Marconi, 1992).

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 19.0. A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando $p > 0,05$ as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors (Quadro 1), permitem-nos concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, associado ao tamanho da a-

mostra em estudo (33), elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foram aplicados os testes seguintes: Mann-Whitney e correlação de Spearman. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios no teste de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq 0,05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0,05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

Quadro 1– Resultados do teste de normalidade para os instrumentos utilizados (QLQ-C30 e SECEL)

ESCALAS		Kolmogorov-Smirnov ^a	Nível de Signifi- cância
QLQ-C30	Funcionamento Físico	0.218	0.000
	Funcionamento Papéis	0.213	0.001
	Funcionamento Emocional	0.210	0.001
	Funcionamento Cognitivo	0.314	0.000
	Funcionamento Social	0.180	0.008
	Fadiga	0.135	0.133
	Náusea e Vômitos	0.526	0.000
	Dor	0.243	0.000
	Dispneia	0.413	0.000
	Insônia	0.255	0.000
	Perda de Appetite	0.368	0.000
	Obstipação	0.517	0.000
	Diarreia	0.270	0.000
	Dificuldades Financeiras	0.223	0.000
	Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida	0.180	0.008
SECEL	Meio Ambiente	0.412	0.000
	Atitude	0.250	0.000
	Geral	0.360	0.000
	SECEL (Global)	0.270	0.000

a. Lilliefors Significance Correction

b.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação do questionário à amostra selecionada e após o seu tratamento estatístico, é possível, agora, proceder à sua organização e sistematização em quadros. A fonte será omitida, visto que todos os dados dizem respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados.

4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 33 homens laringectomizados, com idades compreendidas entre os 45 e os 84 anos, a média calculada é de 63,5 ($\pm 9,19$) anos, sendo a moda e a mediana de 63 anos. A maioria dos indivíduos tem idade compreendida entre os 60 aos 69 anos (54,6%), seguindo-se com 18,2% aqueles com idade entre os 70 e os 79 anos anos. De referir que o grupo etário de indivíduos mais jovens (40-49 anos) são apenas 12,1% (quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade

IDADE	Nº	%
40 – 49 ANOS	4	12.1
50 – 59 ANOS	3	9.1
60 – 69 ANOS	18	54.6
70 -79 ANOS	6	18.2
80 -89 ANOS	1	3.0
Não Respondeu	1	3.0
Total	33	100.0

\bar{X} =63,50 DP=9,19 M_0 = 63 Md= 63 anos Min.= 45 anos Máx.=84 anos

Quanto à distribuição dos indivíduos segundo o seu estado civil, pode-se constatar, pelo quadro 3, que a grande maioria (75,7%) são casados ou vivem em união de facto, sendo que 15,2% são viúvos e 9,1% são separados ou divorciados.

Quadro 3 - Distribuição dos indivíduos segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	Nº	%
Casado/União de facto	25	75.7
Separado/Divorciado	3	9.1
Viúvo	5	15.2
Total	33	100.0

Relativamente ao agregado familiar dos indivíduos em estudo verifica-se no quadro 4 que a maioria (63,7%) vive com o cônjuge, sendo que igual percentagem (12,1%) vive com os filhos ou sozinho.

Quadro 4 - Distribuição dos indivíduos segundo o seu agregado familiar

AGREGADO FAMILIAR	Nº	%
Cônjuge	21	63.7
Cônjuge e filhos	3	9.1
Filhos	4	12.1
Sozinho	4	12.1
Mãe	1	3.0
Total	33	100.0

No que concerne às habilitações literárias dos indivíduos em estudo (quadro 5), constatou-se que a maioria (66,7%) possui apenas o 1º Ciclo (antiga 4ª classe), seguindo-se igual percentagem (12,1%) daqueles que possuem escolaridade ao nível do 2º e 3º ciclo. De referir que apenas um indivíduo em estudo é licenciado.

Quadro 5 – Distribuição dos indivíduos segundo as suas habilitações literárias

Habilitações literárias	Nº	%
1º Ciclo (4ª classe)	22	66.7
2º Ciclo (6º ano)	4	12.1
3º Ciclo (9º ano)	4	12.1
Secundário (12º ano)	2	6.1
Licenciatura	1	3.0
Total	33	100.0

No que respeita à situação laboral dos indivíduos laringectomizados em estudo (quadro 6), verificámos que a grande maioria (90,9%) são reformados, sendo que 6,1% estão numa situação activa (negócio próprio) e um encontra-se desempregado.

Quadro 6 - Distribuição dos indivíduos segundo a sua situação laboral

Situação Laboral	Nº	%
Negócio próprio	2	6.1
Desempregado	1	3.0
Reformado	30	90.9
Total	33	100.0

Relativamente à forma como os indivíduos em estudo referiram ocupar os seus tempos livres (Quadro 7), podemos constatar que, a maior parte (30,3%), referiu ver televisão e igual percentagem em actividades de voluntariado. De referir que 12,1% ocupam os tempos livres em actividades agrícolas/jardinagem e 9,1% a passear.

Quadro 7 – Distribuição dos indivíduos segundo a forma como ocupam os seus tempos livres

Tempos Livres	Nº	%
Ver Televisão	10	30.3
Voluntariado	10	30.3
Passear	3	9.1
Pesca	1	3.0
Ler	2	6.1
Agricultura/jardinagem	4	12.1
Não Respondeu	3	9.1
Total	33	100.0

4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Pela análise do quadro 8, podemos constatar que a maior parte dos indivíduos (36,3%) foi laringectomizado há menos de um ano, de referir também que 30,3% foram laringectomizados há mais de 10 e menos de 15 anos. A média é de 60,6 meses, sendo a moda de 120 e a mediana de 48 meses, com um mínimo de 3 e um máximo de 168 meses.

Quadro 8 - Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que foram laringectomizados

TEMPO DE LARINGECTOMIA	Nº	%
<12 Meses	12	36.3
12 – 59 Meses	5	15.2
60 – 119 Meses	6	18.2
120 – 180 Meses	10	30.3
Total	33	100.0

\bar{X} = 64,60 Meses DP = 57,52 M_0 = 120 Md = 48 Min. = 3 meses Máx. = 168 Meses

Os indivíduos em estudo quando questionados, sobre a presença de prótese fonatória, a maioria (54,5%) respondeu negativamente (quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição dos indivíduos segundo a presença de prótese fonatória

Prótese fonatória	Nº	%
Sim	15	45.5
Não	18	54.5
Total	33	100.0

No que respeita à forma de comunicação mais utilizada pelos indivíduos em estudo (quadro 10), podemos constatar que a maior parte (33,3%) referiu utilizar a voz esofágica, seguindo-se 27,3% que utilizam a linguagem gestual e 24,2% a prótese fonatória.

Quadro 10 - Distribuição dos indivíduos segundo o tipo de comunicação mais utilizada

Tipo de comunicação que utiliza	Nº	%
Escrita	2	6.1
Gestual	9	27.3
Voz Esofágica	11	33.3
Prótese Fonatória	8	24.2
Voz murmurada ou siciada	3	9.1
Total	33	100.0

O quadro 11 permite constatar que, a maioria (66,7%), dos indivíduos em estudo não necessita de ajuda para cuidar do seu estoma no seu dia-a-dia.

Quadro 11 - Distribuição dos indivíduos segundo se necessitam de ajuda para cuidar do estoma no dia-a-dia

Necessita de ajuda para cuidar do seu estoma no dia-a-dia	Nº	%
Não	23	66.7
Sim	11	33.3
Total	33	100.0

Relativamente aos indivíduos que necessitam de ajuda para cuidar do seu estoma no seu dia-a-dia (12), verifica-se que a maioria (63,6%) necessita de ajuda para apenas alguns cuidados e 36,4% necessita de ajuda total para todos os cuidados (quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição dos indivíduos que necessitam de ajuda para cuidar do estoma no dia-a-dia segundo o tipo de ajuda que necessitam

Tipo de Ajuda	Nº	%
Necessita de ajuda total para todos os cuidados	4	36.4
Necessita apenas de ajuda para alguns cuidados	7	63.6
Total	11	100.0

Aos indivíduos em estudo quando questionados se conhecem alguma associação, ou outros grupos de apoio, direccionados para laringectomizados (quadro 13), a maioria (60,6%) respondeu negativamente.

Quadro 13 - Distribuição dos indivíduos segundo se conhecem alguma associação, ou outros grupos de apoio, direccionados para laringectomizados

Conhece alguma Associação de apoio a Laringectomizados	Nº	%
Não	20	60.6
Sim	13	39.4
Total	33	100.0

O quadro 14, permite constatar que, a quase totalidade (92,3%), dos indivíduos que referiram conhecer alguma associação, ou outros grupos de apoio, direccionados para laringectomizados, estão inscritos numa dessas associações/grupos de apoio.

Quadro 14 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão inscritos em alguma associação

Inscrito Associação de apoio a Laringectomizados	Nº	%
Não	1	7.7
Sim	12	92.3
Total	13	100.0

No que respeita à realização de tratamentos antes da cirurgia (quadros 15 e 16), podemos verificar que a maioria (69,7%) dos indivíduos não realizou qualquer tratamento, sendo que dos 30,3% que os realizaram, metade foram submetidos a tratamentos de quimioterapia e 40% quimioterapia e radioterapia e apenas um fez radioterapia isoladamente

Quadro 15 - Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram algum tratamento antes da cirurgia

Tratamento Antes da cirurgia	Nº	%
Não	23	69.7
Sim	10	30.3
Total	33	100.0

Quadro 16 - Distribuição dos indivíduos que realizaram tratamentos antes da cirurgia segundo o tipo de tratamento

Tipo de Tratamento	Nº	%
Quimioterapia	5	50.0
Radioterapia	1	10.0
Quimioterapia e Radioterapia	4	40.0
Total	10	100.0

Quanto à realização de tratamentos após a cirurgia (quadros 17 e 18), foi uma realidade para a maioria (75,8%) dos indivíduos, sendo que destes, 56% fizeram radioterapia e 28% quimioterapia e radioterapia e 16% fizeram quimioterapia isoladamente.

Quadro 17 - Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram algum tratamento após à cirurgia

Tratamento Após à cirurgia	Nº	%
Não	8	24.2
Sim	25	75.8
Total	33	100.0

Quadro 18 - Distribuição dos indivíduos que realizaram tratamentos após a cirurgia segundo o tipo de tratamento

Tipo de Tratamento	Nº	%
Quimioterapia	4	16.0
Radioterapia	14	56.0
Quimioterapia e Radioterapia	7	28.0
Total	25	100.0

Os indivíduos em estudo quando questionados se antes de serem submetidos à laringectomia foram informados sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar (quadro 19) a grande maioria (93,9%) respondeu afirmativamente.

Quadro 19 - Distribuição dos indivíduos segundo se antes de serem submetidos à laringectomia foram informados sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar

Informado sobre o tipo de cirurgia que iria realizar	Nº	%
Não	2	6.1
Sim	31	93.9
Total	33	100.0

Relativamente ao profissional de saúde que informou os indivíduos em estudo sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar (quadro 20), a maioria (67,7%) foram informados pelo médico assistente, seguindo-se 22,6% que para além do médico o enfermeiro também os informou e 6,5% que foram informados pelo médico e pela assistente social. De referir, que um indivíduo referiu que quem o informou foi apenas o enfermeiro.

Quadro 20 - Distribuição dos indivíduos que foram informados sobre o tipo de cirurgia que iriam realizar segundo o profissional de saúde que os informou

Profissional de saúde que lhe prestou essa informação	Nº	%
Médico	21	67.7
Enfermeiro	1	3.2
Médico e Enfermeiro	7	22.6
Médico e Assistente Social	2	6.5
Total	31	100.0

Quanto aos ensinamentos, após a cirurgia, para habilitar os indivíduos em estudo para cuidarem da laringectomia (cuidados de higiene, materiais a utilizar, cuidados a ter no dia-a-dia, entre outros), a grande maioria (90,9%) referiu que esses ensinamentos foram realizados, contudo 9,1% dos indivíduos referiram que não lhe foram realizados quaisquer ensinamentos para cuidarem da laringectomia (quadro 21).

Quadro 21 - Distribuição dos indivíduos segundo se após a cirurgia foram ensinados a cuidar da laringectomia

Ensino para cuidar da laringectomia	Nº	%
Não	3	9.1
Sim	30	90.9
Total	33	100.0

Dos indivíduos que referiram que após a cirurgia foram ensinados a cuidar da laringectomia, quando questionados acerca de quem foi o profissional de saúde que os instruiu (quadro 22) a

grande maioria (93,4%) referiu que foram os enfermeiros, seguindo-se igual percentagem (3,3%) que referiram ter sido o médico e o médico em conjunto com o enfermeiro.

Quadro 22 - Distribuição dos indivíduos que foram ensinados a cuidar da laringectomia segundo o profissional de saúde que os ensinou

Profissional de saúde que lhe prestou essa informação	Nº	%
Médico	1	3.3
Enfermeiro	28	93.4
Médico e Enfermeiro	1	3.3
Total	30	100.0

Quando questionados, os indivíduos em estudo se durante todo o processo de cirurgia tiveram algum familiar presente para os apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia (quadro 23) a maioria (75,8%) respondeu que sim, sendo que os restantes 24,2% responderam que não.

Quadro 23 - Distribuição dos indivíduos segundo, se após a cirurgia teve algum familiar presente para o apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia

Familiar presente para apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia	Nº	%
Não	8	24.2
Sim	25	75.8
Total	33	100.0

Relativamente ao acompanhamento por parte da terapeuta da fala (quadro 24), a grande maioria dos indivíduos (87,9%) referiram ter tido esse acompanhamento.

Quadro 24 - Distribuição dos indivíduos segundo se tiveram acompanhamento por parte da terapeuta da fala

Acompanhamento por parte da Terapeuta da fala	Nº	%
Não	4	12.1
Sim	29	87.9
Total	33	100.0

Quando questionados os indivíduos em estudo se tem tido acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia (quadro 25), a grande maioria (81,8%) respondeu afirmativamente.

Quadro 25 - Distribuição dos indivíduos segundo se tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia

Acompanhamento profissional de saúde para a laringectomia	Nº	%
Não	6	18.2
Sim	27	81.8
Total	33	100.0

A leitura do quadro 26, permite constatar que o médico foi o profissional de saúde que mais indivíduos (48,2%) acompanhou de forma regular na sua laringectomia. 37% dos indivíduos referiram ter tido acompanhamento regular do médico e do enfermeiro.

Quadro 26 - Distribuição dos indivíduos que tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia segundo quem foi esse profissional saúde

Profissional de saúde o tem acompanhado mais	Nº	%
Médico	13	48.2
Enfermeiro	2	7.4
Médico e Enfermeiro	10	37.0
Equipa Multidisciplinar	2	7.4
Total	27	100.0

Quanto ao local onde ocorre esse acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia (quadro 27), a quase totalidade dos indivíduos (96,3%) referiram ser o hospital e apenas um em consultório privado.

Quadro 27 - Distribuição dos indivíduos que tiveram acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia segundo o local onde tem obtido mais acompanhamento

Local de Acompanhamento	Nº	%
Hospital	26	96.3
Instituições privadas	1	3.7
Total	27	100.0

Os indivíduos em estudo quando inquiridos acerca da sua satisfação com os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados nas instituições públicas de saúde (quadro 28) a grande maioria (90,9%) referiu estar satisfeito.

Quadro 28 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados nas instituições públicas de saúde

Satisfeito com os cuidados de saúde disponibilizados	Nº	%
Não	3	9.1
Sim	30	90.9
Total	33	100.0

No que concerne ao local onde os indivíduos adquirem o material que necessitam diariamente para cuidar da sua laringectomia (quadro 29), para a maioria (54,5%) é o Hospital, seguindo-se 27,3% que referiram fazer a aquisição pelos próprios meios e 18,2% no Centro de Saúde.

Quadro 29 - Distribuição dos indivíduos segundo o local onde adquirem o material que necessitam diariamente para cuidar da laringectomia

Local onde adquire material para cuidar da laringectomia	Nº	%
Centro de Saúde	6	18.2
Hospital	18	54.5
Faz aquisição pelos seus próprios meios	9	27.3
Total	33	100.0

A maioria dos indivíduos em estudo (57,6%) referiu não estar satisfeito com as participações que o sistema nacional de saúde lhes atribui para aquisição de material (quadro 30).

Quadro 30 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com as participações que o sistema nacional de saúde lhes atribui para aquisição de material

Satisfeito com as participações do SNS para aquisição de material	Nº	%
Não	19	57.6
Sim	14	42.4
Total	33	100.0

Relativamente á satisfação com o tipo e qualidade de material que utilizam para a sua laringectomia (quadro 31) a grande maioria (81,8%) dos indivíduos está satisfeito.

Quadro 31 - Distribuição dos indivíduos segundo se estão satisfeitos com o tipo e qualidade do material que utilizam

Satisfeito com o tipo e qualidade do material que utilizam	Nº	%
Não	6	18.2
Sim	27	81.8
Total	33	100.0

Os indivíduos em estudo quando questionados se consideram os profissionais especializados na área como suficientes (quadro 32) a maioria respondeu negativamente (51,5%).

Quadro 32 - Distribuição dos indivíduos segundo se consideram que os profissionais especializados na área são suficientes

Profissionais especializados na área suficientes	Nº	%
Não	17	51.5
Sim	16	48.5
Total	33	100.0

O quadro 33, permite verificar de que forma algumas circunstâncias decorrentes da laringectomia interferem com a sua qualidade de vida. Aos indivíduos era solicitado que classificassem numa escala de 1 (nada) a 5 (imenso) a forma como cada item interfere com a sua qualidade de vida. Os itens foram ordenados de forma decrescente tendo em conta o valor médio verificado. Assim, a voz ($\bar{X}=3,88\pm 1,24$) é o que mais interfere com a qualidade de vida dos indivíduos, seguido do “ter apoio familiar” ($\bar{X}=3,67\pm 1,30$) e do olfacto ($\bar{X}=3,12\pm 1,29$). De referir que em todos estes itens a mediana foi de 4 (bastante). Em quarto lugar apontam “a quantidade de secreções que expele” ($\bar{X}=3,03\pm 1,10$). Por outro lado, o que menos interfere com a qualidade de vida dos utentes é “ter ajuda de um profissional de saúde com maior frequência” ($\bar{X}=1,03\pm 1,10$), “a relação com os outros” ($\bar{X}=2,34\pm 1,20$) e a “auto-imagem” ($\bar{X}=2,42\pm 1,25$).

Quadro 33 – Ordenação dos itens que segundo os indivíduos mais interferem com a sua qualidade de vida

Implicações qualidade de vida	\bar{X}	DP	Mediana	Mínimo Observado	Máximo Observado
A voz	3,88	1,24	4	1	5
Ter apoio familiar	3,67	1,30	4	1	5
O olfacto	3,12	1,29	4	1	5
A quantidade de secreções que expele	3,03	1,10	3	1	5
O paladar	2,73	1,37	2	1	5
A respiração	2,70	1,26	2	1	5
Alimentação	2,61	1,48	2	1	5
A sua condição económica	2,52	1,27	2	1	5
A sexualidade	2,48	1,17	2	1	5
Auto-imagem	2,42	1,25	2	1	5
A relação com os outros	2,34	1,20	2	1	4
Ter ajuda de um profissional de saúde com maior frequência	1,97	1,13	2	1	5

4.3. CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA

No que diz respeito à análise descritiva do instrumento de avaliação das experiências de comunicação nos indivíduos laringectomizados (avaliado através do SECEL), no presente estudo considerou-se que, quanto mais elevada fosse a pontuação obtida, maior as dificuldades na adaptação geral à comunicação.

Assim, pela análise do quadro 34, os valores médios verificados foram moderados para o global da escala ($\bar{X}=40,45\pm 17,17$), sendo inferior à linha de corte (51), na dimensão “meio ambiente” ($\bar{X}=21\pm 9,50$) e na dimensão “geral” ($\bar{X}=6,39\pm 3,04$). Por outro lado, em relação à dimensão “atitude” ($\bar{X}=13,06\pm 7,89$) o valor médio verificado é baixo.

Quadro 34 – Estatística descritiva das experiências de comunicação dos indivíduos pós laringectomia (avaliado pela SECEL)

EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO	\bar{X}	DP	Md	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Meio Ambiente	21.00	9.50	24	3	38	0	42
Atitude	13.06	7.84	13	0	35	0	45
Geral	6.39	3.04	6	1	12	0	15
SECEL (Global)	40.45	17.17	42	8	77	0	102

Os indivíduos em estudo quando inquiridos acerca se falam tanto quanto falavam antes da laringectomia (quadro 35), a grande maioria (90.9%) referiu que fala menos.

Quadro 35 - Distribuição dos indivíduos segundo se consideram que falam tanto quanto falavam antes da laringectomia

Fala tanto quanto falava antes da laringectomia	Nº	%
Menos	30	90.9
Sim	3	9.1
Total	33	100.0

4.4. CARACTERIZAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA

A análise das características da qualidade de vida dos indivíduos em estudo foi efetuada com recurso às médias de resposta das dimensões/escalas do EORTC QLQ- C30. Assim, uma pontuação elevada para uma escala funcional representa um nível alto/saudável de funcionamento, uma pontuação alta para o estado de saúde global/QV representa uma alta qualidade de vida. Tivemos em conta que, um score de 50 é o ponto médio das escalas, podemos então considerar que os indivíduos têm uma perceção positiva de qualidade de vida/funcionalidade quando apresentam scores superiores a esse ponto médio, e pelo contrário, scores abaixo desse ponto

médio, representam um nível inferior de qualidade de vida/funcionalidade. Por outro lado, uma pontuação elevada para uma escala de sintomas representa um elevado nível de sintomatologia/problemas.

Assim sendo, pela análise do quadro 36, podemos constatar que os indivíduos em estudo apresentam, para a dimensão funcional, scores médios bastante positivos (acima de 50), variando entre os 68,28 para o funcionamento físico e os 88,38 para o funcionamento cognitivo. Assim, podemos afirmar que os indivíduos em estudo tem uma boa perceção de qualidade de vida/funcionalidade.

No que concerne ao estado de saúde global/qualidade de vida, o valor médio observado ($\bar{X} = 37,37 \pm 12,34$) permite constatar que os indivíduos percecionam um mau estado de saúde global/qualidade de vida, tendo os valores oscilado entre um mínimo de zero e um máximo de 50, ou seja, nenhum indivíduo em estudo tem uma perceção positiva do seu estado de saúde global.

Por último, em relação à dimensão sintomas, todos os scores médios verificados nas subescalas são inferiores à linha de corte (50), sendo que os sintomas que mais interferem com a qualidade de vida dos indivíduos são: dificuldades financeiras ($\bar{X} = 38,38 \pm 35,34$), diarreia ($\bar{X} = 28,28 \pm 27,79$), fadiga ($\bar{X} = 27,27 \pm 19,85$) e insónia ($\bar{X} = 24,24 \pm 25,37$). Por outro lado, as náuseas e vómitos ($\bar{X} = 2,52 \pm 8,45$) e a dispneia ($\bar{X} = 12,12 \pm 18,29$) são os sintomas percecionados com menor intensidade, e conseqüentemente, aqueles que menos condicionam a qualidade de vida percecionada pelos indivíduos em estudo.

Quadro 36 – Estatística descritiva das características de qualidade de vida dos indivíduos pós laringectomia (avaliado pelo EORTC QLQ-C30)

EORTC QLQ-C30		\bar{X}	DP	Md	Mínimo Observado	Máximo Observado
Dimensões	Sub-escalas					
Funcionais	Funcionamento Físico	68.28	16.07	66.66	46.67	100
	Funcionamento Pa-péis	76.26	27.64	83.33	0	100
	Funcionamento Emocional	70.95	21.05	75	16.67	100
	Funcionamento Cognitivo	88.38	24.69	100	33.33	100
	Funcionamento Soci-al	74.74	24.69	83.33	0	100
Sintomas	Fadiga	27.27	19.85	33.33	0	66.67
	Náusea e Vômitos	2.52	8.45	0	0	33.33
	Dor	21.21	23.30	16.66	0	83.33
	Dispneia	12.12	18.29	0	0	66.67
	Insónia	24.24	25.37	33.33	0	100
	Perda de Appetite	21.21	29.83	0	0	100
	Obstipação	19.19	33.36	0	0	100
	Diarreia	28.28	27.79	33,33	0	66.67
	Dificuldades Financeiras	38.38	35.34	33.33	0	100
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		37.37	12.34	41.66	0	50

As questões 29 e 30 do EORTC QLQ-C30, pretendem avaliar a percepção que os indivíduos laringectomizados têm do seu estado de saúde em geral e da qualidade de vida no global, referente à última semana, avaliado através de uma escala de sete pontos, entre um mínimo (1) de “péssimo” e um máximo (7) de “óptima”. Assim, e da análise do quadro 37, os valores médios verificados foram moderados para as duas questões, sendo ligeiramente superior em relação à

saúde em geral ($\bar{X}=4.91\pm 1.20$) do que na qualidade de vida global ($\bar{X}=4.45\pm 1.70$), de referir que em ambos os casos a mediana foi de cinco tendo os valores oscilado entre um mínimo de dois para a saúde em geral e um na qualidade de vida no global e um máximo de sete em ambos os casos.

Quadro 37 – Estatística descritiva da percepção da saúde em geral e da qualidade de vida no global, na última semana, por parte dos indivíduos

Última Semana	\bar{X}	DP	Md	Mo	Mínimo Observado	Máximo Observado
Saúde em geral	4.91	1.28	5	4	2	7
Qualidade de vida global	4.45	1.7	5	5	1	7

4.5. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (IDADE, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO PROFISSIONAL) E A QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

Relação entre a idade dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

Ao relacionarmos a idade dos indivíduos em estudo com a percepção que tem da sua qualidade de vida (correlação de Spearman), observa-se (quadro 38) uma tendência para a dimensão funcional da qualidade de vida se correlacionar negativamente (exceção da subescala funcionamento emocional) com a idade dos indivíduos, esta tendência mantém-se em relação à dimensão estado de saúde global/qualidade de vida e nas subescalas: náusea e vômitos, insónia, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras, sendo positiva nas restantes subescalas da dimensão sintomas. Contudo a correlação só é estatisticamente significativa ($p < 0.05$) nas subescalas “funcionamento cognitivo” ($\rho = -0,598$; $p=0,000$) e “funcionamento social” ($\rho = -0,367$; $p=0,039$) e na dimensão “estado de saúde global/qualidade de vida” ($\rho = -0,367$; $p=0,039$). O que nos permite afirmar que consoante aumenta a idade dos indivíduos estes tendem a perceber um pior estado de saúde global/qualidade de vida, bem como, um pior nível de funcionamento cognitivo e social.

Quadro 38 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e a idade dos indivíduos

IDADE		r_s	P
Funcionais	Funcionamento Físico	-0.310	0.084
	Funcionamento Papéis	-0.228	0.209
	Funcionamento Emocional	0.135	0.461
	Funcionamento Cognitivo	-0.598	0.000*
	Funcionamento Social	-0.367	0.039
Sintomas	Fadiga	0.079	0.668
	Náusea e Vômitos	-0.243	0.180
	Dor	0.037	0.840
	Dispneia	0.303	0.092
	Insónia	-0.096	0.600
	Perda de Appetite	0.048	0.795
	Obstipação	-0.116	0.529
	Diarreia	-0.036	0.846
	Dificuldades Financeiras	-0.048	0.795
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		-0.367	0.039

Relação entre o estado civil dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

No estudo conjunto da informação referente, ao estado civil dos indivíduos e a sua percepção da qualidade de vida (quadro 39), podemos verificar que, os indivíduos que são casados ou vivem em união de fato obtiveram ordenações médias mais elevadas (exceto na subescala “funcionamento emocional”), na dimensão funcional que aqueles que são solteiros, divorciados ou viúvos; logo apresentam um nível mais alto/saudável de funcionamento. Por outro lado, na dimensão sintomas, as ordenações médias mais elevadas verificam-se neste grupo (exceção da subescala “dor”, “perda de apetite” e “obstipação”), logo, um nível mais elevado de sintomatologia/problemas. Na dimensão estado de saúde global/qualidade de vida, são os indivíduos casados/união de facto aqueles que percebem um melhor estado de saúde/qualidade de vida (ordenações médias mais elevadas).

Com a finalidade de verificar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, aplicámos o teste de Mann-Whitney. Assim encontrando um valor de “p” inferior ao nível significância fixado ($\alpha = 0,05$) nas subescala “funcionamento de papéis” ($p=0.021$) e “dispneia” ($p=0.034$), considerámos desta forma, que o estado civil tem poder explicativo sobre a qualidade de vida, nomeadamente no que concerne ao “funcionamento de papéis” e ao sintoma “dispneia”.

Quadro 39- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme o estado civil dos indivíduos

Estado Civil		Solteiro/divorciado/viúvo	Casado/ União fato	Z	P
		(n=8)	(n=25)		
EORTC QLQ-C30		Mean	Mean		
		Rank	Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	15.88	17.36	-0.387	0.699
	Funcionamento Papéis	10.44	19.10	-2.308	0.021
	Funcionamento Emocional	19.25	16.28	-0.762	0.446
	Funcionamento Cognitivo	16.00	17.32	-0.372	0.710
	Funcionamento Social	11.81	18.66	-1.802	0.071
Sintomas	Fadiga	18.66	15.86	-1.218	0.223
	Náusea e Vômitos	17.63	16.80	-0.421	0.674
	Dor	12.63	18.40	-1.550	0.121
	Dispneia	22.19	15.34	-2.120	0.034
	Insónia	17.00	17.00	0.000	1.000
	Perda de Appetite	16.88	17.04	-0.048	0.962
	Obstipação	15.00	17.64	-1.187	0.235
	Diarreia	20.06	16.02	-1.099	0.272
	Dificuldades Financeiras	17.44	16.86	-0.154	0.878
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		11.81	18.66	-1.802	0.071

Relação entre a escolaridade dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

Comparando a escolaridade dos indivíduos e a sua percepção da qualidade de vida (quadro 40), podemos observar que, as ordenações médias obtidas pelos indivíduos com escolaridade igual ou inferior ao 2º ciclo são superiores as verificadas nos indivíduos com escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo, logo percecionam um nível mais alto/saudável de funcionamento (exceção de “funcionamento físico”) e melhor estado de saúde global/qualidade de vida, por outro lado, os indivíduos com escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo são os que percecionam mais sintomas/problemas (fadiga, náuseas e vômitos, dispneia, insónia, perda de apetite e diarreia). Contudo, o teste de Mann-Whitney não identificou a existência de diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Quadro 40- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme a escolaridade dos indivíduos

Escolaridade EORTC QLQ-C30		1º e 2º Ciclo (n=26)	≥ 3º Ciclo (n=7)	Z	P
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	16.71	18.07	-0.338	0.736
	Funcionamento Papéis	17.58	14.86	-0.691	0.489
	Funcionamento Emocional	17.00	17.00	0.000	1.000
	Funcionamento Cognitivo	18.23	12.43	-1.561	0.118
	Funcionamento Social	17.67	14.50	-0.797	0.426
Sintomas	Fadiga	15.52	22.50	-1.725	0.085
	Náusea e Vômitos	16.15	20.14	-1.943	0.052
	Dor	17.27	16.00	-0.325	0.745
	Dispneia	16.63	18.36	-0.509	0.611
	Insônia	16.98	17.07	-0.024	0.981
	Perda de Appetite	16.79	17.79	-0.277	0.782
	Obstipação	17.54	15.00	-1.088	0.276
	Diarreia	16.25	19.79	-0.917	0.359
	Dificuldades Financeiras	17.40	15.50	-0.483	0.629
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		17.67	14.50	-0.797	0.426

4.6. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS (TEMPO DE LARINGECTOMIA, USO DE PRÓTESE FONATÓRIA, AJUDA NOS CUIDADOS AO ESTOMA, TRATAMENTO ANTES E APÓS A CIRURGIA, PRESENÇA FAMILIAR PARA APOIAR E AJUDAR A CUIDAR DA LARINGECTOMIA E O ACOMPANHAMENTO REGULAR DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE) E A QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

Relação entre o tempo de laringectomia dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

Ao relacionarmos a forma como os indivíduos percebem a sua qualidade de vida, com o tempo após a laringectomia (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para o tempo de laringectomia se correlacionar positivamente com a dimensão funcional (exceto subescala “funcionamento cognitivo”), contudo essa diferença é estatisticamente significativa apenas para a subescala “funcionamento social” ($\rho = 0,352$; $p=0,044$). Quando fazemos a análise da dimensão sintomas, verificamos que a correlação é negativa para a maioria das subescalas, contudo não é estatisticamente significativa em nenhuma delas. Quanto à dimensão “estado de saúde global/qualidade de vida” a correlação é negativa e estatisticamente significativa ($\rho = -0,352$; $p=0,044$).

Estes resultados permitem-nos afirmar que consoante aumenta o tempo de laringectomia os indivíduos tendem a evidenciar uma menor qualidade de vida, contudo o seu funcionamento social melhora (quadro 41).

Quadro 41 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e ao tempo de laringectomia dos indivíduos

Tempo Laringectomia		r_s	P
Funcionais	Funcionamento Físico	0.263	0.140
	Funcionamento Papéis	0.081	0.653
	Funcionamento Emocional	0.334	0.057
	Funcionamento Cognitivo	-0.070	0.700
	Funcionamento Social	0.352	0.044
Sintomas	Fadiga	-0.293	0.098
	Náusea e Vômitos	-0.033	0.854
	Dor	-0.115	0.525
	Dispneia	0.325	0.065
	Insónia	-0.222	0.215
	Perda de Appetite	-0.091	0.616
	Obstipação	0.109	0.546
	Diarreia	-0.260	0.144
	Dificuldades Financeiras	-0.244	0.171
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		-0.352	0.044

Relação entre o uso de prótese fonatória pelos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

No estudo conjunto da informação referente a percepção da qualidade de vida dos indivíduos e o uso de prótese fonatória (quadro 42), podemos verificar que; os sujeitos que não usam prótese fonatória obtiveram ordenações médias mais altas em todas as subescalas da dimensão funcional, que os seus pares que usam a prótese fonatória, logo um melhor nível de funcionamento. No que concerne à dimensão sintomas, os indivíduos que usam a prótese fonatória percebem uma maior intensidade de sintomas/problemas (exceção das subescalas “náuseas e vômitos” “dispneia” e “obstipação”) do que aqueles que não usam prótese fonatória (ordenações médias mais elevadas). Por último, em relação ao estado de saúde global/qualidade de vida, os indivíduos que não usam prótese fonatória são aqueles que percebem um nível mais elevado (ordenações médias mais elevadas).

Para verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas utilizamos o teste de Mann-Whitney, o teste permitiu verificar que as diferenças são significativas ($p < 0,05$) em relação a subescala “funcionamento físico” ($p = 0,022$) e na dimensão estado de saúde global/qualidade de vida ($0,010$), logo podemos afirmar que o uso de prótese fonatória tem poder explicativo sobre a qualidade de vida, nomeadamente no que concerne ao “funcionamento físico” e estado de saúde global/qualidade de vida.

Quadro 42- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos usam prótese fonatória

Prótese Fonatória EORTC QLQ-C30		Sim (n=15)	Não (n=18)	Z	p
		Mean	Mean		
		Rank	Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	12.87	20.44	-2.293	0.022
	Funcionamento Papéis	16.80	17.17	-0.114	0.910
	Funcionamento Emocional	15.50	18.25	-0.820	0.412
	Funcionamento Cognitivo	17.70	16.42	-0.421	0.674
	Funcionamento Social	14.63	18.97	-1.327	0.185
Sintomas	Fadiga	18.03	16.14	-0.570	0.569
	Náusea e Vômitos	16.63	17.31	-0.399	0.690
	Dor	18.77	15.53	-1.010	0.313
	Dispneia	14.70	18.92	-1.517	0.129
	Insônia	19.10	15.25	-1.250	0.211
	Perda de Appetite	19.67	14.78	-1.652	0.098
	Obstipação	16.00	17.83	-0.957	0.338
	Diarreia	18.67	15.61	-0.966	0.334
	Dificuldades Financeiras	21.53	13.22	-2.567	0.010
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		14.63	18.97	-1.327	0.185

Relação entre ajuda para cuidar do estoma e a percepção de qualidade de vida

Ao avaliarmos a relação entre a ajuda para cuidar do estoma e a qualidade de vida percebida pelos indivíduos (quadro 43), verificamos que os indivíduos que são autônomos a cuidar do seu estoma apresentam ordenações médias mais elevadas (exceção de “funcionamento papéis”), em todas as subescalas da dimensão funcional, do que os indivíduos que necessitam de ajuda para cuidar do estoma. Quanto à dimensão sintomas, as ordenações médias nas subescalas são muito semelhantes, exceção da subescala “dor” e “dificuldades financeiras”, onde os indivíduos que necessitam de ajuda apresentam ordenações médias mais elevadas, logo percebem uma maior intensidade de problemas/sintomas. Na dimensão “estado de saúde global/qualidade de vida” os indivíduos que são autônomos para cuidar do seu estoma percebem uma melhor qualidade de vida do que aqueles que precisam de ajuda (ordenações médias mais elevadas).

Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste de Mann-Whitney. Como o valor de “p” é apenas inferior ao nível de significância fixado ($\alpha=0,05$) na subescala “dificuldades financeiras”, considerando desta forma que existe diferença significativa entre os grupos, no que concerne as dificuldades financeiras, o que nos permite concluir que existe a percepção da qualidade de vida, nomeadamente a percepção de dificuldades financeiras e o cuidar do estoma (ajuda/autônomo).

Quadro 43- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos necessitam de ajuda para cuidar do estoma

Ajuda para cuidar estoma EORTC QLQ-C30		Não (n=22)	Sim (n=11)	Z	p
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	19.14	12.73	-1.836	0.066
	Funcionamento Papéis	16.59	17.82	-0.360	0.719
	Funcionamento Emocional	17.52	15.95	-0.443	0.658
	Funcionamento Cognitivo	18.18	14.64	-1.100	0.271
	Funcionamento Social	18.91	13.18	-1.658	0.097
Sintomas	Fadiga	17.09	16.82	-0.078	0.938
	Náusea e Vômitos	17.05	16.91	-0.077	0.939
	Dor	15.32	20.36	-1.489	0.136
	Dispneia	17.57	15.86	-0.580	0.562
	Insônia	16.07	18.86	-0.859	0.390
	Perda de Appetite	17.02	16.95	-0.022	0.983
	Obstipação	16.55	17.91	-0.674	0.500
	Diarreia	18.16	14.68	-1.040	0.298
	Dificuldades Financeiras	14.05	22.91	-2.592	0.010
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		18.91	13.18	-1.658	0.097

Relação entre tratamentos antes da cirurgia por parte dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

Cruzando a informação se os indivíduos realizaram tratamentos antes da cirurgia (Radioterapia ou Quimioterapia) com a qualidade de vida percebida (quadro 44), podemos constatar que, na dimensão funcional os indivíduos que não realizaram tratamentos obtiveram ordenações médias mais elevadas (maior nível funcionalidade) do que aqueles que realizaram tratamentos; por outro lado, os indivíduos que realizaram tratamentos prévios à cirurgia tiveram um nível mais elevado de sintomas/problemas (exceção da subescala “dispneia” e “obstipação”) do que aqueles que não tiveram esses tratamentos (ordenações médias mais elevadas; no que concerne ao estado de saúde global/qualidade de vida, são os indivíduos que não realizaram os tratamentos aqueles em que se verifica a ordenação média mais elevada (18,67) quando comparado com os que realizaram tratamentos antes da cirurgia (13,15), logo percebem um melhor estado de saúde global.

Os resultados obtidos através do teste de Mann-Whitney permitiram constatar que as diferenças entre os dois grupos são significativas apenas na subescala “fadiga” da dimensão sintomas ($p=0,031$).

Quadro 44- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos antes da cirurgia

Tratamento antes Cirurgia EORTC QLQ-C30		Não (n=23)	Sim (n=10)	Z	p
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	18.61	13.30	-1.482	0.138
	Funcionamento Papéis	18.02	14.65	-0.963	0.335
	Funcionamento Emocional	18.41	13.75	-1.283	0.199
	Funcionamento Cognitivo	17.13	16.70	-0.130	0.896
	Funcionamento Social	18.67	13.15	-1.559	0.119
Sintomas	Fadiga	14.65	22.40	-2.152	0.031
	Náusea e Vômitos	16.91	17.20	-0.157	0.875
	Dor	16.72	17.65	-0.268	0.788
	Dispneia	18.00	14.70	-1.095	0.273
	Insônia	15.93	19.45	-1.054	0.292
	Perda de Appetite	16.48	18.20	-0.537	0.591
	Obstipação	17.87	15.00	-1.383	0.167
	Diarreia	16.76	17.55	-0.230	0.818
	Dificuldades Financeiras	15.74	19.90	-1.186	0.236
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		18.67	13.15	-1.559	0.119

Relação entre tratamentos após a cirurgia por parte dos indivíduos e a sua percepção de qualidade de vida

No que diz respeito à influência dos tratamentos após a cirurgia (Radioterapia ou Quimioterapia) na qualidade de vida percebida pelos indivíduos, a análise do quadro 45, permite verificar uma grande semelhança (exceção da subescala “náuseas e vômitos”) entre as ordenações médias obtidas. Logo, o teste estatístico utilizado (teste de Mann-Whitney) veio confirmar essa primeira análise. O valor de “p” é muito superior ao nível de significância fixado ($\alpha = 0,05$), considerando desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos.

Vilaseca (2005) refere que doentes que realizaram radioterapia apresentam maiores índices de ansiedade e dificuldades na fala. Doentes que realizaram quimioterapia revelaram maiores alterações a nível do humor. Na utilização de outro tipo de instrumentos, o mesmo autor, concluiu que os indivíduos laringectomizados exibem melhores capacidades mentais do que físicas.

Quadro 45- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos após a cirurgia

Tratamento após Cirurgia EORTC QLQ-C30		Não (n=8)	Sim (n=25)	Z	p
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	13.31	18.18	-1.267	0.205
	Funcionamento Papéis	15.19	17.58	-0.638	0.524
	Funcionamento Emocional	15.88	17.36	-0.381	0.703
	Funcionamento Cognitivo	17.69	16.78	-0.256	0.798
	Funcionamento Social	14.81	17.70	-0.760	0.447
Sintomas	Fadiga	19.00	16.36	-0.684	0.494
	Náusea e Vômitos	19.75	16.12	-1.853	0.064
	Dor	14.94	17.66	-0.731	0.465
	Dispneia	17.50	16.84	-0.204	0.838
	Insônia	14.75	17.72	-0.830	0.406
	Perda de Appetite	16.88	17.04	-0.048	0.962
	Obstipação	15.00	17.64	-1.187	0.235
	Diarreia	17.38	16.88	-0.135	0.893
	Dificuldades Financeiras	16.75	17.08	-0.088	0.930
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		14.81	17.70	-0.760	0.447

Relação entre presença familiar para apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia e a sua percepção de qualidade de vida

No que concerne se a presença de um familiar, durante todo o processo de cirurgia, para apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia na qualidade de vida percebida pelos indivíduos, e da análise do quadro 46, constatamos que a situação é semelhante à verificada ao quadro anterior, ou seja, as ordenações médias obtidas são muito similares (exceção subescala “dificuldades financeiras”). Logo, o teste estatístico utilizado (teste de Mann-Whitney) veio confirmar essa primeira análise. O valor de “p” é muito superior ao nível de significância fixado ($\alpha = 0,05$), considerando desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos.

Quadro 46- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram tratamentos após a cirurgia

Familiar presente para apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia EORTC QLQ-C30		Não (n=8)	Sim (n=25)	Z	p
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	19.63	16.16	-0.902	0.367
	Funcionamento Papéis	18.63	16.48	-0.572	0.568
	Funcionamento Emocional	20.31	15.94	-1.122	0.262
	Funcionamento Cognitivo	19.00	16.36	-0.745	0.456
	Funcionamento Social	20.38	15.92	-1.173	0.241
Sintomas	Fadiga	14.69	17.74	-0.791	0.429
	Náusea e Vômitos	17.63	16.80	-0.421	0.674
	Dor	12.63	18.40	-1.550	0.121
	Dispneia	13.50	18.12	-1.430	0.153
	Insônia	12.25	18.52	-1.752	0.080
	Perda de Appetite	16.88	17.04	-0.048	0.962
	Obstipação	15.00	17.64	-1.187	0.235
	Diarreia	21.25	15.64	-1.526	0.127
	Dificuldades Financeiras	11.88	18.64	-1.798	0.072
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		20.38	15.92	-1.173	0.241

Relação entre o acompanhamento regular de um profissional de saúde e a percepção de qualidade de vida dos indivíduos

Quando cruzamos a informação referente ao acompanhamento regular de um profissional de saúde para a laringectomia com a percepção de qualidade de vida (quadro 47), podemos constatar que no que se refere a dimensão funcional os indivíduos que não têm acompanhamento têm um melhor nível funcional do que aqueles que têm acompanhamento regular (ordenações médias mais elevadas em todas as subescalas). Quanto à dimensão sintomas, as ordenações médias mais elevadas verificam-se nos indivíduos que têm acompanhamento regular para a maioria das subescalas (nível mais elevado de sintomatologia/problemas) quando comparado com aqueles que não tem acompanhamento regular. Por último, na dimensão estado de saúde global/qualidade de vida, são os indivíduos que não têm acompanhamento aqueles que perceberam um melhor estado de saúde/qualidade de vida (ordenações médias mais elevadas).

A aplicação do teste estatístico (Mann-Whitney) evidencia uma associação significativa entre as variáveis apenas na subescala “funcionamento físico” ($p=0,018$); constatamos, desta forma que o acompanhamento regular por parte de um profissional de saúde tem poder explicativo sobre o funcionamento físico dos indivíduos.

Quadro 47- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da percepção da qualidade de vida conforme se os indivíduos tiveram acompanhamento regular de um profissional de saúde para a laringectomia

Acompanhamento Regular Profissional Saúde EORTC QLQ-C30		Não (n=6)	Sim (n=27)	Z	p
		Mean Rank	Mean Rank		
Funcionais	Funcionamento Físico	25.25	15.17	-2.363	0.018
	Funcionamento Papéis	17.25	16.94	-0.073	0.942
	Funcionamento Emocional	20.08	16.31	-0.870	0.384
	Funcionamento Cognitivo	18.33	16.70	-0.414	0.679
	Funcionamento Social	19.75	16.39	-0.796	0.426
Sintomas	Fadiga	17.83	16.81	-0.237	0.812
	Náusea e Vômitos	18.08	16.76	-0.608	0.543
	Dor	11.83	18.15	-1.525	0.127
	Dispneia	14.17	17.63	-0.965	0.335
	Insônia	16.25	17.17	-0.231	0.818
	Perda de Apetite	14.83	17.48	-0.693	0.488
	Obstipação	15.00	17.44	-0.989	0.323
	Diarreia	20.25	16.28	-0.972	0.331
	Dificuldades Financeiras	11.08	18.31	-1.730	0.084
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		19.75	16.39	-0.796	0.426

4.7. RELAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS PÓS-LARINGECTOMIA E A SUA QUALIDADE DE VIDA

Ao relacionarmos as experiências de comunicação dos indivíduos pós-laringectomia com a sua percepção da qualidade de vida (correlação de Spearman) e da análise do quadro 48 permite constatar que na dimensão funcional:

- a subescala “funcionamento físico” correlaciona-se negativamente com todas as dimensões da “SECEL” sendo as correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) nas dimensões “atitude” ($p = 0.004$), “geral” ($p = 0.000$) e “SECEL no Global” ($p = 0.005$); o que nos permite afirmar que os indivíduos percebem um menor nível de “funcionamento físico” consoante: aumentam a dificuldade com o seu estado geral e ajuste para as experiências de comunicação (atitude); maior dificuldade na adaptação geral à comunicação e experiências (geral) e maior dificuldade percebida com ajuste para a nova voz (SECEL no Global);
- a subescala “funcionamento papéis” correlaciona-se de forma negativa com todas as dimensões da “SECEL”, sendo as correlações estatisticamente significativas nas dimensões “atitude” ($\rho = -0,467$; $p = 0,006$) e “SECEL no Global” ($\rho = -0,433$; $p = 0,012$);
- situação similar verifica-se na dimensão “funcionamento emocional”, “atitude” ($\rho = -0,541$; $p = 0,001$) e “SECEL no Global” ($\rho = -0,477$; $p = 0,005$);
- na dimensão “funcionamento cognitivo” a correlação só é estatisticamente significativa em relação à dimensão “geral” ($\rho = -0,419$; $p = 0,015$);
- Por último a dimensão “funcionamento social” correlaciona-se de forma negativa e significativa com todas as dimensões da SECEL e no seu global, o que nos permite afirmar que os indivíduos com maior dificuldade percebida com ajuste para a nova voz tendem a evidenciar um pior funcionamento social.

No que concerne à dimensão sintomas, verificamos uma tendência para se correlacionar de forma positiva com a SECEL, ou seja, consoante aumenta a intensidade de sintomas/problemas os indivíduos tendem a evidenciar piores experiências de comunicação (maiores dificuldades percebidas com ajuste para a nova voz), sendo a correlação estatisticamente significativa em relação às subescalas:

- “fadiga” com a dimensão “meio ambiente” ($\rho = 0,430$; $p = 0,012$), “atitude” ($\rho = 0,348$; $p = 0,047$) e “SECEL no Global” ($\rho = 0,433$; $p = 0,012$);
- “náuseas e vômitos” com a dimensão “geral” ($\rho = 0,437$; $p = 0,011$);

- dor” com a dimensão “atitude” ($\rho = 0,350$; $p=0,046$) e “geral” ($\rho = 0,446$; $p=0,009$);
- “insônia” com a dimensão “geral” ($\rho = 0,469$; $p=0,006$) e “SECEL no Global” ($\rho = 0,404$; $p=0,020$);
- “obstipação” com a dimensão “meio ambiente” ($\rho = 0,355$; $p=0,042$), e “SECEL no Global” ($\rho = 0,358$; $p=0,041$);
- “diarreia” com a dimensão “meio ambiente” ($\rho = 0,480$; $p=0,005$), “atitude” ($\rho = 0,426$; $p=0,013$) e “SECEL no Global” ($\rho = 0,472$; $p=0,006$);

Por último, a dimensão “estado de saúde global/qualidade de vida” correlaciona-se de forma negativa e significativa com a SECEL no global e com todas as suas dimensões, ou seja, os indivíduos com maior dificuldade percebida com ajuste para a nova voz tendem a perceber um pior estado de saúde global/qualidade de vida.

Quadro 48 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a percepção da qualidade de vida e as experiências de comunicação dos indivíduos pós-laringectomia

EXPERIÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO		Meio Ambiente		Atitude		Geral		SECEL (Global)	
		r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Funcionais	Funcionamento Físico	-0.269	0.130	-0.491	0.004	-0.615	0.000	-0.482	0.005
	Funcionamento Papéis	-0.300	0.090	-0.467	0.006	-0.296	0.095	-0.433	0.012
	Funcionamento Emocional	-0.295	0.095	-0.541	0.001	-0.335	0.057	-0.477	0.005
	Funcionamento Cognitivo	0.065	0.718	-0.176	0.327	-0.419	0.015	-0.092	0.610
	Funcionamento Social	-0.433	0.010	-0.482	0.005	-0.531	0.001	-0.561	0.001
Sintomas	Fadiga	0.430	0.012	0.348	0.047	0.223	0.213	0.433	0.012
	Náusea e Vômitos	0.081	0.653	0.130	0.469	0.437	0.011	0.034	0.849
	Dor	0.048	0.790	0.350	0.046	0.446	0.009	0.276	0.120
	Dispneia	-0.087	0.630	-0.027	0.889	0.250	0.160	-0.026	0.885
	Insónia	0.252	0.157	0.304	0.086	0.469	0.006	0.404	0.020
	Perda de Appetite	0.138	0.445	0.301	0.089	0.199	0.266	0.273	0.124
	Obstipação	0.355	0.042	-0.222	0.214	-0.188	0.294	0.358	0.041
	Diarreia	0.480	0.005	0.426	0.013	-0.016	0.989	0.472	0.006
	Dificuldades Financeiras	0.061	0.735	0.235	0.188	0.197	0.272	0.194	0.280
Estado de Saúde Global/ Qualidade de vida		-0.443	0.010	-0.482	0.005	-0.531	0.001	-0.524	0.002

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico pretende-se analisar e sistematizar os aspectos mais relevantes do estudo. A discussão tem em consideração os objectivos anteriormente delineados, tendo em conta o objectivo geral de alguns factores relacionados com a qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e os objectivos específicos.

Os resultados aqui descritos demonstram que, epidemiologicamente, os indivíduos deste estudo são semelhantes à média dos indivíduos laringectomizados e que vão de encontro às expectativas prévias e descritas em outros estudos.

A média de idades dos doentes inquiridos é de 63,5, indo de encontro ao intervalo de idades estipuladas por diversos autores como Pedrolo e Zago (2000) e Lee *et al.*, (2005). Blanco e Botas (2011) estabelecem como idades o intervalo de 60 - 74 anos, indo de encontro ao presente estudo. Também Mineiro, Curado, Martins e Oliveira (2010) e Jayasuriya *et al.*, (2010) no seu estudo confirmaram que a idade mais comum nesta situação de vida ocorre após os 60 anos. Esta doença é menos frequente em indivíduos com menos de 40 anos, segundo Cancer Research UK (2011). No estudo desenvolvido é perceptível que existe uma correlação negativa entre a idade e a qualidade de vida. O aumento de idade leva à diminuição da qualidade de vida. Entende-se que se o cancro da laringe surge mais a partir da sexta década de vida (Gadenz, Souza, Cassol, Martins & Santana, 2011), é natural que com o aumento da idade seja uma doença mais frequente e que interfira com a qualidade de vida do indivíduo. Com o aumento de idade é frequente que o funcionamento cognitivo e físico se encontre mais comprometido e que haja menos capacidade de convívio social. Desta forma percebe-se uma pior qualidade de vida e de saúde global com o aumento de idade.

Apenas foram inquiridos doentes do sexo masculino, pelo facto de esta doença ser mais prevalente em homens. A maioria dos inquiridos são casados e vivem com o cônjuge, não se tendo verificado nenhum doente solteiro. Também no estudo de Relic *et al.*, (2001) a maioria da amostra estudada é casada. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o estado civil. Indivíduos que não vivem sozinhos apresentam melhor qualidade de vida, justificado pela presença de suporte familiar. O funcionamento de papéis é a sub-escala com maior significância estatística, sendo menor em indivíduos solteiros/divorciados/viúvos e maior nos indivíduos casados/união de facto. O assumir de papéis pelo cônjuge saudável, que anteri-

ormente eram assumidos pelo cônjuge actualmente doente, é de extrema importância demonstrando o valor do apoio da família. A família foi considerada por Jayasuriya *et al.*, (2010) como fundamental para ultrapassar as dificuldades desencadeadas pela doença e tratamento.

O acompanhamento por parte da família é considerado fulcral para enfrentar a doença e os tratamentos. Barbosa *et al.*, (2004) referem que a família tem uma função de suporte sendo crucial no pré e no pós-operatório. Estes resultados vão de encontro a vários estudos. Davatz (2011) refere que o apoio familiar é determinante no aumento da confiança e satisfação do doente. Relic *et al.*, (2001) concluem que a presença da família em todo o processo da doença é fundamental para o doente, sendo que indivíduos sem este apoio são altamente preditivos de baixos níveis de qualidade de vida. Por vezes é a família que impulsiona o indivíduo laringectomizado a reabilitar-se, a retomar suas atividades laborais, melhorar a sociabilidade, a auto-estima e consequentemente a qualidade de vida (Gadenz *et al.*, 2011). No entanto é primordial considerar que, segundo Bettinelli *et al.*, (2008) a família precisa de ser orientada pelos profissionais, desde o período pré-operatório até à alta hospitalar, para criar um contexto de compreensão propício para a mudança, oferecendo encorajamento e estímulo ao doente para este conseguir enfrentar os problemas decorrentes do processo cirúrgico.

Em relação à dispneia não existe bibliografia de apoio com poder explicativo para os resultados. Segundo os dados obtidos a dispneia ocorre mais em indivíduos solteiros/divorciados/viúvos e com pior qualidade de vida. Talvez percepcionem mais a dispneia por estarem mais sozinhos, sem apoio e distração familiar.

A maioria dos indivíduos apresenta baixos níveis de escolaridade. Existe um perfil comum do doente com cancro da laringe, sendo indivíduos com poucos recursos económicos e baixa escolaridade, resultando em consequências negativas na comunicação (Achette *et al.*, 2009).

Este resultado vai de encontro a vários estudos sobre o status social do doente laringectomizado. No entanto a escolaridade não apresenta poder explicativo em relação à qualidade de vida. Gadenz *et al.* (2011) contrapõe o presente estudo revelando que baixos níveis de escolaridade podem ser considerados factores negativos para a qualidade de vida. Os indivíduos laringectomizados são geralmente de classes sociais mais desfavorecidas, com défice nos recursos financeiros, com baixos níveis de instrução, deficientes condições habitacionais, deficientes apoios familiares e com estilos de vida incorrectos que acabam por constituir um grupo muito vulnerável (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1995). Maier e Tish (1997) associam baixos níveis educacionais e laborais a maior risco de cancro da laringe. Relic *et al.*, (2001) referem no

seu estudo baixos índices de escolaridade relacionados com cancro da laringe. Segundo Boing e Antunes (2011) nos EUA, Índia, Itália, França, Canadá, Alemanha, Espanha, Dinamarca, Inglaterra e Brasil apresentaram maior proporção de cancro de cabeça e pescoço e piores condições socioeconómicas.

A grande maioria dos inquiridos refere passar o seu tempo livre a ver televisão e com actividades de voluntariado. Também Gadenz *et al.*, (2011) demonstram que a sua amostra desenvolve actividades de lazer como ler e caminhar, para aliviar sintomas de fadiga. Segundo Davatz (2011) as actividades de voluntariado apresentam muitas vantagens, em indivíduos sem actividade profissional. A falta de trabalho gera sentimentos de perda de ego, sensação de inutilidade, tristeza, desvalorização e baixa auto-estima. Reinsere os indivíduos em actividades diárias consiste num grande factor motivacional. O facto de passarem muito tempo a ver televisão simboliza a falta de ocupação e o retraimento social, acabando por se isolar no seu lar.

A maior parte dos doentes estudados foi submetido a laringectomia há menos de um ano. O que evidencia que o processo de reajustamento à sua situação de doença ainda não se encontra concluído.

Os resultados estatísticos em relação ao tempo de laringectomia e qualidade de vida demonstram que existe uma correlação positiva com a dimensão funcional, tendo significância estatística para a sub-escala funcionamento social. Significa que com o aumento de tempo de laringectomia o funcionamento social melhora. Os motivos prendem-se com o facto do doente se vai adaptando à sua nova situação de vida tendo novas estratégias para a sua reinserção social. No entanto, o estado de saúde tem uma correlação negativa com o tempo de laringectomia, pois quanto maior o tempo de laringectomia, também mais envelhecido se encontra o indivíduo e logo a sua qualidade de vida decresce. A idade do indivíduo aumenta e há tendência para o estado de saúde se ir deteriorando com a idade.

Os vários métodos de reabilitação da voz conseguem superar o “drama” de perder a voz (Dedivitis *et al.*, 2000). A maioria dos indivíduos seleccionados para o estudo não apresentam prótese fonatória, utilizando outras estratégias de comunicação, como a voz esofágica e a linguagem gestual. De referenciar que 15 indivíduos são portadores de prótese fonatória, mas apenas 8 doentes a utilizam. No estudo de Hannickel *et al.*, (2002) 60% da amostra utiliza a mímica labial e 40% a voz esofágica. No presente estudo os indivíduos que não apresentam prótese fonatória apresentam melhores valores na dimensão funcional na escala do questionário QLQ-C30. Na sub-escala do funcionamento físico existe uma correlação estatisticamente significativa: nos

indivíduos sem prótese fonatória o funcionamento físico é melhor. Possivelmente este resultado deve-se ao facto do doente não depender de profissionais para a manutenção da sua voz.

As próteses exigem cuidados permanentes e devem ser substituídas periodicamente (Nerm, Oliveira & Rapoport, 2009), o que aumenta os custos finais e além disso podem provocar fístulas traqueoesofágicas que podem comprometer a voz e que exigem maior acompanhamento médico. Também a manutenção da prótese pode ser um impeditivo tendo em conta que o seu orifício interno deve estar bem limpo e nem sempre o doente consegue realizar a sua higiene sem a ajuda de terceiros (Aguar-Ricz & Neto, 2009). A inexistência da prótese fonatória proporciona uma liberdade maior ao doente não estando este dependente de um objecto. De ter também em consideração que o questionário do estudo foi aplicado à Associação Portuguesa dos Limitados da Voz onde a voz esofágica é o único tipo de voz utilizado. Estes indivíduos já foram submetidos a laringectomia há vários anos, numa época em que a prótese fonatória não era ainda utilizada em Portugal, pelo que a sua única alternativa foi adaptar-se à voz esofágica. Não podemos deixar de notar o que os vários autores referem relativamente a este assunto.

A prótese fonatória é a única que permite ao doente obter uma voz mais próxima do normal e que logo após a sua inserção o doente tem condições de emitir voz, no entanto o seu custo é alto, inviabilizando o seu uso mais rotineiro (Zago & Sawada, 1998; Johansson, 2010). É por este motivo que existe uma correlação estatisticamente significativa entre as dificuldades económicas e a qualidade de vida, sendo as dificuldades económicas mais elevadas no doente que tem prótese fonatória. Além do custo destas próteses e da sua necessidade de substituição periódica, temos também de considerar os custos com a deslocação aos hospitais onde existem especialistas na área, o tempo perdido em salas de espera e o possível acompanhamento de que o doente necessita para se deslocar. Todos estes custos ocultos geram despesas e aumentam as dificuldades financeiras, diminuindo a qualidade de vida.

Apesar da prótese fonatória permitir uma rápida reabilitação vocal e um desempenho eficiente da qualidade da voz, sendo dos métodos mais implementados pelos especialistas, nem todos os doentes apresentam uma fonação traqueoesofágica satisfatória (Onofre, 2011). É por este motivo que alguns doentes apresentam esta prótese mas não a conseguem utilizar, como verificámos neste estudo.

Onofre (2011) desenvolveu um estudo original e interessante relativamente à utilização da prótese traqueoesofágica. Este autor relata como é possível a reabilitação vocal através do canto,

tendo-se verificado melhoras significativas na voz através da utilização da prótese fonatória e consequentemente uma melhor qualidade de vida do indivíduo. No estudo de Blanco e Botas (2011) 50% da amostra apresenta prótese fonatória, 41% utiliza a voz esofágica e 9% utiliza laringe electrónica. Contudo estes valores contrariam os resultados apurados neste estudo onde se conseguiu verificar que não é o tipo de voz mais utilizado.

A maioria dos indivíduos estudados utiliza a voz esofágica. A voz esofágica é uma alternativa de voz muito utilizada em doentes sem condições orgânicas e económicas para a prótese esofágica (Nemr, Oliveiras & Rapoport, 2006; Davatz, 2011). A voz esofágica é considerada viável e uma alternativa ao método cirúrgico da prótese fonatória. Consiste na deglutição de ar e o seu armazenamento no esófago. O som produzido é lançado à hipofaringe, orofaringe e rinofaringe, que servirão como caixa de ressonância. A vocalização é feita pela língua, lábios, palato e dentes. O doente necessita de aprender a sincronizar a fonação com a deglutição do ar e não com a respiração como era anteriormente; deve aprender a eruptrar voluntariamente e realizar a adaptação da palavra. A voz esofágica é recomendada devido à sua qualidade, inteligibilidade e naturalidade. Quando o doente não consegue a reabilitação vocal por esses métodos, resta-lhe comunicar-se com a voz bucal, mímica labial, escrita e gestos (Zago & Sawada, 1998).

A maioria dos indivíduos é independente nos cuidados à traqueostomia, havendo alguns que necessitam apenas de ajuda parcial e uma minoria que necessita de ajuda total nos cuidados. Os doentes que não precisam de ajuda apresentam valores da dimensão funcional superiores aos doentes que necessitam de ajuda. Significa que os doentes que não necessitam de ajuda são independentes e por isso apresentam melhores valores funcionais. A dependência nos cuidados determina perdas no âmbito pessoal e interpessoal, além do isolamento social que se instala gradualmente (Santos *et al.*, 2004). Esta dimensão não parece interferir com a qualidade de vida, no entanto indivíduos que necessitam de ajuda apresentam na escala de sintomas maiores dificuldades financeiras do que os que não precisam de ajuda, verificando-se que este sintoma interfere com a sua qualidade de vida. Os doentes que necessitam de ajuda nos cuidados podem ter que pagar por esses cuidados e como já vimos são indivíduos com dificuldades financeiras sem grande capacidade para pagar pela prestação de cuidados. Desta forma fica comprometida a sua qualidade de vida, pois apesar de necessitarem de ajuda não possuem poder económico para pagar as despesas que esta necessidade implica.

Apesar do apoio da família ser muito importante verificámos no estudo que não existe significância estatísticas entre a presença ou ausência de familiar para apoiar e cuidar da laringectomia. Entende-se que o apoio da família não interfere com a qualidade de vida e que os indivíduos sem esse apoio apresentam melhor estado de saúde global e menos scores de sintomas. Este resultados são paradoxais, tendo em conta que os indivíduos casados são os que apresentam estado de saúde global com scores superiores. Apesar destes resultados, estar casado não significa ter um familiar sempre presente no processo de doença, nem significa ter apoio e ajuda para cuidar da laringectomia. Segundo Hannickel *et al.*, (2002) ser casado não implica uma efectiva rede familiar de apoio. Muitos indivíduos podem ter companheiro e estes não prestarem o apoio necessário, por diversas razões. Por este motivo ao relacionar a presença de familiar com a qualidade de vida, apesar de não encontrarmos significância estatística nas várias dimensões, verificamos que os doentes que não têm apoio familiar apresentam melhor dimensão funcional e menos sintomas, percepcionando também um estado de saúde global e qualidade de vida superior aos doentes que têm esse apoio.

O mesmo se verifica com a presença ou ausência de acompanhamento regular por um profissional de saúde. Pela análise dos dados observamos que os que não têm acompanhamento regular apresentam valores superiores da dimensão funcional e do estado de saúde global e menos sintomas. Poderemos explicar esta situação pelo facto de na amostra existirem muitos indivíduos da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz que não têm tanto apoio familiar nem acompanhamento especializado por beneficiarem do apoio dos seus pares. Convivem regularmente com indivíduos que vivem uma situação similar e aprendem a conviver com esta nova forma de viver. Se os doentes têm mais acompanhamento regular significa que têm essa necessidade e provavelmente a sua condição de doença o exige. Se têm maior necessidade de acompanhamento é porque manifestam mais sintomas e logo a sua qualidade de vida é inferior. Por outro lado se não beneficiam de apoio regular especializado é porque não necessitam, nem têm sintomas e apresentam um estado de saúde geral positivo.

O apoio de doentes já laringectomizados é fundamental. Existem vários relatos de laringectomizados que explicam como é importante ter o apoio de alguém laringectomizado no seu processo de doença. Há várias associações pelo país que se organizam prepositadamente para tecer este apoio a recentes laringectomizados. Este tipo de apoio é também preponderante para a reinserção social deste indivíduo, podendo ser preditivo de níveis superiores de qualidade de vida. Os grupos e associações de apoio ao laringectomizado existentes não são muito conhecidas e di-

vulgadas. Os que existem são em número reduzido não chegando a todos os doentes. Para pertencer a estas entidades é necessário, em alguns casos, o pagamento de quotas anuais, pelo que a condição financeira destes doentes não o permite, como já referenciámos anteriormente. Porém este tipo de associações apresentam um carácter significativo no percurso do laringectomizado. Um estudo asiático referencia o papel das Associações de apoio, apresentado um papel fundamental na reinserção social do indivíduo (Jayasuriya *et al.*, 2010), no apoio terapêutico, na oportunidade de convívio com outros laringectomizados e na partilha de experiências no tratamento e reabilitação. Doentes laringectomizados que integram em grupos de apoio podem reflectir melhor qualidade de vida, melhor capacidade de comunicação, maiores probabilidades de recuperar a sua auto-estima, capacidade de superação de dificuldades no dia-a-dia e apoio emocional para superar diversos problemas como depressão e ansiedade relacionadas com a doença (Gadenz *et al.*, 2011). Também segundo Bettinelli *et al.*, (2008) os grupos de apoio podem despertar maior interesse de aprendizagem, possibilitam o autoconhecimento, promovem um exercício de escuta e acolhimento do outro, desenvolvem a consciência crítica, permitindo confrontar e avaliar a vida. Além disso, favorecem a tomada de decisão de modo consciente e crítico pela partilha de ansiedades e dificuldades. Proporcionam a partilha de informações e experiências com pessoas com histórias de vida semelhantes.

A maioria dos indivíduos não realizou tratamento antes da cirurgia mas realizou após. Pelos dados obtidos verificamos que realizar tratamentos antes da cirurgia pode interferir com a sua qualidade de vida, nomeadamente na dimensão sintoma, onde a fadiga é estatisticamente significativa, sendo superior nos doentes que realizam tratamentos antes da cirurgia. Poderá compreender-se este resultado pelos elevados efeitos secundários que os tratamentos de quimioterapia e radioterapia provocam no doente, sendo a fadiga muito frequente. Também as várias deslocações que o doente tem de realizar ao local de realização de tratamentos interferem com o doente resultando em aumento de fadiga. A realização de tratamentos após a cirurgia não parece influenciar a qualidade de vida, mas a realização de tratamentos antes da cirurgia interfere. Verificamos que realizar tratamentos após a cirurgia origina melhor qualidade de vida do que antes da cirurgia. Este resultado também poderá indicar que um doente que realiza tratamentos antes da cirurgia provavelmente terá um prognóstico de doença pior. O estadio da doença será mais avançado, sendo o objectivo da realização de tratamentos antes da cirurgia a diminuição das dimensões do tumor para posterior cirurgia. A realização de tratamentos após a laringectomia poderá ser indício de melhor prognóstico e logo melhor qualidade de vida.

O tratamento de eleição após a laringectomia é a radioterapia, conforme os resultados obtidos, confirmando que a radioterapia é considerada a melhor forma terapêutica para tratar a doença e com o menor número de efeitos secundários. Johansson (2010) vai de encontro a esta ideia. Segundo Batalla *et al.*, (2008) a radioterapia traduz-se em melhor qualidade de vida para o doente, apresentando o doente melhores níveis funcionais e emocionais. É também o tratamento de eleição para tumores em estadios avançados ou em caso de recidivas.

O diagnóstico é realizado pelo médico, auxiliando-se de vários exames auxiliares de diagnóstico. Depois de reunir todos os dados sobre o doente é ao médico que cabe a responsabilidade de informar quanto aos tratamentos que se vão seguir. Segundo Matos *et al.*, (2009) a prestação da informação sobre a cirurgia a realizar é muito importante, contribuindo para reduzir a ansiedade e para o doente se preparar emocionalmente para uma possível ou real debilidade física. É também essencial por envolver o doente no seu processo de doença. O doente ao ser preparado adequadamente sofrerá um menor impacto quando se deparar com as alterações sofridas, aumentando o seu nível de aceitação e contribuindo para a diminuição das complicações pós-operatórias. O papel do enfermeiro é importante, pois numa conversa mais individualizada consegue explicar ao doente de forma mais pormenorizada o acto cirúrgico e pós cirúrgico e todo o processo de reabilitação. O acompanhamento do doente laringectomizado no pós-operatório é muito importante. O apoio a estes indivíduos deve ser direccionado não apenas para aspectos biológicos mas também para o social e psicológico, pois após a laringectomia o doente surge com grandes alterações necessitando de vários ensinamentos para voltar ao seu contexto de vida anterior (Silva, Pinto & Zago, 2002).

Os ensinamentos no pós-operatório relativos aos cuidados ao estoma são normalmente realizados pelos enfermeiros, tendo o estudo confirmado esse papel. O enfermeiro é o profissional de eleição para prestar ensinamentos ao doente, assumindo-se como peça fulcral neste processo de reabilitação prestando cuidados direccionados, facilitando o ajustamento físico, psicológico e social. É o elemento que melhor pode avaliar, acompanhar e orientar o processo de aprendizagem dos saberes necessários para a reintegração do laringectomizado no seu seio familiar e na sociedade (Cunha, sd).

A possibilidade de comunicação auxilia o doente a se adaptar à sua nova condição de vida (Davatz, 2011). A terapeuta da fala é assim de grande importância no processo de doença do doente laringectomizado. Neste estudo a maioria dos inquiridos revela ter tido acompanhamento por parte da terapeuta da fala. O processo de reabilitação vocal é um trabalho colectivo entre o do-

ente/família e terapeuta. A terapeuta da fala tem a função de ajudar o doente a desenvolver uma voz o mais próxima possível das vozes da sociedade, sendo preponderante para a reinserção social do doente.

O estudo de Davatz (2011) revela que a perda vocal não é preponderante para a qualidade de vida do laringectomizado, mas é a reabilitação vocal que favorece o bem-estar, sendo fundamental que o terapeuta da fala ajude o doente a voltar a comunicar. A reabilitação vocal é de extrema importância pois é a pedra basilar para a reinserção do indivíduo ao suprir a sua necessidade de contacto social e é um ponto chave em todo o processo de assistência ao doente laringectomizado (Matos *et al.*, 2009). O doente portador de prótese fonatória necessita de apoio especializado por parte da terapeuta da fala, para que este possa tirar o máximo proveito desta modalidade de reabilitação oral. Desta forma há uma qualidade de voz considerável, acompanhada de uma melhor qualidade de vida (Oliveira *et al.*, 2005).

Vários materiais podem ser utilizados para a manutenção da traqueostomia. Os materiais utilizados irão depender do grau de conforto que proporcionarem ao doente. Também a criatividade e o gosto pessoal do doente irão ditar o material mais confortável para a sua utilização diária. Todos os materiais seleccionados irão também contribuir para a auto-imagem, para o conforto e protecção do indivíduo (Santos *et al.*, 2004). Existem variados tipos de materiais que podem ser seleccionados pelo laringectomizado, no entanto o conforto e a qualidade do material implicam custos avultados que podem condicionar o doente. Como vimos anteriormente as dificuldades financeiras são muito relevantes neste tipo de doentes o que os impede de adquirir e de conhecer materiais de excelência. Além disso as comparticipações pelo sistema de saúde português são praticamente inexistentes.

Observamos que os doentes adquirem os materiais que utilizam diariamente em instituições hospitalares, sendo também o local que mais cuidados lhe prestam. O profissional de saúde mais presente é o médico, seguindo-se a categoria médico e enfermeiro. A maioria dos doentes revela estar satisfeito com os cuidados de saúde disponibilizados, no entanto a satisfação com as comparticipações dos materiais pelo SNS não é tão generalista, não estando a maioria dos inquiridos satisfeitos. O tipo e qualidade de material parece satisfazer o doente. De ter em consideração que a maioria dos doentes adquire o material a nível hospitalar e que essas mesmas instituições fornecem os materiais mais básicos e com menor custo a nível económico. O doente fica satisfeito, mas também desconhece a panóplia dos materiais existentes, pois alguns apre-

sentam custos mais elevados. Em termos gerais podemos observar que os doentes estão satisfeitos com os cuidados disponibilizados e os profissionais de saúde existentes na área.

Apesar do indivíduo laringectomizado apresentar vários factores que limitam a sua qualidade de vida, verificamos com este estudo que de forma decrescente os factores que mais limitam a qualidade de vida do laringectomizado, na sua perspectiva, são: a voz, ter apoio familiar, o olfacto, a quantidade de secreções que expele, o paladar, a respiração, a alimentação, a sua condição económica, a sexualidade, a auto-imagem, a relação com os outros e ter ajuda de um profissional de saúde com mais frequência.

A voz é o factor que mais interfere e Matos *et al.*, (2009) atribuem à voz um instrumento indispensável para a qualidade de vida. A comunicação verbal é considerada a base do relacionamento humano, sendo para os doentes laringectomizados um instrumento indispensável sem o qual é impossível ter vida de qualidade (Matos, *et al.*,2009). A laringectomia é imprincindível para manter a vida, no entanto apresenta alterações indiscutíveis a nível da voz, que interferem com a qualidade de vida do doente já debilitado (Barros, Portas & Queija, 2009).

O estudo de Gomes (2010) vai de encontro ao presente trabalho, onde a voz também foi assinalada como o factor mais importante para a qualidade de vida do doente laringectomizado, onde a maioria dos inquiridos revelou somente serem entendidos por amigos e familiares. Também Blanco & Botas (2011) conclui que a voz implica alterações significativas na qualidade de vida. No entanto esta alteração é mais significativa nos primeiros 3 meses após a cirurgia, sendo aos 6 meses um problema menos relevante, pois o doente já se adaptou à sua nova forma de comunicação verbal, para poder desenvolver-se no seu meio social e laboral. Igualmente Johansson (2010) conclui que as disfunções na comunicação têm tendência a diminuir ao longo dos anos, pois o doente laringectomizado vai progressivamente melhorando as suas estratégias comunicacionais.

O olfacto é apresentado como terceiro factor que mais interfere com a qualidade de vida. Silva *et al.*, (2002) e Davatz (2011) referem que o laringectomizado tem estratégias para compensar o olfacto. O facto do doente respirar pelo traqueostoma leva a que a passagem de ar não ocorra pela cavidade nasal, prejudicando o olfacto. No entanto o doente aprende a inserir ar na cavidade oral e conseqüentemente na cavidade nasal, conseguindo readquirir parte do olfacto. Com o paladar a situação é a mesma, sendo até mais fácil a sua aquisição, pois durante a mastigação dos alimentos existe sempre entrada de ar na cavidade oral, que ajuda a promover o paladar.

Porém numa fase inicial o doente não entende estas estratégias e fica incomodado com as alterações percebidas. Alterações do paladar e do olfacto podem dever-se aos tratamentos de radioterapia (Barros *et al.*, 2006).

A auto-imagem não é apontada como relevante para a qualidade de vida. A auto-imagem é a maneira de sentir e pensar sobre o corpo e a aparência (Bettinilli *et al.*, 2008). Pedrolo e Zago (2000) referem que é muito pouco comum o laringectomizado verbalizar as suas preocupações face à sua imagem corporal. Hannickel, *et al.*, (2002) referem que para os doentes sobreviverem a esta doença é mais importante do que a sua imagem final. No estudo de Davatz (2011) também não se verificou esta preocupação, referindo o autor que este factor está mais ligado à feminilidade. Também Gomes (2010) refere o mesmo resultado sendo a aparência referenciada como um factor mínimo no processo de doença, afectando uma minoria de doentes.

Blanco & Botas (2011) referem que a auto-imagem é um factor que o doente vai aceitando progressivamente. Existem, porém, algumas alterações marcantes no aspecto físico do doente que poderão interferir com a sua auto-imagem e consequentemente com a sua qualidade de vida. A auto-imagem foi considerada um importante factor para a qualidade de vida do laringectomizado para Pedrolo e Zago (2000), que defendem que a desfiguração percebida deverá ser avaliada na perspectiva do doente, sendo os profissionais de saúde muito importantes neste processo. Os mesmos autores referem no seu estudo que as alterações físicas e imagem corporal interferem com a qualidade de vida do doente. A região da face e pescoço representa simbolicamente o nosso aspecto social, crucial na formação da auto-imagem. Esta é a parte do corpo que não cobrimos com roupas, estando sempre exposta. Qualquer tipo de alteração na imagem corporal nessa região acarreta profundos efeitos psicológicos, muitas vezes, maiores que os decorrentes de transformações em qualquer outra área do corpo humano (Zago & Sawada, 1998).

Segundo Santos *et al.*, (2004) as alterações da auto-imagem podem desencadear reacções negativas no doente, nos seus familiares e nas pessoas da sua esfera social, sendo uma barreira para a qualidade de vida. Várias alterações físicas surgem no doente que interferem com a sua imagem e consequentemente com a sua qualidade de vida. São elas: a cicatriz da cirurgia, o estreitamento do pescoço, o edema facial, o orifício da traqueostomia, a queda dos ombros e a inclinação da coluna para a frente. Além disso o próprio material que alguns doente têm de utilizar nos primeiros tempos após a cirurgia pode interferir com a auto-imagem: o penso, as cânulas traqueais, as fitas de fixação das cânulas em torno do pescoço, os filtros protectores, entre outros. Nenhum destes objectos podem ser facilmente disfarçados nos primeiros dias de pós-

operatório. A todas estas alterações ainda se somam as secreções que estão mais presentes do que anteriormente à cirurgia, o odor e a halitose. O doente não consegue disfarçar quando expõe secreções causando sentimentos de solidão e desconforto. A existência destes fluidos corporais pode causar repulsa nas pessoas em redor (Santos *et al.*, 2004; Bettinelli *et al.*, 2008). A presença de secreções pulmonares em maiores quantidades também é apontado pelos indivíduos inquiridos como um factor que influencia a sua qualidade de vida.

A sexualidade não se destaca como um factor importante na qualidade de vida. Também a maioria da bibliografia existente não aborda esta temática, no entanto Bjordal *et al.*, (1999) e Barros *et al.*, (2006) e referenciam as actividades sexuais, evidenciando que existe uma redução significativa destas actividades.

Há também um factor muito interessante, abordado por Lima e Coelho (2005), que interfere com a qualidade de vida do laringectomizado: a sua higiene. O doente apresenta algum receio na manipulação da água, por medo que esta atinga o traqueostoma. O acto de tomar banho ou de simplesmente lavar o rosto são difíceis para o laringectomizado que tem de aprender estratégias para que não surjam complicações pela infiltração de água nas vias respiratórias. Estas estratégias devem também ser ensinadas pelos profissionais de referência para o doente, nomeadamente os enfermeiros.

A alimentação não foi considerada de grande importância neste estudo. O estudo de Blanco & Botas (2011) chegou à conclusão que os doentes submetidos a laringectomias parciais apresentam maiores dificuldades de adaptação à deglutição do que um laringectomizado total, podendo assim estar justificado o facto da alimentação não constituir um grande problema relativamente à qualidade de vida. No entanto, no estudo de Gomes (2010), este factor foi assinalado como preponderante tendo a maioria dos entrevistados referido que apenas consegue ingerir alimentos líquidos, apresentando algumas dificuldades na mastigação. Para Lomtepio *et al.*, (2005) os factores que mais afectam a qualidade de vida do laringectomizado são a dor e dificuldades na alimentação (nomeadamente na salivação, deglutição e mastigação). Blanco & Botas (2011) refere que o problema alimentar mais referenciado no seu estudo foi a disfagia. Por vezes recuperar a capacidade total de deglutir demora longos meses, o que se repercute na vida social do doente, que se isola mais em casa e tem dificuldade em alimentar-se em público. A laringectomia total deixa no laringectomizado o estigma da traqueostomia definitiva, gerando dificuldade

de ser aceite nos locais de convívio habitual como no trabalho e nos locais públicos (Achette *et al.*, 2009).

O estudo de Blanco & Botas (2011) revela que, além dos problemas alimentares e fonatórios, o apoio psicológico e físico são de extrema importância para uma recuperação íntegra do doente como indivíduo e não só como alguém portador de sequelas funcionais e estéticas.

Jayasuriya *et al.*, (2010) referem que os principais problemas físicos descritos no seu estudo foram: cefaleias, alterações do olfacto, obstrução nasal e dispneia. Também há referências de preocupação com a voz, aparência e perda de interesse por passatempos.

Apesar dos inquiridos referirem a voz como principal condicionante da sua qualidade de vida, tendo em conta os valores obtidos através do SECEL verificamos que os doentes não revelam imensas dificuldades na adaptação geral à comunicação. Existe apenas uma moderada dificuldade nesta adaptação. O estudo de Johansson, Rydén e Finizia (2008) revela que as experiências de comunicação dos indivíduos pós-laringectomia são inferiores ao presente estudo. Os indivíduos estudados por estes autores apresentam maiores dificuldades de adaptação à voz, sendo que a escala com valores mais elevados é a “meio ambiente” indo de encontro aos resultados observados neste trabalho, sugerindo que as maiores dificuldades são a nível ambiental, ou seja, nos diversos locais onde o indivíduo tem de comunicar, estando sujeito à apreciação de terceiros. Como exemplos temos: chamar pessoas, falar em grandes grupos de pessoas, falar ao telefone. Estes resultados justificam o facto do doente se isolar e sair menos de casa, demonstrando alguma dificuldade na sua reinserção social. Para ultrapassar estas dificuldades o doente necessita de recursos internos para a sua adaptação e de recursos externos como profissionais e grupos de apoio e o apoio familiar. A percepção da incapacidade fisiológica em utilizar a voz para comunicar altera o estado psicológico e, conseqüentemente, afecta as actividades sociais. A perda da voz pela laringectomia representa ao ser humano não somente a agressão ao órgão fonatório, mas a invasão e destruição do seu esquema de integridade e de integração biopsicossocial. Assim, não podemos tratar a reabilitação vocal isoladamente. É necessário que seja avaliada num contexto mais amplo de reabilitação psicológica, social, profissional, estética e funcional (Zago & Swada, 1998). As dificuldades em se sentirem compreendidos resultam em sentimentos de solidão favorecendo a retracção social, sentindo-se resignados e evitando situações de confronto com situações desconfortáveis (Barbosa *et al.*, 2004). Os laringectomizados acabam por perder o convívio social, passando a depender da família e do meio para se readaptarem socialmente prejudicando a sua qualidade de vida (Silva, Abraão & Rudnicki, 2009).

Um estudo recente desenvolvido na Turquia por Evitts, Kasapoglu, Dimerci e Miller (2011) utilizou o SECEL como questionário principal, sugerindo que os doentes, no geral, estão bem ajustados à sua nova voz. No entanto, os resultados também mostraram que as cirurgias conservadoras da laringe produzem resultados mais favoráveis para o ajustamento à voz.

Matos *et al.*, (2009) referem no seu estudo que alguns doentes refletem um estado de conformidade face às dificuldades na comunicação verbal, considerando a situação actual de laringectomia preferível do que se tivessem perdido a vida ou se ficassem dependentes de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas.

Independentemente do nível de adaptação do doente à sua nova voz, a maioria dos inquiridos revela falar menos do que anteriormente à cirurgia. É natural este resultado tendo em conta que qualquer tipo de voz utilizada necessita de bastante esforço físico por parte do doente, acabando por levar o doente a falar menos de modo a não interferir tanto com a sua capacidade física.

A aplicação do questionário QLQ-C30 revelou uma má percepção da qualidade de vida/funcionalidade. O funcionamento físico é a sub-escala que apresenta menor score na dimensão funcional, demonstrando que o doente tem algumas dificuldades no seu desempenho físico. Não existem evidências de um funcionamento social altamente comprometido, no entanto Blanco & Botas (2011) revelam no seu estudo que o convívio social com amigos e familiares é mais dificultado em laringectomizados totais em comparação com os laringectomizados parciais. Segundo Silva, Pinto e Zago (2002), 50% dos doentes ficam reclusos nas próprias residências sem convívio social. O estudo de Danker *et al.*, (2010) demonstra que a maioria dos doentes estudados se sente estigmatizado por ser laringectomizado e se sente constrangido em várias situações de convívio social, motivo pelo qual poucos participam em actividades. Consequentemente há indícios de aumento de padrões de ansiedade e depressão.

O estado de saúde global observado por Blanco e Botas (2011) apresenta scores mais elevados do que no estudo realizado. Na dimensão funcional apresentam piores scores no funcionamento emocional e melhores scores no funcionamento social. Neste estudo os piores scores vão para o funcionamento físico e os melhores vão para o funcionamento cognitivo.

Na dimensão sintomas as dificuldades financeiras são as mais evidentes, confirmando os resultados de outros estudos. Muller, Paneff, Kollner e Koch (2001) assinalam as dificuldades económicas do laringectomizado, tal como Relic *et al.*, (2001) que referem que os problemas económicos estão ligados à antecipação da idade de reforma. Neste estudo verificou-se que a maioria

dos inquiridos se encontra reformado, sendo natural dado o intervalo de idades mais frequente para ocorrência desta patologia. Blanco e Botas (2011) referem no seu estudo que o facto de o doente laringectomizado necessitar de muito tempo para recuperar da cirurgia faz com que se instalem mais problemas a nível económico, sendo mais complicado voltar à sua vida profissional e mais demorada a sua reinserção social. Jayasuriya *et al.*, (2010) referem a problemática da perda de capacidade para trabalhar fora de casa, sendo que maioria dos doentes perde o emprego ao longo do seu processo de doença. Também Bráz *et al.*, (2005) e Barros *et al.*, (2006) referem este aspecto, sendo que apenas 30% dos doentes conseguem voltar ao seu emprego, resultando em alterações económicas muito significativas.

Na dimensão sintomas, o menos referenciado é a dispneia. Na escala de sintomas Blanco e Botas (2011) referem a dispneia com os scores mais elevados e os mais baixos são as dores. As dificuldades financeiras são significativas em ambos os estudos. Os indivíduos estudados por Blanco e Botas apresentam níveis de saúde global superiores a este estudo.

Para Barros *et al.*, (2006), na dimensão funcional os scores mais baixos vão para o funcionamento físico e emocional. Os sintomas mais evidenciados foram a fadiga, a dor e as dificuldades financeiras. A fadiga é muito comum em indivíduos laringectomizados, podendo estar associada a factores psicológicos, tratamento e à fase da doença, contribuindo negativamente para qualidade de vida (Davatz, 2011). Achette *et al.*, (2009) revelam que se manifesta uma perda significativa das capacidades funcionais. Bráz, *et al.*, (2005) destacam que o funcionamento social e emocional são os mais baixos. Os sintomas são a fadiga e a dificuldades financeiras.

A insónia não representa uma alteração muito considerável, no entanto é normal que alguns indivíduos se encontrem com alterações nesta necessidade. Silva *et al.*, (2002) referem no seu estudo que o distúrbio do sono está relacionado com a posição de repouso, cabeceira não elevada e estase de secreções pulmonares, assim como aumento da tosse na posição deitada.

Vilaseca, Chen e Backsheider (2006) identificam como principais problemas após a laringectomia: a fala, a imagem corporal e a actividade. Surpreendentemente não identificam qualquer correlação entre a voz e a qualidade de vida.

A pergunta “como considera a sua qualidade de vida” é sem dúvida complexa e difícil de quantificar numa escala numérica. Trata-se de um parâmetro multidimensional e individual, havendo vários estudos em que os resultados são muito heterogéneos. O resultado neste estudo foi médio para a saúde em geral e para a qualidade de vida. O período pós-operatório deste tipo de

intervenções cirúrgicas pode ser muito longo e depende muito de doente para doente, havendo doentes que demoram mais de 6 meses a retomar as suas actividades físicas e sociais, ficando desta forma a percepção da qualidade de vida muito condicionada (Blanco & Botas, 2011). Deste modo, considera-se que perguntar ao doente como classifica a sua qualidade de vida envolve uma resposta muito complexa.

Jayasuriya *et al.*, (2010) referem no seu estudo que 73,8% dos doentes se encontram satisfeitos com a realização da cirurgia, revelando que esta melhorou a sua qualidade de vida. No estudo de Gadenz (2011) a maioria dos laringectomizados relatou sentir-se melhor após a laringectomia pelo facto de estarem “bem” novamente e livres da doença. Porém, alguns referiram também aspectos negativos como consequências da cirurgia, entre eles, as dificuldades na comunicação verbal, a fragilidade física e a instabilidade emocional, com uma influência definitiva da auto-percepção do indivíduo e da sua própria qualidade de vida.

Apesar de no questionário QLQ C30 os indivíduos relatarem um mau estado de saúde global e má qualidade de vida, verificamos que ao serem questionados directamente sobre a sua qualidade de vida e estado de saúde o resultado não é equivalente. Nesta última situação os resultados são moderados. Estes resultados poderão significar que é difícil enquadrar numa escala numérica a nossa percepção de qualidade de vida, pois esta é uma dimensão multifactorial. As prioridades e objectivos do indivíduo são diferentes ao longo do tempo, sendo alterados pela idade e experiência (Pimentel, 2003). Quantificar a qualidade de vida não é fácil. A qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas e adquire diferentes significados em função do contexto das suas aplicações. É um conceito dinâmico e multidimensional, difícil de definir e de medir (Brown *et al.*, 2004).

Contudo este resultado também vai de encontro aos diversos autores que descrevem que os doentes percebem uma melhor qualidade de vida após a cirurgia, pois interpretam que estão livres de doença e que conseguiram a manutenção da sua vida. Viver com laringectomia acarreta repercussões psicossociais nomeadamente a nível do convívio social devido à perda de voz e à presença do traqueostoma, apesar disso, a percepção de que o tratamento permitiu a manutenção da vida e o reiniciar de projectos interrompidos pela doença, faz com que os doentes tenham uma apreciação final positiva do tratamento cirúrgico. É por este motivo que a qualidade de vida é melhor do que o esperado e que os doentes apresentam uma postura passiva e resignada face à doença (Barbosa *et al.*, 2004).

Ao relacionarmos experiências de comunicação (SECEL) com a sua percepção de qualidade de vida (QLQ C-30) obtemos resultados estatisticamente significativos, tendo em conta que a maioria das correlações demonstra ser negativa. Desta forma verificamos que quanto maiores são as dificuldades de adaptação à nova voz, menor é o estado de saúde global e a qualidade de vida. Em todas as dimensões do SECEL se verificam correlações negativas com a qualidade de vida, evidenciando que a voz é de extrema importância na qualidade de vida do indivíduo. Na dimensão funcional é a sub-escala funcionamento social que mais significância estatística demonstra. A laringectomia total resulta num profundo impacto na vida de qualquer doente, levando a uma ruptura abrupta da comunicação oral, o que compromete de forma importante o relacionamento social e familiar, podendo levar à frustração em virtude da mutilação física, das alterações funcionais e da perda da voz (Bettinelli *et al.*, 2008).

Em relação à dimensão sintomas verifica-se que existe uma correlação positiva sendo que se os sintomas aumentam, também as dificuldades de ajustamento à voz aumentam. Um doente com fadiga, com dores, com alterações gastrointestinais e perturbações do sono não revela abertura para se adaptar à voz. A sua prioridade será aliviar a sintomatologia que o incomoda e investir menos na reabilitação da voz, pois na presença de sintomas o doente deixa de ter capacidade de aprendizagem e de treino. A incapacidade de falar transforma a forma de viver e de ser do indivíduo. Essas limitações originam transtornos, revolta, raiva e alterações psicossociais difíceis de serem mensuradas. A dificuldade de comunicação provoca alterações significativas nas relações sociais e afectivas, com a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar, transforma a vida não apenas dessas pessoas, mas de toda a família e do círculo de amizades (Bettinelli *et al.*, 2008).

As dificuldades de comunicação oral aliadas à presença de sintomas provocam uma forte disfunção social (Woodard, 2007). Um mau ajustamento à comunicação oral poderá conduzir a dificuldades de reabilitação do doente, favorecendo o seu isolamento social, a depressão e dificuldades em assumir os papéis de outrora. Vários estudos confirmam distúrbios de ansiedade e depressão no doente laringectomizado, sendo doentes com maior morbilidade física e psicológica, sendo a depressão preditiva de menor qualidade de vida (Finizia *et al.*, 1999; Barros *et al.*, 2004).

Muitas questões do questionário QLQ C-30 têm equivalência no SECEL, no entanto no SECEL as questões são mais detalhadas e proporcionam resultados mais concretos e pormenorizados

(Johansson *et al.*, 2008). Desta forma a utilização dos dois questionários permitirá uma informação mais completa. Com o questionário QLQ C-30 verificámos como é a qualidade de vida do doente. Com o SECEL conseguimos ir mais além e perceber as necessidades de intervenção especializada para a promoção da qualidade de vida. Os resultados desta correlação sugerem que o doente necessita de apoio emocional, de um acompanhamento pela equipa multidisciplinar, afim de aliviar a sintomatologia presente, habilitar o doente a comunicar, para retomar as suas actividades laborais, melhorar a sua sociabilidade, a auto-estima e a sua qualidade de vida (Bettinelli *et al.*, 2008). É desta forma evidente que a voz fica muito comprometida com a realização da laringectomia e que a voz é efectivamente o factor mais preponderante para a qualidade de vida, sendo o elo desencadeante de todos os outros factores.

CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade de vida dos indivíduos laringectomizados é um parâmetro muito importante para o desenvolvimento e a avaliação de tratamentos direccionados para o cancro da laringe (Fung *et al.*, 2005). Avaliar a qualidade de vida no laringectomizado não é fácil, pois esta depende de várias dimensões pessoais e altera-se de acordo com as prioridades de vida. No entanto, as sequelas de tratamentos para a doença oncológica modificam os aspectos sociais, emocionais e profissionais. A avaliação destas dimensões é de extrema importância para compreender a qualidade de vida e para estabelecer parâmetros de reabilitação e suporte para os doentes (Bráz *et al.*, 2005)

A qualidade de vida pode ser um conceito bastante subjectivo, mas a subjectividade não deve ser impeditivo para que sejam realizados estudos neste âmbito e aprimoradas as técnicas de mensuração de tal constructo, visto que isto poderá conduzir à estagnação deste tipo de investigação (Moreno & Lopes 2002). É impossível um questionário abranger todos os domínios sem comprometer o seu conteúdo ou estrutura. No entanto avaliar a qualidade de vida dos doentes é imprescindível para escolher alternativas de tratamentos e reabilitação de doentes, com o mínimo de sequelas (Paula & Gama, 2009).

Apesar de várias limitações percebidas ao longo deste estudo, foi possível atingir os objectivos anteriormente delineados, tendo sido possível compreender a qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe bem como encontrar alguns factores com ela relacionados. Verificámos que a idade mais comum para sofrer de cancro da laringe é na sexta década de vida e que a maioria dos doentes pertence às classes sociais mais baixas e com níveis de escolaridade reduzidos. A idade interfere com a qualidade de vida do doente laringectomizado, tendo em consideração que idades mais elevadas são preditivas de menor qualidade de vida. O facto do indivíduo se encontrar casado/união de facto, é considerado um factor com influência positiva na qualidade de vida. Os anos de laringectomia parecem melhorar o funcionamento social do doente, por uma questão de adaptação a esta condição de vida, no entanto, pelos resultados obtidos quantos mais anos de laringectomia pior é a qualidade de vida. A maioria dos indivíduos estudados utiliza a voz esofágica em detrimento da voz traqueoesofágica, sendo a presença de prótese fonatória relacionada com menor qualidade de vida. A realização de tratamentos antes da laringectomia prevê uma menor qualidade de vida, enquanto a realização de tratamentos após a cirurgia sugere melhor qualidade de vida. O enfermeiro é o profissional que por excelência presta mais ensinamentos no pós-operatório, sendo um elemento da equipa multidiscipli-

plinar fundamental no processo de adaptação e reinserção do doente. A maioria dos doentes adquire materiais e apoio especializado em hospitais, sendo o recurso comunitário existente mais utilizado. Os doentes revelam estar satisfeitos com os cuidados de saúde disponibilizados, mas mantêm a consciência de que os profissionais especializados nesta área são escassos e que o SNS não disponibiliza participações suficientes para aquisição de bens e materiais necessários. O factor que mais limita a qualidade de vida do doente é a voz, contudo pela aplicação do SECEL percebemos que os indivíduos apresentam uma adaptação moderada à sua nova forma de comunicação oral. Apesar do doente situar a sua qualidade de vida e saúde global num valor de 4 (numa escala de 0 a 7), o QLQ C-30 indica-nos que ambas são baixas nos indivíduos estudados. As dificuldades financeiras são destacadas várias vezes ao longo dos resultados, invocando que estas condicionam francamente a qualidade de vida. O doente necessita de um acompanhamento pela equipa multidisciplinar, com o objetivo de obter apoio psicológico, de aliviar a sintomatologia causadora de sofrimento, de habilitar o doente a comunicar, para retomar as suas actividades laborais, melhorar a sua sociabilidade, a auto-estima e a sua qualidade de vida.

Apesar dos doentes não o referirem, foi perceptível que o questionário foi demasiado extenso para os doentes. Os questionários foram preenchidos sobretudo por doentes que se encontravam em salas de espera para consultas. A preocupação do doente era responder ao questionário de forma rápida para voltar a ficar atento à chamada para a consulta. Alguns doentes recusaram participar no estudo com receio de perder a consulta ou de perder a sua vez.

A amostra é um pouco limitada para poder tirar conclusões mais avançadas sobre a qualidade de vida. Este é um problema de muitos estudos já efectuados, pois o doente com carcinoma da laringe tem pouca representatividade em relação a outras doenças oncológicas. Não foi possível uma amostra maior por condicionantes do tempo para realização da dissertação. Também os dados colhidos ocorreram mais no inverno, correspondendo à altura do ano em que o doente sai menos de casa devido às temperaturas frias e mau tempo que interferem com a sua respiração. Além disso os doentes são de locais muito distantes havendo dificuldades de mobilidade e financeiras que dificultam a sua deslocação ao hospital.

Segundo vária bibliografia existente, o questionário QLQ C-30 deveria ser utilizado em conjunto com o QLQ H&N 35 (Tendardini, 2010), no entanto, embora numa fase inicial fosse ponderada essa hipótese, não foi utilizado o QLQ H&N 35 por tornar o questionário demasiado extenso e

poder ser um factor negativo para adesão do doente ao estudo. Deste modo algumas informações não foram bem esmiuçadas por falta deste instrumento.

Em relação à tradução do questionário SECEL, verificamos que foi imprescindível para a sua aplicação à amostra estudada, contudo o resultado final desta tradução deverá ser analisado com algumas reservas tendo em conta o número de indivíduos inquiridos.

Como sugestão, fica a ideia e o desafio de promover a utilização do SECEL em investigações futuras. Este questionário é sensível à mudança e demonstra convergência nos resultados, é curto e pode ser utilizado de forma individualizada. Pode ser uma ferramenta valiosa para identificar doentes em risco de problemas psicossociais e para estabelecer estratégias de reabilitação, sendo recomendável para qualquer doente com cancro da laringe, independentemente do tratamento utilizado (Johansson *et al.*, 2008). Existem ainda poucos estudos que utilizem este instrumento. Será necessário proceder à tradução do questionário original em mais línguas para implementar a sua utilização. Também o desenvolvimento de novos e mais estudos sobre esta temática será importante.

O cancro da laringe é uma doença com uma dimensão considerável em todo o mundo, representando um grave problema de saúde pública. É urgente a existência de um maior controlo dos factores de risco e acções de formação com vista à profilaxia da doença.

Existe uma grande relação entre doentes laringectomizados e baixos índices de escolaridade e económicos, sendo um ponto de reflexão relativamente às necessidades de redução das desigualdades e promoção da saúde (Tentardini, 2010).

É emergente uma alteração nas políticas de participação e de gestão do SNS nos materiais utilizados pelo indivíduo laringectomizado total, tendo em conta que estes materiais são imprescindíveis para o conforto e segurança do doente, não existindo actualmente participações específicas para nenhum material. A assistência na saúde é um direito legítimo de qualquer cidadão, havendo ainda muito a fazer neste sentido. Nunca iremos atingir o ideal, porque a população aumenta e as suas necessidades mudam ao longo dos tempos. Concomitantemente é fundamental a formação de mais profissionais de saúde especializados nesta área, de modo a ser possível dar resposta ao número crescente de doentes.

Sugere-se a realização de mais estudos neste âmbito, com uma amostra superior, para ampliar o conhecimento e as reflexões sobre este tema.

Finaliza-se esta investigação na expectativa de ter contribuído um pouco mais para a qualidade de vida do doente laringectomizado total e de ter acrescentado novos dados à área de Oncologia. Espera-se que este trabalho seja a pedra de lançamento para novos estudos e que as limitações deste sejam as motivações dos próximos estudos. Existe a plena consciência de que a trajetória não chegou ao fim e de que outros estudos e reflexões são necessários para melhor entender a complexidade do ser humano.

A realização deste estudo foi de extrema importância e um grande desafio no âmbito pessoal, tendo proporcionado um aumento indiscutível dos conhecimentos na área abordada. Apesar da experiência clínica dentro desta temática, a realização do trabalho permitiu a compreensão de especificidades que serão cruciais nos cuidados de enfermagem prestados diariamente, de forma individualizada e especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarstad, A. K.; Aarstad, H. J.; Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow up. *Acta Oncol*, 47(5): p. 879-90
- Achette, Daniela; Menezes, Marcelo Benedito; Nakay, Mariane Yumi; Prandini, Bruno; Kikuchi, Wilian & Gonçalves, Antonio José (2009). Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe no pós-operatório tardio. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Ano IV Edição 3
- Acosta, Luis *et al.* (2009). Qualidade de vida no doente laringectomizado com mais de 5 anos de sobrevivência. *Rev. Port. Otorrinol. Cer. Cervicofac*, Volume 47, nº 1, pag. 33-38
- Alba, Luz Maria D. & Castro, Francisco Miguel R. (2008). Risk factors for developing laryngeal cancer in adult population at the hospital español in Mexico City. *Acta Otorinolaringol Esp.*59 (8), p.367-70
- Albanello, Luc *et al.* (1997). *Práticas e Métodos de investigação em Ciências Sociais* (1ª ed.). Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-554-8
- Aguiar-Ricz & Neto, Lílian (2009). Fonoterapia em Voz Traqueoesofágica. *III Encontro Nacional do Departamento de Voz da SBFa EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ÁREA DE VOZ*. Centro de Convenções B'Nai B'Rith, São Paulo, Brasil
- Agra, Ivan Marcelo Gonçalves; Ferlito, Alfio; Takes, Robert P.; Silver, Carl E.; Olsen, Kerry D.; Stoeckli, Sandro J...& Kowalski, Luiz P. (2012). Diagnosis and treatment of recurrent laryngeal cancer following initial nonsurgical therapy [Resumo]. *Head & Neck*. Volume 34, Issue 5, p. 727-735. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21739/abstract;jsessionid=31C1ACC01FA36C9BEBB0166E2448CE8F.d02t02>
- Anderson, Z. J.; Lassen, C. F. & Clemmensen, I. H. (2008). Social inequality and incidence of and survival from cancers of the mouth, pharynx and larynx in a population-based study in Denmark, 1994-2003 [Resumo]. *Eur J Cancer* 44 (14):p. 1950-61
- Attieh, Abdelrahim; Searl, Jeff; Shahaltough, Nada H.; Wreikat, Mahmoud M. & Lundy, Donna S. (2008). Voice restoration following total laryngectomy by tracheoesophageal prosthesis: effect on patients' quality of life and voice handicap in Jordan. *Health qual life outcomes*, 6: 26
- Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes; Santos, Daniela A; Amaral, Mariana Xavier; Gonçalves, António José & Bruscato, Wilse Laura (2004). Repercussões psicossociais em

pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. ISSN 1516-0858. *Rev. SBPH, volume.7, nº.1*. Rio de Janeiro

- Batalla, Faustino Núñez; Cueva, Maria Jesus C.; Gonzá; Pendás, José Luis L.; Gil, Carmen Gorriz, Llames, Aurora L.; Pantiga Ramon Alonso & Nieta, Carlos S. (2008). Voice quality after endoscopic laser surgery and radiotherapy for early glottic cancer: objective measurements emphasizing the Voice Handicap Index. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 265: p. 543-548
- Barros, Ana Paula Brandão; Angelis, Elisabete C.; Cruz-Lourenço, Maria Teresa; Rigon, Arlete R. S.; Nishimoto, Inês N. & Kowalski, Luiz Paulo (2006). Qualidade de Vida, Depressão e Hipotireoidismo pós Laringectomia total. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, volume 35, nº 1, p.26-31*
- Barros, Ana Paula Brandão; Portas, Juliana G. & Queija, Débora S. (2009). Implicações da traqueostomia na comunicação e deglutição. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, volume 38, nº 3, p. 202 – 207*
- Becher, Heiko *et al.* (2005). Occupation, exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and laryngeal cancer risk. *Int. J. Cancer: 116, p.451-457*. Wiley-Liss
- Belcher, E. Anne (1995). *Enfermeria e Câncer* (1.^a ed.). Mosby, Division de Times Mirror de Espana SA. ISBN 84-8086-161-4
- Bettinelli, L. A.; Tourinho, Filho H. & Capoani P. (2008). Experiências de idosos após laringectomia total. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 29 (2), p. 214-20*
- Bjordal, Kristin; Hammerlid, Eva; Ahlner-Elmqvist, Marianne; Graeff, Alexander; Boysen, Morten; Evensen, Jan F.; Biorklund, Anders; Leeuw, J. Rob J.; Fayers, Peter M. Magnus; Jannert, Westin Thomas; Kaasa, Stein (1999). Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *Journal of Clinical Oncology, Volume 17, Nº 3 (March), 1999: p. 1008-1019*
- Blanco, Mercedes Álvarez Buylla & Botas, Jesús Herranz González (2011). Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 62 (2), p.103—112
- Boccia, S.; Cadoni, G.; Sayed-Tabatabaei, F. A.; Volante, M.; Arzani, D.; Lauretis, S.... & Ricciardi, G. (2008). CYP1A1, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, EPHX1 exons 3 and 4, and NAT2 polymorphisms, smoking, consumption of alcohol and fruit and vegetables and risk of head and neck cancer. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology. Jan; 134 (1), p.93-100*. Disponível em <http://repub.eur.nl/res/pub/29363/>

- Boing, Antonio Fernando & Antunes, José Leopoldo Ferreira (2011). Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), p.615-622
- Bowling, Ann; Seetai, Sharon; Morris, Richard & Ebrahim, Richard (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, p. 310–315
- Brasil, Osiris Camponês & Manrique, Dayse (2004). O Câncer da Laringe é mais frequente do que se imagina. *Einsteinj*, 2(3), p. 224
- Bráz, Daniella Scalet Amorin; Ribas, Marta Maria; Dedivitis, Rogério Aparecido; Nishimoto, Inês N. & Barros, Ana Paula Brandão (2005). Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics* 60 (2), p.135-142
- Brown, J.; Bowling, A. & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. European Forum on Population Ageing Research.
- Calistro, Ednilson Rodrigues (2006). Assistência de enfermagem ao paciente submetido à laringectomia total: uma revisão da literatura. Batatais, Brasil
- Cancer research UK (2011). About Laryngeal Cancer - A Quick Guide. Adapted from Cancer Research UK's Patient Information Website CancerHelp UK
- Chustecka, Zosia (2009). Persistent favorable trends in cancer Mortality Rates in Europe. *Ann Oncol*. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/714484>
- Corry, J.; Peters, L. J. & Rischin, D. (2010). Optimising the therapeutic ratio in head and neck cancer. *Lancet Oncol*. 11(3): p. 287-91. 2010
- Cunha, Tiago (Sd). Disponível em http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=30
- Danker, Helge; Wollbrück, Dorit; Singer, Susanne; Fuchs, Michael; Brähler, Elmar & Meyer, Alexandra (2010). Social withdrawal after laryngectomy. [Resumo] *Journal: European Archives of Oto-rhino-laryngology* volume 267, nº. 4, p. 593-600. DOI: 10.1007/s00405-009-1087-4
- Davatz, Giovanna Castilho (2011). Reabilitação vocal e qualidade de vida em laringectomizados totais. Dissertação de mestrado. São Carlos, Brasil
- Dedivitis, Rogério A; Guimarães, André V.; Hushi, Gabriel D. & Fuza, Kátia R. (2000). Qualidade de Vida do Paciente Laringectomizado. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2348 - Volume 66 / Edição 1. ISSN 1806-9312
- Dedivitis, R. A. (2002). Anatomia da laringe. In: Dedivitis, R. A.; Barros, A. P. B. editores. *Métodos de avaliação e diagnóstico de laringe e voz*, p.5-6. Lovise, São Paulo

- Direcção Geral de Saúde (2009). Estatísticas: elemento estatísticos informação geral saúde 2007. Lisboa. ISSN 0872-1114. Disponível em www.canibaisereis.com/download/portugal-estatisticas-2007.pdf
- DeVita, V.T.; Hellman, S. & Rosenberg, S.A. (2005). *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. Volume 1. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Dietz, A.; Ramroth, Heribert; Urban, Tobias; Ahrens, Wolfgang & Becher, Heiko (2004). Exposure to Cement Dust, Related Occupational Groups and Laryngeal Cancer Risk: Results of a Population Based Case-Control Study. *Int J Cancer*. 108 (6), p.907 – 11
- Elci, O. C.; Akpınar-Elci, M.; Blair, A.; Dosemeci, M. (2003). Risk of Laryngeal Cancer by Occupational chemical Exposure in Turkey. *J Occup Environ Med*.45 (10), p.110-116
- Evitts, Paul M.; Kasapoglu, Kikret; Demirci, Ugur & Miller, Julia Sterne (2011). Communication adjustment of patients with a laryngectomy in Turkey: Analysis by type of surgery and mode of speech [Resumo]. *Psychology, health & medicine*. Volume16, nº6, p.650-660. Disponível em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=24785351>
- Fernandez-Mayoralas, G. *et al.* (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74. Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado->
- Finizia, Caterina; Bergman, Bengt & Lindstrom, Z. (1999). A Cross-sectional Validation Study of Self-evaluation of Communication Experiences after Laryngeal Cancer. A Questionnaire for Use in the Voice Rehabilitation of Laryngeal Cancer Patients. *Acta Oncologica Volume 38, Nº. 5, p. 573–580*. Scandinavian University Press 1999. ISSN 0284-186X
- Fortin; Marie Fabienne (1996). O processo da investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-x
- Francis, David O.; Maynard, Charles; Weymuller, Ernest A.; Reiber, Gayle; Merati, Albert L. & Yueh Bevan (2010). Reevaluation of Gastroesophageal Reflux Disease as a Risk Factor for Laryngeal Cancer. *The American Laryngological, Rhinological and Otolological Society*
- Franco, Netto G. (1998). On the need to assess cancer risk in populations environmentally and occupationally exposed to virus and chemical agents in developing countries. *Cad Saúde Pública 14 suppl 3, p. 87-98*
- Freedman, N. D.; Park, Y.; Subar, A. F. *et al.* (2008). Fruit and vegetable intake and head and neck cancer risk in a large United States prospective cohort study. *International Journal of Cancer 122 (10), p.2330-2336*

- Fung, Kevin; Lyden, Teresa H.; Lee, Julia; Urba, Susan G.; Worden, Frank; Eisbruch, Avraham... & Wolf, Gregory T. (2005). Voice and swallowing outcomes of an organ-preservation trial for advanced laryngeal cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. Volume 63, Issue 5, p. 1395–1399
- Furia, Cristina L. Barbosa (2006). Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo: estudo multicêntrico. Tese de Doutorado. São Paulo: FMUSP. *Radiol Bras*; 39(4):252
- Gadenz, Camila D.; Souza, Caroline H.; Cassol, Mauriceia; Martins, Vera B. & Santana, Márcia G. (2011). Análise da qualidade de vida e voz de pacientes laringectomizados em fonoterapia participantes de um grupo de apoio. *Distúrb Comun, São Paulo*, 23(2), p.203-215
- Garavello, Werner; Lucenteforte, Ersilia; Bosetti, Cristina; Talamini, Renato; Levi, Fabio; Tavani, Alessandra... & La Vecchia, Carlo (2009). Diet diversity and the risk of laryngeal cancer: a case-control study from Italy and Switzerland. *Oral Oncology (2009) volume 45*, p.85-89
- Garcia M.; Jemal, A.; Ward, E. M.; Center, M. M.; Hao, Y.; Siegel, R. L. & Thun, M. J. (2007). Global Cancer Facts & Figures 2007. *Atlanta, GA: American Cancer Society*
- Ghirardi, Ana Carolina de Assis Moura & Ferreira, Leslie Piccolotto (2008). Laryngectomized users of tracheoesophageal prosthesis: principal ans methods of specch-language pathology practice. *Applied Cancer Research, Volume 28, nº 4*
- Gomes, Thalita Augusta Borges Fernandes (2010). Qualidade de vida do laringectomizado traqueostomizado. Pontifícia universidade católica de Goiás pró-reitoria de pós-graduação e pesquisa coordenação de pós-graduação *stricto sensu* mestrado em ciências ambientais e saúde. Goiânia – Goiás, Brasil
- Goon, Peter K. C.; Stanley, Margaret A.; Upile, Tahwinder; Jerjes, Waseem; Bernal-Sprekelsen, Manuel; Görner, Martin & Sudhoff, Holger H. (2009). HPV & head and neck cancer: a descriptive update. *Head & Neck Oncology 1*, p.36
- Hannickel, Sabrina; Zago, Márcia Maria Fontão; Barbeira, Cláudia B. dos Santos & Sawada, Namei O. (2002). O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(3), p. 333-339
- Hashibe, Mia; Boffetta, Paolo; Zaridze, David; Shangina, Oxana; Szeszenia-Dabrowska, Neonila; Mates, Dana (2007). Contribution of Tobacco and Alcohol to the High Rates of

Squamous Cell Carcinoma of the Supraglottis and Glottis in Central Europe. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 165, Nº. 7 DOI: 10.1093/aje/kwk066

- Hashibe, Mia; Brennan, Paul; Chuang, Shu-chun; Boccia, Stefania; Castellsague, Xavier; Chen, Chu; Curado, Maria Paula... & Boffetta, Paolo (2009). Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 18 (2), p. 541-550. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-08-0347
- Hirvikoski, P.; Vintaniemi, J.; Kumpulainen, E.; Johansson, R & Kosma, V. M. (2002). Supraglottic and glottic carcinomas: clinical and biologically distinct entities? *Eur J Cancer*, 38, p.1717–23
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). As causas de morte em Portugal 2000
- Jayasuriya, C.; Dayasiri, MBKC; Indranath, N.; Jayasekara; D. D. N. P. & Lankamali, ELS (2010). The quality of life of laryngectomised patients. *Australasian Medical Journal AMJ*, p. 353-357.1
- Johansson, Mia; Rydén, Anna & Finizia, Caterina (2008). Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer. A longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. *BMC Cancer* 2008, 8:80
- Johansson, Mia (2010). Mental Adjustment and Health-related Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients: Quantitative and Qualitative Approaches. Department of Otorhinolaryngology Institute of Clinical Sciences at Sahlgrenska Academy University of Gothenburg
- Johnson, Newell (2001). Tobacco Use and Oral Cancer. A Global Perspective. *J Dent Educ*; 65 (4), p.328 – 339
- Johnston, N.; Dettmar, P. W.; Lively, M. O.; Postma, Gregory N.; Belafsky, Peter C.; Birchall, Martin & Koufman, Jamie A. (2007). Effect of pepsin on laryngeal stress protein (Sep70, Sep53, and Hsp70) response: role in laryngopharyngeal reflux disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 115, p.47–58
- Koskinen, W. J.; Brondbo, K. & Dahlstrand, Mellin H. (2007). Alcohol, smoking and human papillomavirus in laryngeal carcinoma: a Nordic prospective multicenter study [Resumo]. *J Cancer Res Clin Oncol*. 133 (9), p. 673-8
- Kvinnsland, Stener (2002). Programas Nacionales de lucha contra el cáncer: prefacio del secretario general de la unión internacional contra el cáncer. Disponível em www.who.int/cancer/media/en/423.pdf
- Leal, Carla Manuela da Silva (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos Açores

- Lee , Ka-Wo; Kuo, We Rei; Tsai, Shih-Meng; Wu, Deng-Chyang; Wang, Wen-Ming; Fang, Fu-Min...& ko, Ying-Chin (2005). Different impact from betel quid, alcohol and cigarette: Risk factors for pharyngeal and laryngeal cancer. *Int. J. Cancer: 117*, p. 831–836
- Lee, Yuan-Chin Amy; Boffetta, Paolo; Sturgis, Erich M.; Wei, Qingyi; Zhang, Zuo-Feng Zhang; Muscat, Joshua... & Hashibe, Mia (2008). Involuntary Smoking and Head and Neck Cancer Risk: Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 17*(8), p. 1974–1981. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-08-0047
- Lee, Yuan-Chin Amy; Marron, Manuela & Benhamou, Simone (2009). Case-Control Study Aerodigestive Tract Cancer Risks in a Multicenter Active and Involuntary Tobacco Smoking and Upper. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 18*:3353-3361. doi:10.1158/1055-9965.EPI-09-0910
- Lima, Elsa Maria Santos & Coelho, Maria José (2005). O cuidado de higiene da cabeça e pescoço no cotidiano do cliente com fístula faringocutânea. *Esc Anna Nery R Enferm 9* (2), p.287- 91
- Lima, R. A.; Dias F. L.; Kligerman, J.; Cervantes, O.; Tavares; Carvalho, M. B. & Freitas, E. Q. (2008). Câncer da Laringe: diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Projeto Diretrizes. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*
- Lore, Jonh & Medina, Jesus (2004). An Atlas of Head and Neck Surgery – fourth edition. *Elsevier Health Sciences*. ISBN-13: 9780721673196
- Lotempio, Maria M; Wang, Kevin H.; Sadeghi, Ahmed; Delacure, Mark; Juillard, Guy F.; Wang & Marilene B. (2005). Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg. volume 132 n° 6*, p. 948-953
- Macena, Francisco Cristiano Soares; Gondim, Augusto César dos Santos Barbosa; Oliveira, Lorena Sousa; Bernardes, Iselena Claudino; Branco, Mônica Danielly de Oliveira Castelo & Moreira, Jamacir Ferreira (2011). Mortalidade por câncer de laringe no estado de Paraíba nos anos de 1996 a 2007
- Maciel, Cristina T. V.; Leite, Isabel C. G. & Soares, Thais Vidal (2010). Câncer da laringe: um olhar sobre a qualidade de vida. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, volume 2, n°4*, p. 126 – 134
- Maier, H. & Tisch, M. (1997). Epidemiology of laryngeal cancer: results of the Heidelberg case-control study [Resumo]. *Acta Otolaryngol; 527(Suppl.)*, p.160-164

- Marconi, Marina *et al.* (1992). Metodologia do Trabalho científico. 4ª ed. São Paulo, Editora Atlas S. A.
- Martins, José Carlos Amado (2008). *O direito do doente à informação. Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem
- Mathers, Colin & Boshi-Pinto, Cynthia (2006). Global burden of cancer in the year 2000: Version 1 estimates. *World Health Organization Draft 15-08-06. Global Program on Evidence for Health Policy (GPE)*
- Matos, Roberta Evangelista de; Soares, Enedina; Castro, Maria Euridéa de; Fialho, Ana Virgínia de Melo & Caetano, Joselany Áfio (2009). Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro; 17 (2), p.176-81*
- Menvielle, G; Luce, D.; Goldberg, P.; Bugel, I. & Leclerc, A. (2004). Smoking, alcohol drinking and cancer risk for various sites of the larynx and hypopharynx. A case-control study in France [Resumo]. *Eur J Cancer Prev. Jun; 13(3), p.165-72*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15167214>
- Mineiro, Matinair Siqueira; Curado, Maria Paula; Martins, Edésio & Oliveira, J. C. (2010). Survival of oral cancer patients in a developing latin American city. *Applied cancer research; volume 30, nº 3*. Goiania, Brasil
- MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL (1995). Workshop 94: O envelhecimento, experiência inovadora em Portugal. Lisboa: CNAPTI. ISBN 972-8071-05-1
- Monahan, Frances Donova *et al* (2010). Phipps enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Loures: Lusociência, Volume II
- Moreno, Arlinda B. & Lopes Cláudia S. (2002) Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública Rep. public health; 18(1), p.81-92*
- Mork, J; Lie, kathrine; Glatte, Eystein; Hallmans, Göran; Jellum, Egil; ... & Dillner, Joakim (2001). Human papillomavirus infection as a risk factor for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2001, 344 (15), p.1125-31
- Müller, R.; Paneff, J.; Kollner, V. & Koch, R. (2001). Quality of life of patients with laryngeal carcinoma: a post-treatment study [Resumo]. *Eur Arch Otorhinolaryngol. 258, p.276—80*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11583465>

- Nemr, Katia; Oliveira, Alexandra Santos de & Rapoport, Abrão (2006). Desenvolvimento da voz esofágica em falante de mandarim sob a ótica da cognição e autonomia. *Revista CEFAC, volume 8, nº 1, p. 89-95* Instituto Cefac São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=169320516014>
- Nerm, Kátia (2009). Voz Esofágica e Cognição. III Encontro Nacional do Departamento de Voz da SBFa EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ÁREA DE VOZ. 26 e 27 de junho de 2009. Centro de Convenções B'Nai B'Rith. São Paulo
- Noronha, M. J. R. & Dias, F. L. (1997). Epidemiologia, etiopatogenia e fatores etiológicos do câncer da laringe - potencial para quimioprevenção. In: Noronha MJR, Dias FL, editores. Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter. p. 4-7
- Nunes, Emília (2006). Consumo do tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Clin Geral 2006; 22, p.225-44*
- Oliveira, Iára Bittante de; Costa, Claudiney Candido; Chagas, José Francisco Salles; Rochetti, Elaine Cristina Gonçalves & Oliveira, Luciane Otrante (2005). Comunicação oral de laringectomizados com prótese traqueoesofágica: análise comparativa pré e pós-treino - Pró-Fono *Revista de Atualização Científica, volume 17, nº 2*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v17n2/v17n2a04.pdf>.
- ONOFRE, F. (2011) Efeito do treinamento do canto em laringectomizados totais com prótese traqueoesofágica. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS] (1998). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS] (2002). PROGRAMAS NACIONALES DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, 2002. Disponível em www.who.int/cancer/media/en/423.pdf
- Otto, Shirley E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Ed. Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-12-6
- Parkin, D. M. & Bray, F. (2006). Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine 2006, 24 (Suppl 3), p.11-25*
- Paula, Flávia Chaud & Gama, Ricardo Ribeiro. (2009). Avaliação da qualidade de vida em Laringectomizados totais. *Rev. Bras Cir. Cabeça e Pescoço, volume 38, nº 3, p. 177 – 182*

- Pedrolo, F. T. & Zago, M. M. F. (2000). A imagem corporal alterada no laringectomizado: resignação com a condição. *Rev Bras Cancerol jul*; 46(4), p. 407-15
- Petruzzelli, G. J. (2009). Transoral laser microsurgery: applications in head and neck oncology. *Expert Rev Med Devices*, 6(6): p. 599-602
- Pimentel, Francisco Luís (2003). Qualidade de vida do doente oncológico. Dissertação de Doutoramento. Porto
- Pisani, P.; Bray, F. & Parkin D. M. (2002). Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*, 97, p.72-81
- Qadeer, M. A. ; Colabianchi, Natalie; Strome, Marshall ; Vaezi, Michael F. & Msepi, M. (2006). Gastroesophageal reflux and laryngeal cancer: causation or association? A critical review [Resumo]. *American Journal of Otolaryngology* Volume 27, p. 119-128. doi:10.1016/j.amjoto.2005.07.010
- Queiróz, Maria João (2003). Prevenção do cancro. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19, p.449-51
- Ramroth, Heribert; Dietz, Andreas & Becher, Heiko (2011). Intensity and Inhalation of smoking in the aetiology of laryngeal cancer. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 976_984. Issn 1660-4601
- REGISTO ONCOLÓGICO NACIONAL (2005). Publicado em 2009
- Relic, A.; Mazemda P.; Arens C.; Kooler M. & Glanz H. (2001). Investigating quality of life and coping resources after laryngectomy [Resumo]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258(10), p. 514-7. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/qa82prgp6xpu1vvf/>
- Ronis, David L.; Duffy, Sonia A.; Fowler, Karen E.; Khan, Mumtaz; Terrel & Jeffrey E (2008). Changes in Quality of Life Over 1 Year in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol head and neck surg/volume 134 (nº 3)*
- Rosa, Maria José da Silva *et al.* (1997). Estratégias face à inferiorização: Os laringectomizados. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. N.º 4. p. 45-52
- Rosenquist, K.; Wennerberg, Johan; Schildt, Elsy-Britt; Bladström, Anna; Hansson, Bengt Göran & Andersson, Gunilla (2005). Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol*, 125 (12), p.1327-36.
- Sankaranarayanan, R; Ramanakumar, A. V. & Yeole, B. B. (2003). Survival from glottic and supraglottic laryngeal carcinoma in Mumbai (Bombay) [Resumo]. *Oral Oncol* 39B, p. 656-63

- Santos, Cristina B.; Caria, Paulo H. Ferreira; Tosello, Darcy O. & Bérzin, Fausto (2010). Comportamento dos músculos cervicais em Indivíduos com fala esofágica e laringe artificial. *Rev. CEFAC. 2010 Jan-Fev; 12 (1), p.82-90*
- Santos, Maria Teresa Guedes dos; Luca Nascimento, Maria Aparecida de; Almeida de Figueiredo, Nebia Maria; Ghidini Junior, Rubens (2004). Transpondo a barreira do silêncio e da solidão do cliente Laringectomizado através das ações de enfermagem. Escola Anna Nery, *Revista de Enfermagem, volume 8, p. 464-469*. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio, Brasil
- Sapkota, A.; Hsu, C. C.; Zaridze, D.; Shangina, O.; Szeszenia-Dabrowska, N.; Mates, D....Hashibe, M. (2008). Dietary risk factors for squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in central and eastern Europe. *Cancer Causes Control. 19 (10), p. 1161-70*
- Sartor, Sergio Guerra; Eluf-Neto, José; Travier, Noemie; Filho, Victor Wunsch; Arcuri, Arline S. A.; Kowalski, Luis P. & Boffetta, Paolo (2007). Riscos ocupacionais para o cancer de laringe: um estudo caso-controle. *Cadernos de saúde pública volume 23, nº 6*. Rio de Janeiro
- Sennes, Luiz Ubirajara; Tsuji, Domingos H. & Guimarães, José Renato (1998). Câncer da Laringe: diagnóstico e tratamento. *Acervo da revista Volume 2, nº 2*
- Shim, Youn Sang M. D. (2004). R e c e n t A d v a n c e s i n M a n a g e m e n t o f L a r y n g e a l C a n c e r. *Cancer Research and Treatment; 36(1), p.13-18*
- Silva, Amanda Cruz; Abraão, Viviane & Rudnicki, Tânia (2009). A Inter-Relação entre Qualidade de Vida e Adequação Social em Laringectomizados. *Rev. SBPH volume 11 nº.2. Rio de Janeiro*
- Silva, Luciana de Souza Lima; Pinto, Maria Helena & Zago, Márcia M. Fontão (2002). Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório *Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(2), p.213-221*
- Smith, Ryan P. & Kayser, Christine Hill (2008). Laryngeal Cancer: The Basics. Affiliation: The Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania. Disponível em <http://www.oncolink.org/types/article.cfm?c=7&s=24&ss=185&id=9450&CFID=39779316&CFTOKEN=93316904>
- Stefani, Eduardo de; Boffetta, Paolo; Deneo-Pellegrini; Brennan, Paul; Correia, Pelayo; Oreggia, Fernando... & Mendilaharsu, Maria (2004). Supraglottic and Glottic carcinomas: epidemiologically distinct entities? *Int. J. Cancer: 112, p. 1065-1071*

- Stell, M. Philip. (1991). Total Laryngectomy. In: Silver, E. Carl. Laryngeal Cancer. *Thieme Medical Publishersinc. New York*. ISBN 0.86577-395-5.p 212-222
- Stevens, Alan & Lowe, James (1998). Patologia. 2ª Ed. São Paulo. Brasil. Editora Manole Lda. ISBN 85-204-0311-s
- Sorensen, K. & Luckmann, J. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Talamini, R.; Bosetti, C.; La Vecchia, Maso, Dal L.; Levi, F.; Bidoli, E.; Negri, E; Pasche C.; Vaccarella, S.; Barzans, L. & Franceschi, S. (2002). Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer causes and Control 2002; volume 13, p.957-964*
- Tentardini, Fabiana Tibolla (2010). Estudo Longitudinal da qualidade de vida e das condições de saúde bucal após o tratamento do câncer da cabeça e pescoço. Porto Alegre, 2010. Universidade federal do rio grande do sul. Faculdade de odontologia. Programa de pós graduação em odontologia. Brasil
- Termine, N; Panzarella, V.; Falaschini, S.; Russo, A.; Matranga, D.; Muzio, Lo & Campisi, G. (2008). HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988-2007). *Ann Oncol 2008, 19 (10), p.1681-90*
- Thu, K; Zwerling C. & Donham, K. (1998). Problemas de salud y pautas patológicas. In: organization internacional del Trabajo, editor. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Volume 3. Madrid: Ministério de trabajo y asuntos sociales; p.70.7-11*
- Torrente, Mariela C.; Rodrigo, Juan; Haigentz, M.; Dikkers, F.G.; Rinaldo, A.; Takes, R. & Ferlito, Alfioet. (2011). Human papillomavirus infection in laryngeal cáncer [Resumo]. *Periodicals, Inc Head Neck, 2011*. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21421/full>
- Veloso, Milene Maria Xavier (2001). Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer da mama. Universidade federal do Pará
- Vilaseca, I.; Chen, Ay & Backscheider, A. G. (2006). Long-term quality of life after total laryngectomy. Department of Otolaryngology, Hospital Clínic i Universitari, Barcelona, Spain. , *volume 28(4), p.313-20*
- Weymuller, Ernest A; Yueh, Bevan; Deleyiannis Frederic W. B.; Kuntz, Alice L.; Alsarraf, Ramsey & Coltrera, Marc D. (2000). Quality of Life in Head and Neck Cancer. *The Laryngoscope. Volume 110, volume 94, p. 4-7*
- Woodard, Troy D. (2007). Life After Total Laryngectomy A Measure of Long-term Survival, Function, and Quality of Life. *Arch Otolaryngol Head Neck surg/volume 133*

- Wunsch, V. (2004). *The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil*. *Sao Paulo Med J*, 122(5): p. 188-94
- Zago, Marcia Maria Fontão & Sawada, Namie Okino (1998). Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada/ Multiprofessional assistance for rehabilitation of laryngectomees communication ability. *Rev Esc Enferm USP*; volume 32(1), p. 67-72
- Zeka, A.; Eisen, E. A.; Kriebel, D.; Gore, R. & Wegman, D. H. (2004). Risk of Upper aerodigestive tract Cancers in a Case-Cohort Study of Autoworkers Exposed to Metalworking Fluids. *Occup Environ Med*. Volume 61(65): p. 426 – 31
- Zhang, Z.F.; Morgenstern, Hal & Spitz, Margaret R. (1999). Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999, volume 8 (12). p.1071-8
- Zhuo, Xian-Lu; Wang, Yan; Zhuo, Wen-Lei; Zhang & Xue-Yuan (2008). Possible Association of Helicobacter pylori Infection with Laryngeal Cancer Risk: an evidence-based Meta-analysis. [Resumo]. *Arch Med Res*, volume 39 (6), p.625-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662596>

ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA EORTC PARA A UTILIZAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO QLQ C-30**

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: nurse

Firstname: sandra

Lastname: antunes

Hospital/Institution: instituto portugues de oncologia de coimbra

Address: coimbra

County/State: portugal

Postal Code: 3200

Country: Portugal

Phone: 239 400 200

Fax:

Email: sandracristele8@hotmail.com

Protocol: quality of life in laryngectomy

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

Head and Neck Module (H&N35) in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

Addendum scoring instructions validated modules

If you are having technical difficulties please contact us by email:
qlqc30@eortc.be

ANEXO II – QUESTIONÁRIO QLQ C-30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO III - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SECEL

Dear Sandra...of course you have my permission to use and translate the SCEL into Portuguese. It has been translated into Swedish, Chinese, Spanish and A few other languages. As for the translation process, I am unsure as to how you might do that. I am not fluent in Portuguese so I can be of little assistance. What other researchers have done is to translate the work into their native language and then have a expert panel of 5 or 6 bilingual speakers who are also therapists, clinicians, physicians and come to a agreement/consensus on the wording of the Scale. You may need to do your own validity and reliability measures, but the SECEL appears from the reports to translate and be used reliability in a number of languages.

Thanks so much for continuing this work and for assisting those individuals surviving and living daily with head and neck cancer, especially laryngectomy. I applaud your efforts and wish you the best of success. If you could send me your results or simply keep me informed (when you publish your findings), that would be great! Again, good luck and thanks you for helping persons with laryngectomies improve the quality of the lives.

Gordon Blood

ANEXO IV – SECEL ORIGINAL

Appendix

Self-Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy

Personal Information

Name: _____ Date of Birth: _____

Sex: Male _____ Female _____ Race: _____

Primary means of communication

Esophageal speech _____ Tracheo-esophageal speech _____
 Artificial larynx speech _____ Other _____

Education completed:

Elementary school or less _____ Some high school _____ High school graduate _____ Some college _____
 College graduate _____ Graduate school or more _____

Are you currently employed:

Part time _____ Full time _____ Self-employed _____ Not employed _____
 Retired _____ Unpaid employment (volunteer work) _____

What was (is) your occupation? _____

Marital status and whether this is the first, second, etc., marriage:

Single _____ Married _____ (how long?) _____ Divorced _____ (how long?) _____
 Separated _____ (how long?) _____ Widowed _____ (how long?) _____

Date of cancer diagnosis? _____

What type of surgery did you have?

Total laryngectomy _____ Partial laryngectomy _____, what was removed? _____
 Radical neck dissection _____, left _____ or right _____ or both _____?
 Other _____

Instructions

Here are 35 statements about experiences with communication after a laryngectomy. These experiences have been reported by laryngectomees. Read each of the statements carefully and please draw a CIRCLE around the number that describes you NOW or in the last 30 days. It does not mean the past year or things that happened many years ago. The following example shows you how.

	Always	Often	Sometimes	Never
1. Do you have trouble speaking to family and friends?	3	2	①	0
2. Do you feel that people interrupt you because of your speech?	3	②	1	0

	Always	Often	Sometimes	Never
1. Are you relaxed and comfortable around other people in speaking situations?	3	2	1	0
2. Would you describe yourself as a low-keyed, calm person?	3	2	1	0
3. Are you an active, "outgoing," talkative person?	3	2	1	0
4. Do you admit to the person you are speaking to that you had a laryngectomy?	3	2	1	0
5. Do you think your speech improves with the amount of time you use it?	3	2	1	0
6. Do you find that you frequent clubs, meetings, or lodges less often because of your speech?	3	2	1	0
7. Do you have difficulty getting people's attention to speak?	3	2	1	0
8. Do you have difficulty yelling or calling out to people?	3	2	1	0
9. Do you find that people are unable to understand you?	3	2	1	0
10. Do you find you have to repeat things a number of times during conversations to be understood?	3	2	1	0

Do you have trouble with speaking:

11. in large groups of people?	3	2	1	0
12. in small groups of people?	3	2	1	0

	Always	Often	Sometimes	Never
13. with one person?	3	2	1	0
14. in different rooms of your house (apartment, residence)?	3	2	1	0
15. in loud or noisy places?	3	2	1	0
16. on the telephone?	3	2	1	0
17. in the car, bus or while traveling?	3	2	1	0
Does your speech cause you to:				
18. have difficulty when attending parties or social gatherings?	3	2	1	0
19. use the telephone less often than you would like?	3	2	1	0
20. feel left out when you are with a group of people?	3	2	1	0
21. limit your social life or personal life?	3	2	1	0
Does your speech cause you to feel:				
22. depressed?	3	2	1	0
23. frustrated when talking to family and friends and they can't understand you?	3	2	1	0
24. different or peculiar?	3	2	1	0
25. Do you hesitate to meet new people because of your speech?	3	2	1	0
26. Do you get left out of conversations because of your speech?	3	2	1	0
27. Do you avoid speaking with other people because of your speech?	3	2	1	0
28. Do people tend to fill in words or complete sentences for you?	3	2	1	0
29. Do people interrupt you while you are speaking?	3	2	1	0
30. Do people tell you that they can't understand you?	3	2	1	0
31. Do the people you speak with get annoyed with you because of your speech?	3	2	1	0
32. Do people avoid you because of your speech?	3	2	1	0
33. Do people speak to you differently because of your speech?	3	2	1	0
34. Do your family and friends fail to understand what it's like to communicate with this type of speech?	3	2	1	0
35. Do you talk the same amount now as before your laryngectomy?	YES	MORE	LESS	

Total Score _____

General Subscale (0-15) _____

Group mean Total Score for well adjusted patients is 36 with a standard deviation of 12. Any circled item can be used to identify counseling needs. In-depth counseling about adjustment to "new voice" is recommended for patients with scores above 60.

Environment Subscale (0-42) _____

Attitude Subscale (0-45) _____

Comments:

ANEXO V – 1ª TRADUÇÃO DO SECEL: INGLÊS-PORTUGUÊS

INSTRUÇÕES:

Apresento aqui 35 questões sobre experiências de comunicação após uma laringectomia.

Leia cada uma das declarações com cuidado e assinale com uma cruz no quadrado correspondente a cada questão que o descreve agora ou nos últimos 30 dias.

	sempre	Muitas vezes	Às vezes	nunca
1 . Sente-se relaxado e confortável junto de pessoas numa situação de conversa?				
2. Poderia descrever-se como uma pessoa reservada, calma, tímida?				
3. considera-se uma pessoa activa, faladora, sai muito?				
4. Admite com as pessoas com que fala que tem uma laringectomia?				
5. Acha que o seu discurso melhora à medida que vai utilizando/treinando a sua voz?				
6. Acha que frequenta menos bares, cafés, formações por causa da sua voz?				
7. Tem dificuldade em captar a atenção das pessoas para falar?				
8. Tem dificuldade em gritar ou chamar as pessoas?				
9. Sente que as pessoas não o conseguem entender?				
10. Acha que tem de repetir as coisas inúmeras vezes durante as conversas para que o compreendam?				
Tem problemas em falar:				
11. em grandes grupos de pessoas?				
12. Em pequenos grupos de pessoas?				

13. Com uma pessoa?				
14. Em diferentes divisões da sua casa (apartamento, residência)?				
15. Em espaços ruidosos ou barulhentos?				
16. Ao telefone?				
17. No carro, autocarro ou enquanto viaja?				
O seu discurso faz com que:				
18. tenha dificuldades em frequentar festas ou eventos sociais?				
19. use menos vezes o telefone do que gostaria?				
20. SE sintas deslocado quando estás num grupo de pessoas?				
21. Limite a sua vida social ou privada?				
O teu discurso faz com que se sintas				
22. Deprimido?				
23. Frustrado quando fala com família e amigos e eles não o conseguem compreender?				
24. Diferente ou peculiar?				
25. Hesitante em conhecer novas pessoas devido ao seu discurso?				
26. Fique de fora das conversas por causa do seu discurso?				
27. Evite falar com outras pessoas por causa do seu discurso?				
28. As pessoas tendem a acrescentar palavras ou a completar as frases por si?				
29. As pessoas interrompem-no quando estás a falar?				

30. As pessoas dizem-lhe que não o conseguem compreender?				
31. As pessoas com quem fala ficam aborrecidas por causa do seu discurso?				
32. As pessoas evitam-no por causa do seu discurso?				
33. As pessoas falam para si de forma diferente por causa do seu discurso?				
34. A sua família e amigos têm dificuldade em compreender como é comunicar com este tipo de discurso?				
35. Fala tanto como falava antes da laringectomia?	sim	mais	me- nos	

ANEXO VI – 2ª TRADUÇÃO DO SECEL: PORTUGUÊS-INGLÊS

INSTRUCTIONS:

Below are 35 questions regarding communication experiences after a laryngectomy.

Read each statement carefully and put a tick in the box corresponding to each question that describes it now or in the last 30 days.

	Always	Many Times	Sometimes	never
1. Do you feel relaxed and comfortable in conversation with other people?				
2. Would you describe yourself as a private, calm and shy person?				
3. Do you consider yourself an active, talkative person, who goes out often?				
4. Do you admit to people you talk to that you have a laryngectomy?				
5. Do you think your speech improves as you use/practice your voice?				
6. Do you think you go to less bars, cafés, and trainings due to your voice?				
7. Do you have difficulty capturing people's attention to talk to?				
8. Do you have difficulty in screaming or calling people?				
9. Do you feel people are not able to understand you?				
10. Do you think you have to repeat things several times during conversations in order for others to understand you?				
Do you have problems while talking:				
11. Among big groups of people?				
12. Among small groups of people?				
13. With one person?				

14. In different rooms of your house (apartment, student residence, house)?				
15. In noisy or loud spaces?				
16. On the telephone?				
17. In the car, on the bus or while travelling?				
Does your speech make you:				
18. Have difficulties attending parties or social events?				
19. Use the telephone fewer times than you wish for?				
20. Feel out of place when you are in a group of people?				
21. Limit your social or private life?				
Does your speech make you feel				
22. Depressed?				
23. Frustrated when talking with family and friends and they cannot understand you?				
24. Different or peculiar?				
25. Hesitant to meet new people because of your speech?				
26. You should stay out of conversations because of your speech?				
27. You should avoid talking to other people because of your speech?				
28. People tend to add words or phrases to complete sentences for you?				
29. People interrupt while you are speaking?				
30. People tell you they cannot understand you?				
31. People you talk to get bored because of your speech?				

32. People avoid you because of your speech?				
33. People talk to you differently because of your speech?				
34. Your family and friends have difficulty in understanding how it is to communicate with this type of speech?				
35. You talk as much as you used to before the laryngectomy?	yes	more	less	

ANEXO VII – 3ª TRADUÇÃO DO SECEL: INGLÊS-PORTUGUÊS

INSTRUÇÕES:

Em baixo estão 35 perguntas sobre experiência de comunicação após uma laringectomia.

Leia a seguinte afirmação cuidadosamente e assinale a caixa que melhor a define agora ou nos últimos 30 dias.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
1. Sente-se descontraída e confortável quando conversa com outras pessoas?				
2. Considera-se uma pessoa reservada, calma e tímida?				
3. Considera-se uma pessoa activa, faladora e que sai frequentemente?				
4. Confidencia às pessoas com quem fala que foi sujeita a uma laringotomia?				
5. Acha que a sua fala melhora com a continuação ou treino da fala?				
6. Acha que frequenta menos os bares, cafés e acções de formação por causa da sua fala?				
7. Tem dificuldade em atrair a atenção de outras pessoas com quem quer falar?				
8. Tem dificuldade em gritar ou chamar pessoas?				
9. Acha que as pessoas não a(o) percebem?				
10. Acha que necessita de se repetir algumas vezes durante uma conversa para que a percebam?				
Tem dificuldades enquanto fala:				
11. Em grandes grupos de pessoas?				
12. Em pequenos grupos de pessoas?				
13. Com uma pessoa?				

14. Nas várias divisões da sua casa (apartamento, residência de estudante, Casa)?				
15. Em locais barulhentos?				
16. Ao telefone?				
17. No automóvel, no autocarro ou enquanto viaja?				
Por causa da sua fala:				
18. Tem dificuldade em frequentar festas ou eventos sociais?				
19. Utiliza o telefone menos vezes do que desejaria?				
20. Sente-se marginalizada quando está com um grupo de pessoas?				
21. Limita a sua vida social ou privada?				
A sua forma de falar faz com que se sinta				
22. Depressiva?				
23. Frustrada quando conversa com familiares e amigos sempre que estes não a compreendam?				
24. Diferente ou peculiar?				
25. É hesitante em conhecer novas pessoas por causa da sua fala?				
26. Devia não participar na conversa por causa da sua fala?				
27. Devia evitar falar com outras pessoas devido a sua fala?				
28. As pessoas completam as suas palavras ou frases?				
29. As pessoas interrompem enquanto fala?				
30. As pessoas dizem-lhe que não a (o) percebem?				

31. As pessoas com quem conversa aborrecem-se por causa da sua fala?				
32. As pessoas evitam-na (o) por causa da sua fala?				
33. As pessoas falam para si diferente por causa da sua fala?				
34. A sua família e amigos têm dificuldade em compreender como é realmente comunicar com este tipo de fala?				
35. Fala tanto como falava antes da laringectomia?	Sim	Mais	Menos	

ANEXO VIII – SECEL FINAL NA VERSÃO PORTUGUESA

SECEL (Self-Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy)

INSTRUÇÕES:

Em baixo apresento 35 questões sobre experiências de comunicação após uma laringectomia. Estas experiências foram relatadas por laringectomizados. Leia cada uma das seguintes afirmações cuidadosamente e, por favor, desenhe um círculo em torno do número que melhor o descreve neste momento ou nos últimos 30 dias. Estas questões não dizem respeito a acontecimentos do ano passado ou de há vários anos. O seguinte exemplo explica-lhe como preencher o questionário:

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca
1. Tem problemas em falar com familiares ou amigos?	3	2	1	0
2. Sente que as pessoas o interrompem por causa da sua forma de falar?	3	2	1	0

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca
1. Sente-se descontraído(a) e confortável quando conversa com outras pessoas?	3	2	1	0
2. Considera-se uma pessoa reservada, calma, tímida?	3	2	1	0
3. Considera-se uma pessoa activa, faladora e que sai frequentemente?	3	2	1	0
4. Admite com as pessoas com quem fala que foi sujeito(a) a uma laringectomia?	3	2	1	0
5. Acha que o seu discurso melhora à medida que vai utilizando/treinando a sua voz?	3	2	1	0
6. Acha que frequenta menos bares, cafés e acções de formação por causa da sua voz?	3	2	1	0
7. Tem dificuldade em captar a atenção das pessoas quando está a falar?	3	2	1	0
8. Tem dificuldade em gritar ou chamar as pessoas?	3	2	1	0
9. Acha que as pessoas não o(a) conseguem entender?	3	2	1	0
10. Acha que tem de repetir as coisas inúmeras vezes durante as conversas para que o(a) compreendam?	3	2	1	0

	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca
Tem problemas em falar:				
11. Em grandes grupos de pessoas?	3	2	1	0
12. Em pequenos grupos de pessoas?	3	2	1	0
13. Com uma pessoa?	3	2	1	0
14. Em diferentes divisões da sua casa?	3	2	1	0
15. Em espaços ruidosos ou barulhentos?	3	2	1	0
16. Ao telefone?	3	2	1	0
17. No carro, autocarro ou enquanto viaja?	3	2	1	0
A sua forma de falar faz com que:				
18. Tenha dificuldades em frequentar festas ou eventos sociais?	3	2	1	0
19. Use menos vezes o telefone do que gostaria?	3	2	1	0
20. Se sinta deslocado (a) quando está num grupo de pessoas?	3	2	1	0
21. Limite a sua vida social ou privada?	3	2	1	0
A sua forma de falar faz com que:				
22. Se sinta deprimido (a)?	3	2	1	0
23. Se sinta frustrado (a) quando fala com família e amigos e eles não o (a) conseguem compreender?	3	2	1	0
24. Se sinta diferente ou peculiar?	3	2	1	0
25. Se sinta hesitante em conhecer novas pessoas?	3	2	1	0
26. Se sinta deslocado (a) das conversas?	3	2	1	0
27. Evite falar com outras pessoas?	3	2	1	0

28. As pessoas tenham a tendência a acrescentar palavras ou a completar as frases por si?	3	2	1	0
	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Nunca
29. As pessoas o (a) interrompam quando está a falar?	3	2	1	0
30. As pessoas dizem-lhe que não o (a) conseguem compreender?	3	2	1	0
31. As pessoas com quem fala ficam aborrecidas por causa do seu discurso?	3	2	1	0
32. As pessoas evitam-no (a) por causa do seu discurso?	3	2	1	0
33. As pessoas falam para si de forma diferente por causa do seu discurso?	3	2	1	0
34. A sua família e amigos têm dificuldade em compreender como é comunicar com este tipo de discurso?	3	2	1	0
35. Fala tanto como falava antes da laringectomia?	SIM	MAIS	MENOS	

ANEXO IX – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Questionário

O meu nome é Sandra Antunes, sou Enfermeira no IPO de Coimbra desde de 2003. Actualmente encontro-me a realizar mestrado em Saúde Pública e para a sua conclusão estou a realizar um estudo de investigação sobre a qualidade de vida do doente laringectomizado subordinado ao tema: “Qualidade de vida do doente laringectomizado por cancro da laringe e factores com ela relacionados”.

Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário. A sua colaboração é imprescindível para a realização deste trabalho pelo que solicito a sua colaboração para fazer parte deste estudo, através do preenchimento de um questionário, pedindo desde já desculpa pelo incómodo causado.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do seu interesse.

Por favor responda a todas as questões e de forma sincera para que o seu questionário seja válido. O questionário encontra-se segmentado em 3 partes e o seu preenchimento demorará cerca de 30 minutos.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Para qualquer questão pode contactar-me para: sandracristele8@hotmail.com

Consentimento informado

Eu _____ fui informado sobre os objectivos desta investigação, garantia de confidencialidade e carácter voluntário da minha participação e foi-me dada resposta satisfatória às questões que coloquei. Concordo em participar neste estudo, respondendo ao questionário e autorizando a utilização dos dados nas condições acima definidas.

Coimbra _____ (data) Assinatura: _____

Questionário sócio-demográfico

1. Idade: _____

2. Estado civil:

Solteiro Casado/União de facto Separado/Divorciado Viúvo

3. Com quem vive: _____

4. Habilitações literárias: Sabe ler e escrever 1º ciclo (4ª classe)

2º ciclo (6º ano) 3º ciclo (9º ano) Secundário (12º ano)

Licenciatura Mestrado Doutoramento

5. Encontra-se actualmente empregado?

Part-time A tempo inteiro Tem um negócio próprio Está desempregado

É reformado Realiza apenas voluntariados Nunca trabalhou

Neste momento a sua doença não lhe permite trabalhar

6. Como ocupa os seus tempos livres? _____

7. Há quanto tempo é laringectomizado? _____

8. Tem prótese fonatória? Sim Não

9. Qual o tipo de comunicação que utiliza mais?

Escrita Gestual Voz Esofágica Prótese Fonatória

Laringe Electrónica Voz murmurada ou siciada outras

10. Precisa de ajuda para cuidar do seu estoma no dia-a-dia?

Não Sim Se sim especifique:

Necessito de ajuda total para todos os cuidados

Necessito apenas de ajuda para alguns cuidados

11. Conhece alguma Associação ou outros grupos de Apoio direccionados para Laringectomizados?

Não Sim Se sim, está inscrito em alguma associação? Não Sim

12. Realizou algum tratamento?

Antes da cirurgia: Não Sim Quais? Quimioterapia Radioterapia

Após a cirurgia: Não Sim Quais? Quimioterapia Radioterapia

13. Antes de ser operado e ser submetido à laringectomia foi informado sobre o tipo de cirurgia que iria realizar?

Não Sim Se sim, que profissional de saúde lhe prestou essa informação? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Médico Enfermeiro Auxiliar de acção médica Terapeuta da Fala Assistente Social Psicólogo Psiquiatra Outro profissional de saúde

14. Após a sua operação foi ensinado a cuidar da laringectomia (quais os cuidados de higiene, os materiais a utilizar, os cuidados a ter no dia-a-dia, entre outros)?

Não Sim Se sim, que profissional de saúde lhe realizou este ensino? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Médico Enfermeiro Auxiliar de acção médica Terapeuta da Fala Assistente Social Psicólogo Psiquiatra Outro profissional de saúde

15. Durante todo este processo de cirurgia teve algum familiar presente para o apoiar e ajudar a cuidar da laringectomia? Não Sim

16. Teve acompanhamento por parte da Terapeuta da fala? Não Sim

17. Tem tido acompanhamento regular por um profissional de saúde para a laringectomia?

Não Sim Se sim que profissional de saúde o tem acompanhado mais? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Médico Enfermeiro Auxiliar de acção médica Terapeuta da Fala Assistente Social Psicólogo Psiquiatra Outro profissional de saúde

Se sim onde é que tem obtido mais acompanhamento? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Centro de Saúde Hospital Alguma associação específica

Instituições privadas Outras

18. Está satisfeito com os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados nas instituições públicas de saúde? Não Sim

19. Onde adquire o material que necessita diariamente para cuidar da sua laringectomia? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

Centro de Saúde Hospital Alguma associação específica

Faz aquisição pelos seus próprios meios Outras

20. Está satisfeito com as participações que o sistema nacional de saúde lhe atribui para aquisição de material? Não Sim

21. Está satisfeito com o tipo e qualidade de material que utiliza? Não Sim

22. Acha que os profissionais especializados na área são suficientes? Não Sim

23. Relativamente aos seguintes itens classifique quais os que interferem mais com a sua qualidade de vida, colocando uma cruz no quadrado que mais se adequar à sua situação:

	Nada	Pouco	Não sei	Bastante	Imenso
Auto-imagem					
Alimentação					
A voz					
A respiração					
O olfacto					
O paladar					
A sexualidade					
A relação com os outros					
A quantidade de secreções que expele					
Ter ajuda de um profissional de saúde com maior frequência					
A sua condição económica					
Ter apoio familiar					

Muito Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração

Sandra Antunes

ANEXO X – AUTORIZAÇÃO DA APLV

Ex^{mo} Sr^o Director da Associação Portuguesa dos Limitados da Voz,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira do Instituto Português de Coimbra, Francisco Gentil – Entidade Pública Empresarial, no serviço de Oncologia Médica desde 2003 e no Gabinete de Estomaterapia desde de 2008, encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema “A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados”, sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Professor Doutor Vitor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário.

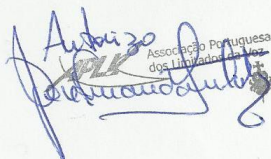
Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem a frequentar a vossa associação e que aceitem voluntariamente participar no estudo.

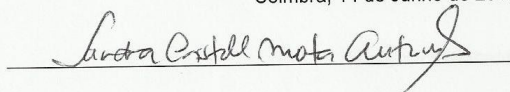
Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, se for do interesse da vossa associação.

Solicito deferimento

Coimbra, 14 de Junho de 2011

Autorizo
Associação Portuguesa
dos Limitados da Voz




**ANEXO XI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO IPOFG-F.G., E.P.E**

Ex^{mo} Sr^o Presidente do conselho de Administração do IPOC, FG – EPE,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira desta instituição no serviço de Oncologia Médica desde 2003 e Enfermeira do Gabinete de Estomaterapia desde 2008, encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema “A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados”, sob a orientação do Senhor Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Senhor Professor Doutor Vitor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem a frequentar a Consulta Externa e o Internamento de Radioterapia, o Serviço de Oncologia Médica e a Consulta de ORL (incluído consulta de Terapia da Fala e Gabinete de Estomaterapia) entre o mês de Junho e Novembro de 2011.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do interesse do serviço.

Junto anexo o Projecto de Investigação e os respectivos questionários.

Solicito deferimento

Coimbra, 17 de Junho de 2011

**ANEXO XII – AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR CLÍNICO DO SERVIÇO DE
ONCOLOGIA MÉDICA**

Ex^{ma} Sr^a Directora do serviço de Oncologia Médica do IPOC, FG – EPE,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira desta instituição no serviço de Oncologia Médica desde 2003 e Enfermeira do Gabinete de Estomaterapia desde 2008, encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados", sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Professor Doutor Vitor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^{ma} que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem internados no serviço entre o mês de Junho e Novembro de 2011.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do interesse do serviço.

Junto anexo o Projecto de Investigação e os respectivos questionários.

Solicito deferimento

Coimbra, 8 de Junho de 2011

Sandra Cristele Mota Antunes

Analisados o projecto apresentado,
consideramos de interesse e modo temos
a opinãõ sua sendo no vosso serviço de
Oncologia Médica. *MDR* 06/06/2011

ANEXO XIII – AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR CLÍNICO DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

Ex^{ma} Sr^a Directora do serviço de Radioterapia do IPOC, FG – EPE,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira desta instituição no serviço de Oncologia Médica desde 2003 e Enfermeira do Gabinete de Estomatoterapia desde 2008, encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados", sob a orientação do Senhor Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Senhor Professor Doutor Vítor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem a frequentar a Consulta Externa e o Internamento de Radioterapia, entre o mês de Junho e Novembro de 2011.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do interesse do serviço.

Junto anexo o Projecto de Investigação e os respectivos questionários.

Autografado.
Deve ser de
entrega ao Sr. Gil (Chefe
do Serv. de Radioterapia
II) para a realização.

17.6.2011

Solicito deferimento

Coimbra, 17 de Junho de 2011

Sandra Cristele Mota Antunes

**ANEXO XIV – AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO
GABINETE DE ESTOMATERAPIA**

Ex^{ma} Sr^a Enfermeira responsável pelo Gabinete de Estomatoterapia do IPOC, FG – EPE,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira desta instituição no serviço de Oncologia Médica desde 2003 encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados", sob a orientação do Senhor Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Senhor Professor Doutor Vitor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem a frequentar a Consulta de Estomatoterapia, entre o mês de Junho e Novembro de 2011.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do interesse do serviço.

Junto anexo o Projecto de Investigação e os respectivos questionários.

© Solicitação, a plácet do
desenvolvimento dos doentes
laringectomizados no Gabinete de
Estomatoterapia, pode ser realizada
desde que não interfira com o
sua funcionalidade do
serviço e me seja da
responsabilidade da
Instituição.

Solicito deferimento

Coimbra, 17 de Junho de 2011

Sandra Cristele Mota Antunes

2011-06-17
17-6-2011

**ANEXO XV – AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR CLÍNICO DO SERVIÇO DE CONSULTAS EX-
TERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

Ex^{mo} Sr^o Director do serviço de ORL do IPOC, FG – EPE,

Eu **Sandra Cristele Mota Antunes**, Enfermeira desta instituição no serviço de Oncologia Médica desde 2003 e Enfermeira do Gabinete de Estomaterapia desde 2008, encontro-me a realizar Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra. Actualmente estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A Qualidade de vida do Doente Laringectomizado total por cancro da Laringe e alguns factores com ela relacionados", sob a orientação do Senhor Professor Doutor José Carlos Amado e co-orientação do Senhor Professor Doutor Vitor Rodrigues. Com este trabalho pretendo adquirir informações novas e úteis para melhorarmos a qualidade dos cuidados ao doente laringectomizado tanto no âmbito hospitalar como no âmbito comunitário e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente.

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a que se digne a autorizar a aplicação de um instrumento de colheita de dados necessário ao estudo. Trata-se de um questionário a aplicar aos doentes laringectomizados que se encontrarem a frequentar a Consulta Externa de ORL, a consulta de Terapia da Fala e a Consulta de Estomaterapia, entre o mês de Junho e Novembro de 2011.

Todos os dados são anónimos e confidenciais sendo apenas utilizados para fins desta investigação, cumprindo deveres éticos e deontológicos de sigilo profissional.

Comprometo-me a disponibilizar o trabalho final para consulta e a fornecer informações sobre os resultados obtidos com o estudo, caso seja do interesse do serviço.

Junto anexo o Projecto de Investigação e os respectivos questionários.

Solicito deferimento

Coimbra, 8 de Junho de 2011

Sandra Cristele Mota Antunes

*9.6.2011
Nada a opor.
Rel: Director de ORL
1291*

IPOC - Otorrinolaringologia
Dr. Francisco Branquinho
Rub. <i>FC</i> 1291
N.º Mec.: 1291
<i>17/6/2011</i>
<i>10 h 30 m</i>

ANEXO XVI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPOC, FG – E.P.E



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Exma. Senhora
Enf. Sandra Cristele Mota
Antunes
Serviço de Oncologia Médica
IPO de Coimbra FG, EPE

ASSUNTO: Trabalho de Investigação intitulado "A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns factores com ela relacionados"

Relativamente ao trabalho de investigação "A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns factores com ela relacionados" alertamos para a necessidade de ficar arquivado no processo clínico do doente o Consentimento Informado, para que sejam cumpridas as exigências da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 29 de Junho de 2011

PEL'A COMISSÃO DE ÉTICA
O PRESIDENTE

(Dr. Jorge Martins)

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tip. C. Zézere, Lda - 02-2011=160 / 07-2011=160

ANEXO XVII – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO IPOC, FG – E.P.E



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Exma. Senhora
Enf. Sandra Cristele Mota Antunes
Serviço de Oncologia Médica
IPO de Coimbra FG, EPE

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de Projecto de Investigação intitulado "A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns factores com ela relacionados".

Em resposta ao V. pedido de 17/06/2011, sobre o assunto em epígrafe, informa-se que, com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética, da Direcção Clínica, da Direcção dos Serviços de Oncologia Médica, ORL e Radioterapia, da Responsável pelo Gabinete de Estomaterapia e do Gabinete Coordenador da Investigação, o Conselho de Administração autorizou a realização do projecto acima referido.

Mais se informa que os resultados do estudo deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação, após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos.

Coimbra, 21 de Julho de 2011

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. Silva)

CP

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod.-68 - Tip. C. Zézere, Lda - 02-2011=160 / 07-2011=160