



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REBECA MENDES MONTEIRO

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS LARINGECTOMIZADAS TOTAIS

TERESINA

2016

REBECA MENDES MONTEIRO

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS LARINGECTOMIZADAS TOTAIS

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Maria Helena Barros Araújo Luz.

TERESINA

2016

REBECA MENDES MONTEIRO

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS LARINGECTOMIZADAS TOTAIS

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Defesa em 28 de junho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Maria Helena Barros Araújo Luz
Universidade Federal do Piauí – Presidente

Profª Drª Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo – 1ª examinadora

Profª Drª Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Universidade Federal do Piauí – 2ª examinadora

Profª Drª Ana Maria Ribeiro Dos Santos
Universidade Federal do Piauí – Suplente

À Deus, por possibilitar a construção desse trabalho.
À minha filha Isabella, meus pais, Valdé e Plácido
pelo apoio incondicional, compreensão e força
constante. À Prof^a Maria Helena Barros Araújo Luz
pelo exemplo de determinação e amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por todas as bênçãos e graças concedidas durante toda a minha vida. Em especial por ter me escolhido para ser enfermeira, profissão que amo e que me faz feliz.

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Maria Helena Barros Araújo Luz**, exemplo de dedicação profissional à assistência e à docência. Agradeço pelos votos de confiança, compreensão e contribuição essencial para a minha formação assistencial e científica. À senhora toda a minha dedicação e respeito. Serei eternamente grata.

À **Prof^a Dr^a Elaine Maria Leite Rangel Andrade** pelo auxílio, incentivo, ensinamentos e paciência. A senhora foi um presente enviado por Deus para possibilitar a concretização desse sonho.

Às professoras **Dr^a Helena Megumi Sonobe, Dr^a Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Dr^a Ana Maria Ribeiro Dos Santos** pela atenção, ensinamentos e valiosa contribuição para a consolidação deste estudo.

A meus **pais**, Valdé e Plácido, sem os quais não teria chegado até aqui. Obrigada pelos incentivos diários, apoio, ensinamentos, disponibilidade e por ensinar-me a nunca desistir apesar das diversidades. À minha filha **Isabella**, meu impulso para as lutas diárias, pelo incentivo, alegrias, descobertas e compreensão das minhas ausências. Não existem palavras no mundo para demonstrar o meu agradecimento por todos esses anos de dedicação e carinho. Amo muito vocês!

Ao **Francisco**, que participou da minha trajetória apoiando, erguendo, incentivando e escutando meus anseios, dúvidas e desabafos. Obrigada pelo amor, companheirismo e paciência dispensados em todos os momentos. Essa conquista também é sua!

À minha **avó Socorro, tias Selene, Sofia e Nely** pelo exemplo de pessoas que são, pela fé inabalável em Deus, pelas palavras sempre sábias e acolhedoras e pelos momentos de risadas.

À toda a minha **família**, tios, primos, madrinhas que apesar da distância foram estímulos de luta, sempre torceram por mim e contribuíram para a minha formação humana e profissional.

À todos os meus queridos **amigos** do Cefet, da Igreja Batista Peniel e do Hospital São Marcos por ser fonte de estímulo, apoio e carinho. Em especial **Ana Maria, Mayara, Paulinho, Samara, Andiará e Carol Floriano**.

Aos meus **amigos de mestrado**, pelo respeito e apoio mútuo. Em especial a minha amiga **Katharinne** por construir comigo essa jornada, obrigada pelas risadas, conselhos, suporte, incentivo e aprendizados e experiências vivenciadas. Você foi fundamental nessa conquista.

Ao **Hospital São Marcos** por aceitar a realização da pesquisa, especialmente a atendente **Alessandra** que ajudou imensuravelmente na aproximação e acolhimento dos Laringectomizados totais. Sua participação foi fundamental para a coleta de dados!

À **Universidade Federal do Piauí** por contribuir com meu aperfeiçoamento profissional e todas as professoras do Programa de Pós –Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos aprendidos durante o mestrado. Aos funcionários Ruth e Leonardo que contribuíram para concretização deste trabalho.

Um agradecimento mais que especial a todos os **laringectomizados** e seus acompanhantes pela paciência, compromisso, ensinamentos, compartilhamentos e exemplos de vida adquiridos. Sem vocês essa pesquisa não seria possível.

À **todos** aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho, meus eternos agradecimentos.

**“Comece fazendo o que é necessário, depois o
que é possível, e de repente você estará
fazendo o impossível”
(São Francisco De Assis)**

RESUMO

No Brasil, a maioria dos casos de câncer de laringe é diagnosticada em estágio avançado e a laringectomia total (LT) é um dos principais tratamentos para esta doença que pode afetar a qualidade de vida (QV) das pessoas, por causar perda da voz, diversas alterações fisiológicas e estéticas. Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a QV de pessoas laringectomizadas totais com traqueostomia. Trata-se de pesquisa descritiva e transversal realizada em um hospital filantrópico de nível terciário de Teresina, no período de setembro 2015 a janeiro de 2016. A amostra foi constituída de 37 pessoas laringectomizadas totais e a coleta de dados realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante a aplicação de um instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica e do questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC QLQ-C30* (versão 3.0) e seu módulo específico para neoplasias de cabeça e pescoço *QLQ-H&N43*. Estatísticas descritivas foram utilizadas para análise das características sociodemográficas e clínicas e os testes não paramétricos para associação entre características sociodemográficas e clínicas e a QV e seus domínios, todos com nível de significância de $\alpha=0,05$. A maioria das pessoas laringectomizadas totais que participou deste estudo 34 (91,89%) era do sexo masculino, com média de idade de 62,76 anos (dp=11,24), casada ou em união estável 22 (59,45%), alfabetizada 25 (67,56%) e tinha renda pessoal de um salário mínimo ou mais 29(78,37%). No momento do diagnóstico, 36 (97,30%) estavam em estágio avançado da doença e a maioria fez quimioterapia associada a radioterapia 27 (72,97%). Em relação aos fatores de risco, 34 (91,89%) eram tabagistas antes do câncer de laringe e 35 (94,59%) ingeriam bebida alcoólica. A medida global de saúde foi 72,97 (dp=15,76) para o questionário QLQ C30 e o maior escore foi o da função cognitiva 85,58 (dp=18,91) e o sintoma mais afetado foi a fadiga 17,42 (dp 21,52). Para o QLQ HN43 problemas de fala foi o que apresentou o maior escore 53,29 (dp=27,02). Com exceção da religião, todas as variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas apresentaram diferença estatisticamente significativa em um ou mais domínios dos questionários aplicados. Conclui-se que a LT afeta a QV de laringectomizados totais e que há necessidade de intervenções de enfermagem para a completa reabilitação a essa nova condição.

Palavras- chaves: Laringectomia. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil, most cases of laryngeal cancer are diagnosed in advanced stage and total laryngectomy (TL) is one of the treatments for this disease that can affect the life quality (LQ) of people by causing loss of voice, various physiological and aesthetic changes. In this sense, this study aimed to evaluate the LQ of total laryngectomized people with tracheostomy. This is a descriptive and cross-sectional research carried out from September 2015 to January 2016 in a philanthropic hospital of tertiary level in Teresina. The sample consisted of 37 total laryngectomized people and data collection was conducted by applying a sociodemographic and clinical instrument and the European Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaire - EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and its specific module for head and neck cancer QLQ-H & N43. The research was conducted after the approval by the Research Ethics Committee. Descriptive statistics were used to analyze the sociodemographic and clinical characteristics; the nonparametric test for association between sociodemographic and clinics characteristics and LQ and their domains, all with $\alpha = 0.05$ significance level. Most of the laryngectomized people who participated in this study 34 (91.89%) were male, with a mean age of 62.76 years (SD = 11.24), married or in a stable union 22 (59.45%), alphabetized 25 (67.56%) and had personal income of a minimum wage or more 29 (78.37%). At diagnosis, 36 (97.30%) were in an advanced stage of the disease and most had chemotherapy associated with radiotherapy 27 (72.97%). Regarding risk factors, 34 (91.89%) were smokers before laryngeal cancer and 35 (94.59%) drank alcohol. The general health measurement was 72.97 (SD = 15.76) for the questionnaire QLQ C30 and the highest score was the cognitive function 85.58 (SD = 18.91) and the most affected symptom was fatigue 17.42 (SD 21.52). For the QLQ HN43, speech problems was the one with the highest score 53.29 (SD = 27.02). With the exception of religion, all sociodemographic and clinical variables investigated showed a statistically significant difference in one or more areas of the questionnaires. It is concluded that the TL affects LQ of total laryngectomized people and there is need for nursing interventions for the complete rehabilitation of this new condition.

Keywords: Laryngectomy. Quality of life. Nursing.

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1	Anatomia da Laringe. Teresina, 2016.....	17
Tabela 1	Caracterização sociodemografica dos participantes do estudo. Teresina, 2016.....	31
Tabela 2	Caracterização clínica dos participantes do estudo. Teresina, 2016.....	32
Tabela 3	Caracterização dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe. Teresina, 2016.....	33
Tabela 4	Média dos escores da escala EORTC C-30 e EORTC HN43. Teresina, 2016.....	34
Tabela 5	Associação das características demográficas com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016....	35
Tabela 6	Associação do estado civil com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	37
Tabela 7	Associação de cor com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	38
Tabela 8	Associação de escolaridade com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	39
Tabela 9	Associação de religião com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	40
Tabela 10	Associação de renda com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	41
Tabela 11	Associação de profissões com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	42
Tabela 12	Associação do tempo de diagnóstico com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	43
Tabela 13	Associação do estadiamento com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	44
Tabela 14	Associação do tipo de tratamento com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	45
Tabela 15	Associação da presença de complicações com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016....	46
Tabela 16	Associação da via de alimentação com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Delimitação do problema e construção do objeto de estudo	12
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos Específicos	15
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1 Aspectos anatomofuncionais da laringe e traqueia	16
2.2 Epidemiologia e fatores de risco do câncer de laringe	17
2.3 Laringectomia como modalidade terapêutica	20
2.4 Qualidade de vida: conceitos, instrumentos e importância	21
2.5 Assistência de enfermagem às pessoas laringectomizadas totais	23
3 METODOLOGIA	26
3.1 Desenho do estudo	26
3.2 Local e período do estudo	26
3.2.1 Características do local de estudo	26
3.3 População e amostra	26
3.4 Definição das variáveis envolvidas no estudo	27
3.4.1 Variável dependente	27
3.4.2 Variáveis independentes	27
3.5 Instrumentos de coleta de dados	28
3.5.1 Características sociodemográficas, clínicas e fatores de risco relacionados às pessoas laringectomizadas totais	28
3.5.2 Qualidade de vida de pessoas laringectomizadas totais	28
3.5.3 Teste piloto	29
3.6 Procedimentos para coleta dos dados	29
3.7 Análise dos dados	29
3.8 Aspectos éticos	30
4 RESULTADOS	31
4.1 Caracterização das pessoas laringectomizadas totais quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos	31
4.2 Identificação dos domínios de qualidade de vida afetados em função da laringectomia total a partir das escalas EORTC C-30 e EORTC HN43.	33
4.3 Associação entre as características sociodemográficas das pessoas laringectomizadas totais e os domínios de qualidade de vida	35
4.4 Associações entre as características clínicas das pessoas laringectomizadas totais e os domínios de qualidade de vida	43
5 DISCUSSÃO	49
6 CONCLUSÃO	57

REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	79
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
ANEXO A – ESCALA <i>EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER</i> - EORTC QLQ-C30	75
ANEXO B - <i>EORTC QOL MODULE FOR HEAD AND NECK CANCER</i> (QLQ-H&N 43)	77
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	79
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	83
ANEXO E - ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do problema e construção do objeto de estudo

Nos últimos anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude, elevados custos sociais e forte impacto negativo para o indivíduo, família, comunidade e a sociedade em geral. O aumento da expectativa de vida e a exposição da população mundial ao tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e álcool contribuíram significativamente para o maior risco de desenvolvimento destas doenças (WHO, 2010; BRASIL, 2011).

No Brasil, como nos outros países, as DCNT constituem problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2011; SCHMIDT et al, 2011).

Nesta perspectiva, o câncer está entre as DCNT responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira e constitui um problema de saúde pública complexo que o atual sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, com uma estimativa assustadora para o biênio 2016-2017 de 600 mil casos novos de câncer (INCA, 2015; INCA, 2012).

Dentre as diferentes topografias do câncer, e em decorrência das consequências associadas ao diagnóstico tardio, ao tratamento e a interferência na qualidade de vida (QV) do paciente, há hodiernamente um crescente destaque para a laringe. As neoplasias laríngeas representam cerca de 2% de todos os tipos de cânceres e estimam-se, para 2016, no Brasil, aproximadamente 7350 casos novos de câncer da laringe, sendo 6.360 em homens e 990 em mulheres. O risco estimado será de 6,43 a cada 100 mil homens e de 0,94 casos a cada 100 mil mulheres. Na região nordeste, este câncer é sexto mais incidente e no Piauí, essa estimativa é de 3.40 casos para cada 100 mil homens e 1.10 a cada 100 mil mulheres, superando no sexo feminino a estimativa nacional (INCA, 2015).

Atribui-se ao uso do tabaco, o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer em vias aerodigestivas e quando associado a ingestão do álcool, o risco é

potencializado. Histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, hábitos precários de higiene bucal, o abuso da voz, HPV, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, além de fatores ocupacionais como: exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta coadunam para o surgimento da neoplasia laríngea (SILVA et al, 2015; INCA, 2015; INCA,2012).

Na fase inicial, o câncer de laringe é geralmente oligossintomático, o que dificulta o diagnóstico precoce. O tratamento para câncer laríngeo é a quimioterapia, radioterapia e cirurgias, que podem ser utilizadas de forma isolada ou em associação, indicadas, principalmente, consoante a classificação e estadiamento da neoplasia (estágios I, II, III, IV). A quimioterapia é o tratamento sistêmico do câncer que é realizado de acordo com esquemas terapêuticos. A radioterapia consiste em irradiações locorregionais (BRASIL, 2015).

No tocante a cirurgia, segundo a portaria nº 516/ 2015 que aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço, a ressecção da laringe pode ser conservadora ou radical, nesta última, encontra-se a laringectomia total que consiste na ablação completa da laringe e seus anexos, com ou sem ressecção ganglionar (BRASIL, 2015). A referida terapêutica altera fortemente as três principais funções vitais da laringe: a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a oclusão da via aérea durante a fase faríngea da deglutição e a produção de voz.

Desta forma, a laringectomia total está associada a confecção de um estoma definitivo, a traqueostomia, para garantir a manutenção da função da respiração. Além de possibilitar a entrada e saída de ar, o traqueóstomo facilita a expectoração de secreção e em alguns casos é possível recuperar a voz através do uso de próteses ou válvulas fonatórias.

Entretanto, em decorrência da nova condição de laringectomizado total, a pessoa carrega consigo além da perda da voz e das diversas alterações fisiológicas e estéticas, um conjunto de fatores sócioemocionais que podem afetar o bem-estar biopsicossocial e influenciar intensamente os fatores que compõe a QV da pessoa laringectomizada (SILVA et al, 2015; PERNAMBUCO et al, 2012; LIMA; BARBOSA; SOUGEY, 2011).

Nesta ótica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como uma percepção individual de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (WHO,1993). É um conceito multidimensional e subjetivo que envolve não apenas o estado de saúde do laringectomizado ou o sucesso do tratamento, mas também a vida pessoal e a adaptação à cânula de traqueostomia e suas consequências.

Dada a importância da temática, atualmente observa-se aumento nos estudos nacionais relacionados ao perfil do câncer de laringe, tratamento, consequências e QV, fato que pode estar ocasionado pelas crescentes estatísticas nacionais de incidência da neoplasia de laringe e dos principais fatores de risco, tabagismo e etilismo assim como das consequências da terapêutica na vida diária. Vale ressaltar que, muitos estudos sobre a temática foram realizados em países europeus (Portugal e Espanha), onde o câncer de laringe possui significativa incidência (SILVA et al, 2015; CECATTO et al, 2014; ALMONACID; RAMOS; BORREGO, 2013; PERNAMBUCO et al, 2012; LIMA; BARBOSA; SOUGEY, 2011).

Regionalmente foram encontradas publicações dos estados de Pernambuco, Paraíba e Ceará sobre a temática, porém no Piauí, apesar de ser referência regional em saúde e oncologia, nenhum artigo sobre o tema foi localizado (SILVA et al 2016; PAIVA et al, 2015; MÉLO et al, 2013; BARBOSA; FRANCISO, 2011).

Assim posto, esta pesquisa debate a QV do laringectomizado total com traqueostomia e a necessidade de desenvolver medidas promotoras de saúde diante dessa problemática. Visa também fornecer subsídios para o desenvolvimento da assistência prestada ao laringectomizado e a implementação de estratégias de enfrentamento frente às dificuldades biopsicossociais vivenciadas no processo de reabilitação e restauração da QV.

Utilizaram-se as seguintes questões de pesquisa para construir essa investigação: Qual o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas laringectomizadas totais atendidas em um hospital de referência oncológica do Piauí? Quais domínios de qualidade de vida são afetados pela referida terapêutica? Existe associação entre as características sociodemográficas e clínicas de pessoas laringectomizadas totais com os domínios de QV?

A partir desses questionamentos, defende-se a seguinte hipótese: as pessoas laringectomizadas totais têm sua QV prejudicada em virtude da multiplicidade de repercussões associadas a este regime terapêutico.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida de pessoas laringectomizadas totais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as pessoas laringectomizadas totais quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e os principais fatores de risco;
- Identificar os domínios de qualidade de vida afetados em função da laringectomia total a partir dos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-H&N43.
- Investigar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas laringectomizadas totais com os domínios de qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Aspectos anatomofuncionais da laringe e traqueia

A laringe está localizada na região do pescoço, entre a quarta e sexta vértebra cervical, abaixo da faringe e acima da traqueia, constitui importante segmento do aparelho respiratório, funcionando como via aérea condutora, exerce função esfínteriana e fonatórias, além de impedir a entrada de partículas estranhas (SOBOTTA et al, 2012).

Para Dângelo e Fattini (2006) descrevem a laringe como órgão tubular que se estende da epiglote até a borda inferior da cartilagem cricóide, anterior a faringe e é continuada diretamente pela traqueia. Esta subdividida em três compartimentos: supraglote, glote e subglote. A supraglote é constituída pela epiglote, pregas ariepiglóticas, pregas vestibulares e avaléculas. A glote consiste nas pregas vocais, suas superfícies inferiores e as comissuras anterior e posterior. A subglote consiste na porção localizada a partir de 10mm inferior às pregas vocais até a traqueia.

Apresenta esqueleto cartilaginoso, no qual a maior cartilagem é a tireoide, constituída por duas lâminas que se unem anteriormente em V; a cartilagem cricoide é ímpar e tem um formato de um anel de sinete, situando-se inferiormente à cartilagem tireoide: a cartilagem aritenóide, uma de cada lado, é semelhante a uma pirâmide triangular de ápice superior e cuja base articula-se com a cartilagem cricóide. Outras cartilagens de menor importância fazem parte do esqueleto da laringe e, inclusive, podem ser encontradas pequenas cartilagens supranumerárias (SOBOTTA et al, 2012).

Na superfície interna é observado à presença de uma fenda anteroposterior, que leva a uma pequena invaginação, o ventrículo da laringe, que conseqüentemente está segregado em duas pregas a prega vestibular (superior) e a prega vocal (inferior). A porção da cavidade da laringe situada acima da prega vestibular é o vestíbulo, que se estende até o orifício de entrada da laringe, o ádito da laringe. A porção compreendida entre as pregas vestibulares e a vocal de cada lado da glote, enquanto aquela localizada abaixo das pregas vocais é a cavidade infraglótica que continua com a cavidade da traqueia (DANGELO; FATTINI; 2006; LUZ; SGROTT, 2010).

Em condições normais as pregas vestibulares são fazem parte da fonação, tendo função protetora. Para que se produza o som laríngeo, ao nível das pregas vocais, a laringe possui numerosos músculos intrínsecos que pode aduzir ou abduzir as pregas

vocais, isto é, podem aproximá-las ou afastá-las, respectivamente, além disso, podem provocar tensão ou relaxamento que interferem sobremaneira na tonalidade do som produzido (LUZ; SGROTT, 2010).

A traqueia é uma estrutura cilíndrica, constituída por uma série de anéis cartilagueiros incompletos em forma de C, sobrepostos e ligados entre si por ligamentos anulares. A parede posterior desprovida de cartilagem, constitui a parede membranácea da traqueia, que apresenta musculatura lisa. Tal como ocorre em outros órgãos a cartilagem oferece a traqueia rigidez suficiente para impedi-la de entrar em colapso e, ao mesmo tempo, unidas por tecido elástico, fica assegurado a mobilidade e a flexibilidade da estrutura que se desloca durante a respiração e com os movimentos da laringe (DANGELO; FATTINI, 2006). Embora seja um tubo mediano, a traqueia sofre desvio para a direita próximo a sua extremidade inferior, antes de dividir-se em brônquios principais.

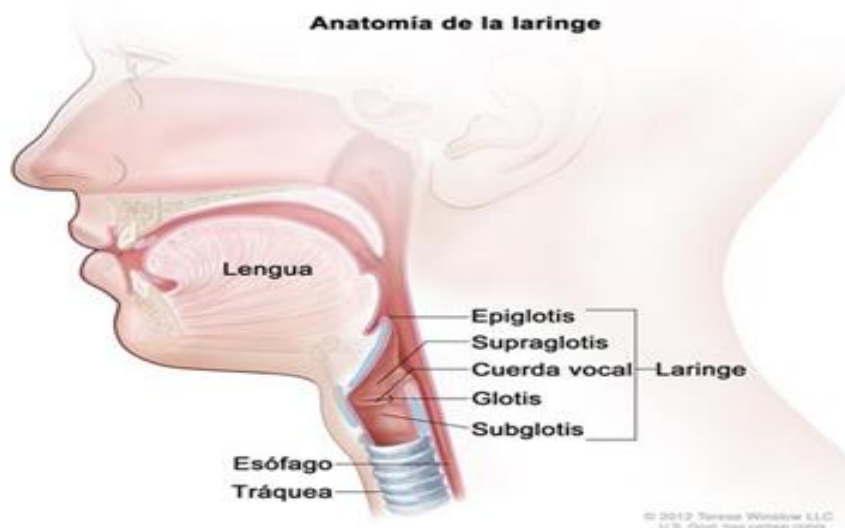


FIGURA 1- Anatomia da Laringe (Adaptado de www.cancer.gov/espanol/).

2.2 Epidemiologia e fatores de risco do câncer de laringe

O câncer de laringe é a neoplasia mais comum na região de cabeça e pescoço, representam mundialmente 2% dos tumores malignos e 25% dos tumores malignos de cabeça e pescoço, estimando-se que aproximadamente 644.000 novos casos de tumores de cabeça e pescoço sejam diagnosticados a cada ano (PRADO et al, 2012). No Brasil, a

estimativa da ocorrência é de aproximadamente 8.000 novos casos da doença por ano (PAULA; GAMA, 2009).

Nos Estados Unidos da América, segundo Matos, Castro Silva e Monteiro (2012) a *American Cancer Society* em 2008, diagnosticou 12.500 casos de tumor maligno da laringe e, 3670 doentes morreram, sendo a incidência ajustada à idade de 3,6 por cada 100.000 com uma mortalidade de aproximadamente 1,3 por cada 100.000 indivíduos.

Em uma perspectiva geral, Maciel et al (2013) em seus estudos afirmaram que, o número estimado de novos casos de câncer de laringe crescerá de 10 milhões, em 2000, para 15 milhões em 2020, tornando-o um problema a saúde pública. O Brasil é o segundo país em estatística desse fenômeno, sendo a Espanha o primeiro lugar.

Nacionalmente, segundo estimativa do INCA (2015), 6.360 casos novos de câncer de laringe em homens e 990 em mulheres ocorrerão em 2016. O risco estimado será 6,43 casos a cada 100 mil homens e de 0,94 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, em homens, o câncer de laringe ocupa a oitava posição em incidência entre os homens brasileiros e sexta posição em incidência na região Nordeste (INCA, 2015).

A literatura existente mostra preponderância na epidemiologia da doença em homens, sobretudo, com idade acima dos 40 anos. A taxa de incidência no sexo feminino não tem expressão significativa, com exceção da Dinamarca, Irlanda e Reino Unido, cuja incidência, neste sexo, tem alguma expressividade (MATOS; CASTRO SILVA; MONTEIRO, 2012).

Em estudos compilados pelo INCA (2015) aproximadamente dois terços desses tumores surgem na corda vocal verdadeira, um terço acomete a laringe supraglótica, e sua maioria é de origem epitelial do tipo carcinoma epidermóide, acrescentando ainda que quase 95% dos casos de câncer de laringe são do tipo histológico carcinoma de células escamosas e em menor frequência, os adenocarcinomas e alguns sarcomas (condrossarcomas).

Diante deste cenário, podemos destacar a existência de determinantes biológicos que podem ser considerados a etiologia da neoplasia de laringe, como por exemplo, gene supressor de tumor p53, a amplificação de 11q13 protooncogenes, cromossomo 9p21, 17p13, p16, a sobreposição proteico e DNA, a produção excessiva do fator de crescimento epidérmico, a sobreposição da proteína e IF4c. Entretanto, os fatores de risco decorrentes da exposição ao cigarro, ao álcool, toxinas, metais pesados, asbesto,

fibra de vidro, infecção por HPV são potenciais fatores de risco para o surgimento de alterações neoplásicas da laringe (MATA et al, 2012).

Para o INCA (2015) o álcool e o tabaco são considerados os principais fatores de risco. Fumantes têm 10 vezes mais chances de desenvolver câncer de laringe. Em pessoas que associam o fumo a bebidas alcoólicas, esse número sobe para 43. Hortense, Carmagnani e Bretas (2008), em seu estudo sobre neoplasia de laringe, explica esse fenômeno pelo fato do álcool e o tabaco exercerem efeitos sinergicamente maior nos tecidos que são diretamente expostos durante o consumo, tais como a boca, a faringe e a laringe.

Lenza et al (2012) mencionam que as pessoas que fumam apresentam um risco dez vezes maior de desenvolverem um câncer de laringe e, quando há associação da ingestão excessiva de álcool, o risco aumenta para o câncer supraglótico.

A exposição ao tabaco também representa um fator de risco para o desenvolvimento de complicações cirúrgicas perioperatórias, pois o cigarro influencia o desenvolvimento de eventos vasculares agudos, aumentando o trabalho do miocárdio, diminuindo o oxigênio entrega secundário ao monóxido de carbono, causando vasoconstrição coronária e libertando catecolaminas que prejudica a cicatrização de feridas cirúrgicas com por exemplo a traqueostomia (FIORINI et al, 2014).

Além disso, o tratamento com câncer de laringe, muitas vezes inclui uma combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, os pacientes etilistas e tabagistas têm dificuldade considerável tolerar esses tratamentos, pois aumenta a dificuldade de cicatrização de feridas, especialmente em uma população maior de 40 anos, população onde a incidência do câncer de laringe é maior (FIORINI et al, 2014).

Apesar de representar a doença maligna mais comum de cabeça e pescoço, os tumores de laringe possuem um bom prognóstico e elevado percentual de cura (de 80% a 100%) quando precocemente diagnosticado. Por outro lado, sabe-se que a taxa de sobrevida em cinco anos, que atualmente gira em torno de 65%, tem-se mantido estanque há três décadas (FRANCO et al, 2014; INCA, 2015).

Os programas de prevenção do câncer de laringe têm dado grande ênfase às ações educativas, sobretudo ao combate do tabagismo e do etilismo, porém muitos indivíduos continuam a adotar comportamentos que frequentemente podem prejudicar sua saúde a curto, médio e longo prazo.

2.3 Laringectomia como modalidade terapêutica do câncer de laringe

As modalidades terapêuticas, de modo geral, existentes para o câncer de laringe são a radioterapia, a quimioterapia e o tratamento cirúrgico, que podem ser combinadas ou não, a depender do sítio corporal desenvolvido, do estadiamento do tumor, e da condição clínica e social do paciente (FREITAS, 2012; INCA, 2015). Dentre os possíveis tratamentos cirúrgicos, destaca-se a laringectomia total, geralmente associada à radioterapia, indicada nos estádios III e IV da doença. Certamente, nenhuma dessas modalidades terapêuticas é isenta de efeitos colaterais ou de potenciais impactos na vida dos pacientes, entretanto, evidencia-se que os pacientes submetidos à laringectomia total desenvolvem sequelas funcionais, estéticas e psicológicas importantes (LIMA; BARBOSA; SOUGEY, 2011).

A laringectomia é classificada como parcial e total. As parciais englobam as técnicas em que parte da laringe é removida, preservando-se algumas funções vitais: condução do ar, proteção das vias aéreas inferiores na deglutição e na eliminação de secreções e corpos estranhos. A total implica remoção total ou quase total da laringe, é indicada quando há tumores supra glóticos ou glóticos T3 ou T4 de laringe, ou nos tumores T2 em que não existam condições para se realizar laringectomia parcial, o que possibilita o maior controle do câncer (BRASIL, 2015; MANFRO et al, 2006; NEMR; LEHN, 2005)

Para Catani (2011), desde o século 19, tratamentos cirúrgicos para essa patologia são descritos, sendo que a laringectomia total foi descrita por Billroth em 1873. Sua aceitação veio apenas na metade do século passado quando melhores alternativas para proteção intraoperatória das vias aéreas e facilidades na reposição de fluídos intravenosos ficaram disponíveis. Tendo em vista as necessidades destes pacientes o grande esforço nos últimos anos tem sido o desenvolvimento e validação de estratégias cirúrgicas e não cirúrgicas que possibilitem a maior taxa de cura associada com a preservação do maior número de funções fisiológicas da laringe

Apesar da eficácia dos métodos terapêuticos, toda modalidade de tratamento implica em riscos de complicações que podem acarretar mortes pós-operatórias imediatas ou em longo prazo. As complicações mais frequentes decorrentes do ato cirúrgico são infecções das feridas, fístula, pneumonias, deiscências e necrose de retalho. Dentre todas as complicações possíveis, as pulmonares acarretam risco elevado para óbitos em pós-operatório imediato ou recente devido ao risco de aspiração

pulmonar determinados pelas alterações anatômicas funcionais pós cirúrgicas, além da potencialização do risco em laringectomia totais por se constituir de cânceres avançados, debilitando o quadro clínico do paciente (DAVATZ, 2011; FREITAS, 2012; MACIEL et al, 2013).

Para mais, a laringectomia total apresenta como consequência a traqueostomia; alterações na deglutição, respiração, olfato e fonação, além de exercer influência na QV e atividades sociais dos pacientes e seus familiares. Essa soma de fatores funcionais, estéticos e psicossociais afetam intensamente os já abalados pacientes oncológicos (PAULA; GAMA, 2009).

2.4 Qualidade de vida: conceitos, instrumentos e importância.

A etimologia da palavra qualidade deriva do latim, e Ferreira (2010) significa “propriedade atributo ou condições das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza; [...] excelência de alguém ou de alguém ou de algo”; enquanto que a palavra vida humana significa “[...] existência; vida humana; espaço de tempo que vai desde o nascimento à morte; um dado período de vida”.

A expressão QV foi utilizada pela primeira vez, num livro publicado por Pigou, em 1929, intitulado “ *Economics Welfare*”, que tecia discussão do apoio governamental às pessoas de baixa condição socioeconômica e o impacto sobre suas vidas e sobre as finanças do estado (WOOD- DAUPHINEE, 1999; FREIRE 2014).

O termo QV remete à indicadores sociais objetivos tais como: expectativa de vida, desemprego, criminalidade, produto interno bruto, pobreza, escolaridade, jornada de trabalho, mortalidade perinatal, etc.

Nas últimas décadas, a QV tem se tornado o foco de crescente interesse em grandes áreas científicas, como as ciências econômicas, políticas, sociais e de saúde. O avanço tecnológico e a maior expectativa de vida são algumas das razões pelas quais há intensa preocupação com a qualidade de vida, o que lhe atribui múltiplos significados relacionados ao conhecimento e aos valores individuais ou coletivos divergentes em diferentes épocas, locais e histórias (LA GAMBA, 2011; MACHADO, 2014).

Para os referenciados estudiosos da temática, Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é a noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida, familiar, amorosa, social e ambiental e à própria

estética existencial, relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaço e histórias diferentes.

No âmbito da saúde, o uso da expressão qualidade de vida teve forte influência após o conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sob o entendimento de que estar com saúde não quer dizer somente a ausência de doenças, mas que deve ser entendida como condição de completo bem-estar físico, mental e social. Além disso, com o surgimento do grupo THE WHOQOL GROUP, a expressão qualidade de vida foi conceituada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; FREIRE, 2014), considerado completo, esse conceito de QV foi utilizado como norteador deste estudo.

Observa-se nas últimas décadas um crescente interesse na mensuração da qualidade de vida, no sentido de avaliar o impacto das enfermidades, disfunções ou incapacidades e intervenções terapêuticas, assim como de programas e políticas públicas na área de saúde. As informações obtidas podem influenciar decisões e condutas, que posteriormente servirão como indicadores de resultados na avaliação da efetividade de procedimentos e programas de saúde (FERNANDES; KIMURA, 2010).

Para medir a qualidade de vida diversos instrumentos foram desenvolvidos em forma de questionários padronizados, que podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos refletem o impacto de qualquer tipo de doença ou tratamento sobre os diferentes aspectos da qualidade de vida, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, ao planejamento e à avaliação de políticas públicas e programas de saúde. Os instrumentos específicos destinam-se à avaliação de determinados aspectos da qualidade de vida a capacidade de detectar, com maior especificidade, a melhora e a piora da área de estudo (AGUIAR et al, 2008; PASCHOAL, 2011).

Desta forma, o grupo de especialista em qualidade de vida da OMS considera que embora não exista uma definição consensual de qualidade de vida, há uma concordância entre os pesquisadores sobre algumas características do constructo, como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A característica de subjetividade significa que o conceito de qualidade de vida está centrado na percepção e experiências pessoais, sendo, portanto, o próprio indivíduo

a fonte mais fidedigna para emanar julgamento sobre a qualidade de sua vida (FLECK et al., 2008; PASCHOAL, 2011).

Em relação a multidimensionalidade, há consenso no meio acadêmico de que a qualidade de vida abrange pelo menos três dimensões: física, psicológica e social. Entretanto, ao avaliá-la outras dimensões podem ser incluídas por motivos conceituais, pragmáticos e/ou empíricos. Quanto à bipolaridade, refere-se as dimensões positivas e negativas contidas no constructo que podem ser empregadas em diversas condições, como dor, fadiga, dependência, autonomia, entres outros (PASCHOAL, 2011).

Além disso, do ponto de vista psicométrico, a confiabilidade e a validade são requisitos básicos em relação à correta escolha de qualquer instrumento de medida. A confiabilidade é definida como o grau de coerência e precisão com o que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir. Já a validade é a habilidade de um método de medida em medir o que se propõe (MACHADO, 2014).

No contexto da oncologia, qualidade de vida é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua incapacidade e a satisfação com o seu nível atual de funcionamento, o que faz com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal (KAMEO, 2006).

Considerando que o paciente oncológico apresenta alterações nas várias esferas da vida, ou seja, nos aspectos físicos, emocionais e sociais, são necessários estudos para mensurar as condições de vida de quem tem a sobrevida aumentada com o desenvolvimento e evolução dos tratamentos e modificações nas dimensões da qualidade de vida.

2.5 Assistência de enfermagem às pessoas laringectomizadas totais.

O adoecer humano constitui um evento de intensa ansiedade e insegurança, gerando alterações comportamentais significativas, e, quando a hospitalização é acrescida a essa situação, pode potencializar os sentimentos até então manifestos, pois traz consigo o afastamento do meio natural do homem adoentado. Assim, o cotidiano do homem fica completamente modificado em todos os níveis, tanto de necessidades básicas, gregárias de autoestima e autoimagem (FREITAS, 2012). Dessa forma, o cuidado ao homem laringectomizado com traqueostomia envolve tanto habilidades de observação e detecção precoce de sinais e sintomas de complicações, como também, de imediata intervenção.

Após a realização da laringectomia o paciente vive consequências mutilatórias, perdas reais ou simbólicas que influenciaram fortemente a QV do indivíduo, bem como da família que o cerca. Sequelas físicas, funcionais afetam o trabalho, o relacionamento familiar, os relacionamentos sociais e questões psicológicas destes pacientes que tem o traqueóstomo como estoma.

Comunicação verbal prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada, Mucosa oral alterada, Deglutição prejudicada, Risco para aspiração, Processo familiar alterado, Angústia espiritual, Adaptação prejudicada, são alguns dos diagnósticos de enfermagem encontrados nos pacientes laringectomizados no estudo de Silva, Pinto e Zago (2002), compondo um campo robusto para o desenvolvimento e planejamento de intervenções de enfermagem.

No que se refere a traqueostomia, de acordo com a Declaração Internacional dos direitos dos Estomizados, o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem especializados no período perioperatório, desde o hospital até a sua reabilitação em comunidades. Neste contexto a estomaterapia se destaca como especialidade (*latu senso*) privativa da prática do enfermeiro, instituída no Brasil em 1990, voltadas para a assistência às pessoas com estomia, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária, nos seus aspectos preventivos, terapêutico e de reabilitação (SOBEST, 2009).

Se observarmos a matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem há um diminuto envolvimento da assistência ao estomizado, e menor ainda é a atenção ao paciente com traqueotomias, fato que, coadunado ao número limitado de cursos de especialização em estomaterapia resultam em contingentes insuficiente para assistir de maneira eficaz e integral pacientes com traqueóstomos decorrentes de laringectomias total, seja na prática direta ou na gestão dos processos do cuidar.

Com objetivos melhorar os aspectos da QV o cuidado de enfermagem à pessoa com laringectomia deve direcionar-se para a identificação das reais necessidades e o estabelecimento de metas de cuidados adequados à sua reabilitação. Para Santos (2000), os princípios norteadores desse cuidado são: competência especializada do profissional, especialmente do enfermeiro; reabilitação e QV como suporte para o desenvolvimento do autocuidado e do cuidado compartilhado; o empoderamento do paciente e família para tomada de decisões; e a atuação multiprofissional de forma holística, singular e universal.

Desta forma, a enfermagem por demandar maior tempo com a pessoa laringectomizada, tem o papel importante na avaliação clínica da doença, do tratamento

e da monitorização de sintomas e efeitos colaterais da terapêutica. Debruçando-se juntamente com a equipe multidisciplinar sobre os múltiplos e dinâmicos determinantes da saúde, objetiva a minimização da vulnerabilidade e melhora as dimensões que permeia a QV de pessoas com laringectomia total, considerando-o como ser individual com uma história de vida própria, que pode determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais trabalhadas no processo de reabilitação.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Estudo exploratório, descritivo e transversal.

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico terciário de Teresina, no período de setembro 2015 a janeiro de 2016.

3.2.1 Características do local do estudo

O referido hospital é referência no tratamento oncológico em Teresina e fornece substancial e reconhecida contribuição para a saúde pública do Brasil, além de convênio com diversos planos de saúde, inclusive com o Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se por ser grande centro de saúde detentor de tecnologia avançada, cuja missão é oferecer serviços de excelência na saúde, com ênfase em oncologia, ensino e pesquisa, humanização e responsabilidade socioambiental. As atividades assistenciais acontecem no 3º andar do ambulatório desta instituição de saúde nos turnos da manhã e tarde, de segunda à sexta feira e são realizadas por equipe multiprofissional composta por médicos especialistas em cabeça e pescoço, odontologia e nutrição com atendimentos individualizados e previamente agendados.

3.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por todos os prontuários eletrônicos de pacientes cadastrados no Centro de Procedimentos de Dados (CPD) do hospital (n= 363), no período de janeiro de 2010 a setembro de 2015, com a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) número 32 e suas ramificações (32.0; 32.1; 32.2; 32.3; 32.8 e 32.9), referentes à neoplasia maligna da laringe. Deste total, foram excluídos 26 pacientes que moravam em outros estados e não tinham como se deslocar para Teresina para coleta de dados, 75 que não foram localizados, 147 que foram a óbito e 74 que não realizaram laringectomia total (LT).

No entanto, dos 41 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, apenas 31 compareceram ao local de coleta de dados previamente agendado, 01 após prévia autorização teve a aplicação dos instrumentos da pesquisa realizada em domicílio e 05 foram aplicados no ambulatório do hospital durante retorno para consulta. Desta forma, a amostra foi não probabilística, de conveniência e constituída de 37 pessoas laringectomizadas totais.

3.4 Definição das variáveis envolvidas no estudo

3.4.1 Variável dependente:

A – Qualidade de vida de pessoas laringectomizadas totais.

3.4.2 Variáveis independentes:

A – Variáveis sociodemográficas:

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Religião
- Escolaridade
- Cor
- Renda pessoal
- Profissão

B- Variáveis clínicas relacionadas à laringectomia total:

- Tempo de diagnóstico
- Presença de comorbidades
- Estadiamento da doença
- Tipo de tratamento
- Presença de complicação
- Tipo de complicação presente
- Via atual de alimentação

- Hábitos tabagistas
- Hábitos etilistas

3.5 Instrumentos de coleta de dados

3.5.1 Características sociodemográficas, clínicas e fatores de risco relacionados às pessoas laringectomizadas totais.

A caracterização sociodemográfica, clínica e os fatores de risco foi avaliada por meio da aplicação de um instrumento (Apêndice A) adaptado da literatura (SILVA; PINTO; ZAGO, 2002; SONOBE et al, 2001; LIMA; BARBOSA; SOUGEY, 2011; FREITAS, 2012; LENZA et al, 2012; MATA et al, 2012; INCA, 2012; PERNAMBUCO et al, 2012; CARVALHO, 2013; MACIEL et al, 2013; INCA, 2015).

3.5.2 Qualidade de vida das pessoas laringectomizadas totais

A QV foi avaliada por meio da aplicação do questionário geral *European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC QLQ-C30* (Anexo A) e seu módulo específico para neoplasias de cabeça e pescoço *QLQ-H&N43* (Anexo B).

O EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) foi traduzido e validado para o português do Brasil (SILVA, 2008) e é composto por 30 itens, englobados em 16 domínios que formam quatro escalas: Escala de Estado de Saúde Global e QV, Escala Funcional, Escala de Sintomas e Escala de Dificuldades Financeiras. Este questionário inclui sintomas específicos do câncer, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, imagem corporal, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico. As escalas do EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) seguem a seguinte pontuação de 1 – não, 2- pouco, 3- moderadamente e 4 –muito. Com exceção da escala saúde global que é composta por duas perguntas que pedem ao paciente que classifique sua saúde geral e QV na última semana, por meio de uma nota de 1 a 7, sendo 1 péssima e 7 ótima.

O QLQ H&N43 avalia dezenove domínios: dor, problemas de deglutição, problemas com os dentes, boca seca e saliva pegajosa, problemas com os sentidos, imagem corporal, comer social, problemas de fala, contato físico, problemas com os ombros, problemas com a pele, ansiedade, tosse, abrir a boca, contato social, linfedema,

perda de peso, problemas de cicatrização, problemas neurológicos. Consiste em 43 questões com quatro respostas possíveis tipo *Likert* de 1 (não) ponto a 4(muito) pontos. É considerado de aplicação mais longa que a de outros instrumentos de avaliação de QV pois, quando utilizado em associação com o questionário QLQ-C30, totalizam 73 perguntas que deverão ser respondidas no total (SINGER et al, 2015).

3.5.3 Teste piloto

Após a autorização dos autores para o uso dos questionários, os mesmos foram aplicados com 3 pacientes para verificar: a adequação das perguntas e média de tempo de aplicação.

3.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em duas etapas que serão descritas a seguir.

A etapa 1 consistiu no levantamento dos prontuários eletrônicos de pacientes com CID- 10 número 32 e suas ramificações (32.0; 32.1; 32.2; 32.3; 32.8 e 32.9), referentes à neoplasia maligna da laringe, no período de janeiro de 2010 a setembro de 2015, no CPD do hospital. Após, o próprio hospital fez contato por telefone com as pessoas, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, conforme regulamentação da instituição.

A etapa 2 consistiu no contato das pessoas identificadas no levantamento dos prontuários eletrônicos através de nova ligação, por meio de número fornecido para o hospital no momento da admissão. No total, seis tentativas de contato foram realizadas em turnos e dias diferentes e quando houve sucesso a entrevista do paciente foi agendada em data e horário de sua preferência no ambulatório do hospital. No caso de condições que inviabilizassem a ida da pessoa ao ambulatório, por exemplo, idade avançada e problemas de locomoção, e após a solicitação e autorização dos pacientes, a entrevista foi realizada no domicílio.

3.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram codificados e organizados no *Excel* e após dupla digitação, validados e exportados para o *Statistical Product and Service Solutions (SPSS 20.0) for Windows*.

Para análise dos dados de caracterização sociodemográfica, clínica e fatores de risco foram utilizadas estatísticas descritivas por meio do cálculo de frequências simples e relativas para as variáveis qualitativas e medidas de mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão para quantitativas. Para testar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. Como a distribuição dos dados não foi normal, para associação entre características sociodemográficas e clínicas e a QV e seus domínios foram utilizados os testes não-paramétricos *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e correlação de *Spearman*. Para todas as análises realizadas adotou-se o nível de significância de $\alpha=0,05$.

3.8 Aspectos éticos

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, o de constrangimento ou dano emocional durante uma entrevista ou uma observação, que serão contornados com atitudes de compreensão e abertura para remediar quaisquer constrangimentos. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem e em especial para a área de cuidados com estomas e a QV, assim como o reconhecimento da importância do participante no desenvolvimento da pesquisa, além de favorecer a interação social dos investigados.

Foram considerados os princípios norteadores e aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, recomendados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), garantindo a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas.

Ademais, o projeto foi apreciado e aprovado pela Instituição em que o estudo foi realizado e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o CAAE 48287715.2.3001.5214 (Anexo C)

4 RESULTADOS

4.1- Caracterização das pessoas laringectomizadas totais quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e fatores de risco.

No total, participaram do estudo 37 pessoas laringectomizadas totais, na maioria 34 (91,89%) homens, com média de idade de 62,76 anos (dp=11,24), cor parda 24 (64,86%) e procedentes do Piauí 23 (62,16%). Vinte e duas (59,45%) estavam casadas ou em união estável no momento da entrevista, 25 (67,56%) eram alfabetizadas e a maior parte 30 (81,08%) católica. Vinte e nove (78,37%) tinham renda pessoal de um salário mínimo ou mais e 27 (72,97%) exerceram profissões de risco para o desenvolvimento câncer de laringe (Tabela 1).

Tabela 01. Caracterização sociodemografica dos participantes do estudo. Teresina, 2016.

Variáveis	\bar{X} (dp)	Continua n (%)
Sexo		
Masculino		34(91,89)
Feminino		3(8,11)
Idade (anos)	62,76 (11,24)	
Cor		
Pardo		24(64,86)
Branco		7(18,92)
Negro		6(16,22)
Estado civil		
Casado/união estável		22(59,45)
Solteiro/viúvo/ separado		15(40,55)
Escolaridade		
Alfabetizado		25(67,56)
Não alfabetizado		12(32,44)
Religião		
Católica		30(81,08)
Evangélica		6(16,22)
Outras		1(2,70)
Renda pessoal		
Menos de um salário mínimo		8(21,63)
1 salário mínimo ou mais		29(78,37)
Profissão		
Com risco para o câncer de laringe		27(72,97)
Sem risco para o câncer de laringe		10(27,03)

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.

Variáveis	\bar{X} (dp)	Conclusão n (%)
Procedência		
Piauí		23(62,16)
Maranhão		9(24,32)
Ceará		2(5,41)
Outros		3(8,11)

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.

O diagnóstico de câncer de laringe foi estabelecido, na maioria dos casos 26 (70,27%) entre 2 e 3 anos. No momento do diagnóstico, 20 (54,05%) pessoas estavam em fase avançada T3 do estadiamento do tumor e 16 (43,23%) em T4. A maioria fez quimioterapia e radioterapia 27 (72,97%). Dezenove (51,35%) tinham alguma comorbidade, 13 (35,14%) apresentaram complicações após a laringectomia total e destes, 06 (46,15%) tiveram hemorragia. A via de alimentação atual mais referida foi a boca 34 (91,89%) (Tabela 2).

Tabela 02- Caracterização clínica dos participantes do estudo. Teresina, 2016

Variável	n (%)
Tempo de diagnóstico	
Menos de 1 anos	7(18,92)
De 2 a 3 anos	26(70,27)
Mais de 3 anos	4(10,81)
Estadiamento	
Inicial (T1, T2)	1(2,72)
Avançado T3	20(54,05)
Avançado T4	16(43,23)
Tipo de tratamento	
Quimioterapia e radioterapia	27(72,97)
Radioterapia	10(27,03)
Comorbidades	
Sim	19(51,35)
Não	18(48,65)
Complicação após a laringectomia total	
Sim	13(35,14)
Não	24(64,86)
Tipo de complicação	
Hemorragias	6(46,15)
Infecções	4(30,77)
Outras	3(23,08)
Via de alimentação	
Boca	34(91,89)
Uso de cateteres	3(8,11)

Em relação aos principais fatores de risco, a maioria 34 (91,89%) das pessoas era tabagista antes do câncer, o tempo médio de fumante foi de 33,91 (dp=11,80) anos, 22 (64,71%) fumavam mais de 1 maço de cigarros por dia e todos 37(100%) abandonaram o tabagismo após o câncer. Trinta e cinco (94,59%) ingeriam bebida alcoólica antes do câncer, o tempo médio de etilista foi de 34,91 (dp=13,55) anos, 19 (54,29%) bebiam 2 ou 3 vezes na semana e 2 (5,41%) continuaram a beber após o câncer (Tabela 3).

Tabela 03 – Caracterização dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe.. Teresina, 2016.

Variável	\bar{X} (dp)	n(%)
Hábito tabagista antes do câncer		
Sim		34(91,89)
Não		3(8,11)
Tempo que fumou (anos)	33,91(11,80)	
Fumava quantos cigarros por dia		
1 a 5 cigarros		3(8,82)
6 a 20 cigarros		9(26,47)
Mais de 1 maço		22(64,71)
Hábito tabagista depois do câncer		
Sim		0 (0)
Não		37(100)
Hábito etilista antes do câncer		
Sim		35(94,59)
Não		2(5,41)
Tempo que bebeu (anos)	34,91(13,55)	
Frequência da ingestão de bebida alcoólica		
1 x por semana		9(25,71)
2 ou 3 x por semana		19(54,29)
4 ou mais x ao dia		7(20,00)
Hábito etilista depois do câncer		
Sim		2(5,41)
Não		35(94,59)

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.

4.2 Identificação dos domínios de qualidade de vida afetados em função da laringectomia total a partir dos questionários EORTC C-30 e EORTC HN43.

Na escala EORTC-C30 o escore médio para a medida global de saúde foi 72,97 (dp=15,76). Em relação aos domínios de função e desempenho de papéis observou-se que o maior escore foi o da função cognitiva 85,58 (dp=18,91), enquanto que o domínio de função emocional apresentou o menor escore 64,19 (dp=23,23). No que se refere aos

domínios da escala de sintomas, fadiga apresentou o maior escore, 17,42 (dp 21,52), ao passo que, náuseas e vômitos tiveram menor escore 3,15 (dp= 7,70). Dificuldade financeira pontuou 39,64 (dp=39,16). Na escala EORTC HN43 observou-se que o domínio de problemas de fala foi o que apresentou o maior escore 53,29 (dp=27,02) e o domínio de problemas com o ombro apresentou o menor escore, 3,15 (dp=8,64) (Tabela 4).

Tabela 04 - Média dos escores das escalas EORTC C-30 e EORTC HN43. Teresina, 2016

Escore	Continua \bar{X} (dp)
EORTC C-30	
Medida global de saúde	72,97 (15,76)
Função física	74,77 (20,62)
Desempenho de papéis	65,77 (33,32)
Função emocional	64,19 (23,23)
Função cognitiva	85,58 (18,91)
Função social	66,22 (27,64)
Fadiga	17,42 (21,52)
Náuseas e vômitos	3,15 (7,70)
Dor	7,66 (12,17)
Dispneia	9,01 (23,11)
Insônia	27,93 (38,90)
Perda de apetite	10,81 (24,91)
Constipação	9,01 (20,26)
Diarreia	7,21 (17,80)
Dificuldade financeira	39,64(39,16)
EORTC HN43	
Dor	7,43 (10,72)
Problemas de deglutição	20,72 (28,64)
Problemas com os dentes	12,61 (16,80)
Boca seca e saliva pegajosa	30,18 (28,01)
Problemas com os sentidos	46,85(30,64)
Imagem corporal	34,83(25,68)
Comer social	15,99 (22,68)
Problemas de fala	53,29 (27,02)
Contato físico	37,84 (27,12)
Problemas com os ombros	3,15 (8,64)
Problemas com a pele	5,10 (11,59)
Ansiedade	45,95 (33,66)
Tosse	23,42 (32,27)

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.

Escore	Conclusão
	\bar{X} (dp)
Abrir a boca	9,01 (18,67)
Contato social	20,72 (29,76)
Linfedema	9,01 (16,94)
Perda de peso	27,03 (29,23)
Problemas de cicatrização	3,60 (10,49)
Problemas neurológicos	13,51 (27,73)

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.

4.3 Associação entre as características sociodemográficas das pessoas laringectomizadas totais com os domínios de qualidade de vida.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as características sociodemográficas sexo, estado civil, cor, escolaridade, religião, renda pessoal, profissão e os domínios de QV.

Em relação ao sexo, houve diferença estatisticamente significativa com os domínios dispneia ($p = 0,017$), constipação ($p = 0,013$) e problema com os ombros ($p = 0,005$) (Tabela 5). Quando correlacionado idade com os domínios de QV, houve significância estatística em função emocional ($p = 0,026$), dor ($p = 0,030$), boca seca e saliva pegajosa ($p = 0,021$).

Tabela 05– Associação das características demográficas com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016

	Sexo		Valor (p)*	Idade	
	Feminino	Masculino		(p)**	Valor (p)
	\bar{x} (dp)	\bar{x} (dp)			
EORTC C30					
Medida global de saúde	75.00 (25.00)	72.79(15.26)	0.844	-0,23	0.171
Função física	73.33 (17.64)	74.90(21.09)	0.822	-0,05	0.779
Desempenho de papéis	66.67 (44.10)	65.69(33.06)	0.865	-0,16	0.357
Função emocional	55.56 (41.11)	64.95(21.88)	0.933	-0,37	0.026
Função cognitiva	77.78 (25.46)	86.27(18.56)	0.467	-0,17	0.312
Função social	61.11 (53.58)	66.67(25.62)	0.887	-0,06	0.706
Fadiga	14.81 (16.97)	17.65(22.07)	0.954	0,03	0.842
Náuseas e vômitos	0.00 (0.00)	3.43(7.98)	0.434	0,06	0.744
Dor	5.56 (9.62)	7.84(12.47)	0.893	0,22	0.190
Dispneia	33.33 (33.33)	6.86(21.37)	0.017	0,02	0.915
Insônia	22.22 (38.49)	28.43(39.47)	0.777	0,26	0.119

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.* Teste U de *Mann-Whitney* ** Coeficiente da correlação de *Spearman*.

	Sexo		Valor (p)*	Conclusão	
				Idade	
	Feminino \bar{x} (dp)	Masculino \bar{x} (dp)		(p)**	Valor (p)
Perda de apetite	0.00 (0.00)	11.76(25.80)	0.392	0,26	0.124
Constipação	44.44 (38.49)	5.88(15.29)	0.013	0,28	0.088
Diarreia	0.00 (0.00)	7.84(18.46)	0.435	-0,11	0.503
Dificuldade financeira	22.22 (38.49)	41.18(39.41)	0.398	0,02	0.893
HN43					
Dor	13.89 (4.81)	6.86(10.95)	0.078	0,36	0.030
Problemas de deglutição	30.56 (26.79)	19.85(29.01)	0.542	0,14	0.411
Problemas com os dentes	7.41 (6.42)	13.07(17.40)	0.768	0,07	0.667
Boca seca e saliva pegajosa	27.78 (48.11)	30.39(26.74)	0.709	0,38	0.021
Problemas com os sentidos	50.00 (50.00)	46.57(29.52)	0.887	0,09	0.587
Fala	35.56 (23.41)	54.85(27.06)	0.241	0,17	0.300
Imagem corporal	37.04 (46.26)	34.64(24.28)	0.735	0,31	0.066
Comer social	27.78 (25.46)	14.95(22.55)	0.373	0,19	0.249
Contato físico	50.00 (28.87)	36.76(27.15)	0.436	0,12	0.489
Problemas com os ombros	16.67 (16.67)	1.96(6.82)	0.005	-0,02	0.921
Problemas com a pele	3.70 (6.42)	5.23(12.00)	0.824	0,31	0.060
Ansiedade	50.00 (44.10)	45.59(33.41)	0.821	0,25	0.138
Tosse	11.11 (19.25)	24.51(33.14)	0.576	0,03	0.865
Abrir a boca	22.22 (38.49)	7.84(16.53)	0.461	0,17	0.317
Contato social	33.33 (57.74)	19.61(27.36)	0.874	0,10	0.564
Linfedema	11.11(19.25)	8.82(17.03)	0.737	-0,15	0.384
Perda de peso	33.33 (0.00)	26.47(30.46)	0.419	0,32	0.051
Cicatrização	0.00 (0.00)	3.92(10.90)	0.535	0,21	0.217
Problemas neurológicos	11.11 (0.00)	13.73 (28.29)	0.824	0,09	0.246

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.* Teste U de *Mann-Whitney* ** Coeficiente da correlação de *Spearman*.

Em relação ao estado civil, houve diferença estatisticamente significativa com o domínio de medida global de saúde ($p=0,034$) da escala de EORTC C30 e com o domínio contato físico ($p=0,058$) da escala EORTC HN43 (Tabela 6).

Tabela 06– Associação do estado civil com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Casado/união estável \bar{x} (dp)	Solteiro/separado/viúvo \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	67.80(15.06)	80.56(13.97)	0.034
Função física	72.12(22.03)	78.67(18.38)	0.133
Desempenho de papéis	58.33(34.41)	76.67(29.41)	0.124
Função emocional	62.88(22.67)	66.11(24.69)	0.298
Função cognitiva	80.30(21.60)	93.33(10.54)	0.326
Função social	66.67(29.99)	65.56(24.77)	0.660
Fadiga	18.69(25.29)	15.56(15.02)	0.535
Náuseas e vômitos	3.03(8.35)	3.33(6.90)	0.558
Dor	6.06(10.97)	10.00(13.80)	0.974
Dispneia	15.15(28.60)	0.00(0.00)	0.234
Insônia	28.79(37.51)	26.67(42.16)	0.265
Perda de apetite	6.06(19.62)	17.78(30.52)	0.136
Constipação	10.61(23.87)	6.67(13.80)	0.654
Diarreia	6.06(13.16)	8.89(23.46)	0.503
Dificuldade financeira	37.88(40.23)	42.22(38.76)	0.497
HN43			
Dor	9.47(11.59)	4.44(8.83)	0.148
Problemas de deglutição	21.59(30.72)	19.44(26.29)	0.440
Problemas com os dentes	13.64(20.27)	11.11(10.29)	0.812
Boca seca e saliva pegajosa	31.06(27.84)	28.89(29.19)	0.678
Problemas com os sentidos	53.03(31.55)	37.78(27.79)	0.278
Fala	53.33(27.37)	53.22(27.45)	0.318
Imagem corporal	35.86(25.18)	33.33(27.22)	0.750
Comer social	15.15(21.77)	17.22(24.69)	0.739
Contato físico	44.70(28.35)	27.78(22.42)	0.058
Problemas com os ombros	3.79(8.81)	2.22(8.61)	0.638
Problemas com a pele	5.56(13.61)	4.44(8.19)	0.588
Ansiedade	50.00(36.73)	40.00(28.73)	0.616
Tosse	28.79(37.51)	15.56(21.33)	0.569
Abrir a boca	12.12(21.93)	4.44(11.73)	0.429
Contato social	24.24(32.82)	15.56(24.77)	0.491
Linfedema	9.09(15.19)	8.89(19.79)	0.946
Perda de peso	27.27(31.93)	26.67(25.82)	0.283
Cicatrização	3.03(9.81)	4.44(11.73)	0.603
Problemas neurológicos	13.64(33.58)	6.67(13.80)	0.524

\bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de *Mann-Whitney*

A cor apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios náuseas e vômitos e problemas com a pele, respectivamente $p= 0,023$ e $p= 0,041$, (Tabela 07).

Tabela 07– Associação da cor com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016

	Pardo \bar{x} (dp)	Negro \bar{x} (dp)	Branco \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30				
Medida global de saúde	74.31(15.72)	72.22(15.52)	69.05(17.82)	0.845
Função física	72.22(20.11)	72.22(18.09)	85.71(23.55)	0.129
Desempenho de papéis	64.58(34.51)	58.33(37.64)	76.19(26.97)	0.632
Função emocional	63.19(24.81)	65.28(16.17)	66.67(25.46)	0.969
Função cognitiva	86.11(16.05)	80.56(24.53)	88.10(24.93)	0.644
Função social	65.28(30.26)	63.89(24.53)	71.43(23.00)	0.863
Fadiga	13.43(19.10)	24.07(23.74)	25.40(27.00)	0.260
Náuseas e vômitos	0.69(3.40)	5.56(8.61)	9.52(13.11)	0.023
Dor	6.25(11.85)	13.89(16.39)	7.14(8.91)	0.420
Dispneia	5.56(16.05)	16.67(40.82)	14.29(26.23)	0.595
Insônia	30.56(41.61)	33.33(42.16)	14.29(26.23)	0.634
Perda de apetite	9.72(25.02)	0.00(0.00)	23.81(31.71)	0.140
Constipação	5.56(16.05)	5.56(13.61)	23.81(31.71)	0.161
Diarreia	9.72(20.80)	5.56(13.61)	0.00(0.00)	0.425
Dificuldade financeira	38.89(41.31)	55.56(40.37)	28.57(29.99)	0.459
HN43				
Dor	4.86(8.83)	13.89(16.39)	10.71(9.27)	0.090
Problemas de deglutição	19.79(27.45)	12.50(18.82)	30.95(39.30)	0.858
Problemas com os dentes	11.11(11.81)	12.96(21.56)	17.46(27.11)	0.883
Boca seca e saliva pegajosa	25.69(27.35)	33.33(31.62)	42.86(26.97)	0.348
Problemas com os sentidos	43.75(32.16)	55.56(22.77)	50.00(33.33)	0.548
Fala	53.75(29.10)	56.67(15.63)	48.81(29.92)	0.812
Imagem corporal	36.11(26.67)	46.30(25.74)	20.63(17.48)	0.148
Comer social	14.93(23.95)	16.67(21.73)	19.05(21.90)	0.601
Contato físico	35.42(28.37)	50.00(27.89)	35.71(22.42)	0.439
Problemas com os ombros	4.17(10.13)	2.78(6.80)	0.00(0.00)	0.519
Problemas com a pele	1.85(5.35)	7.41(13.46)	14.29(19.99)	0.041
Ansiedade	44.44(30.95)	72.22(25.09)	28.57(39.34)	0.053
Tosse	18.06(29.45)	33.33(42.16)	33.33(33.33)	0.301
Abrir a boca	8.33(17.72)	11.11(17.21)	9.52(25.20)	0.799
Contato social	20.83(29.18)	27.78(25.09)	14.29(37.80)	0.331
Linfedema	11.11(18.82)	11.11(17.21)	0.00(0.00)	0.259
Perda de peso	22.22(23.40)	33.33(42.16)	38.10(35.63)	0.554
Cicatrização	2.78(9.41)	0.00(0.00)	9.52(16.27)	0.214
Problemas neurológicos	8.33(24.57)	27.78(44.31)	4.76(12.60)	0.554

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste de *Kruskal-Wallis*

A escolaridade apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios de insônia ($p=0,007$), diarreia ($p=0,043$) e imagem corporal ($p=0,047$) (Tabela 8).

Tabela 08– Associação da escolaridade com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Alfabetizado \bar{x} (dp)	Não alfabetizado \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	71,33(15,79)	76.39(15.82)	0.286
Função física	76.53(20.92)	71.11(20.37)	0.342
Desempenho de papéis	69.33(31.06)	58.33(37.94)	0.427
Função emocional	63.67(23.92)	65.28(22.71)	0.657
Função cognitiva	82.67(21.77)	91.67(8.70)	0.458
Função social	70.00(23.57)	58.33(34.45)	0.320
Fadiga	20.89(23.86)	10.19(13.78)	0.199
Náuseas e vômitos	3.33(8.33)	2.78(6.49)	1.000
Dor	4.67(9.03)	13.89(15.62)	0.059
Dispneia	10.67(24.94)	5.56(19.25)	0.404
Insônia	17.33(34.85)	50.00(38.92)	0.007
Perda de apetite	10.67(23.01)	11.11(29.59)	0.849
Constipação	9.33(20.46)	8.33(20.72)	0.831
Diarreia	2.67(9.23)	16.67(26.59)	0.043
HN43			
Dificuldade financeira	36.00(38.39)	47.22(41.34)	0.424
Dor	5.67(8.24)	11.11(14.36)	0.330
Problemas de deglutição	17.33(30.04)	27.78(25.21)	0.141
Problemas com os dentes	12.00(16.95)	13.89(17.16)	0.757
Boca seca e saliva pegajosa	30.00(28.46)	30.56(28.28)	0.960
Problemas com os sentidos	46.00(29.38)	48.61(34.42)	0.642
Fala	50.07(29.61)	60.00(20.10)	0.312
Imagem corporal	28.00(20.32)	49.07(30.51)	0.047
Comer social	11.33(18.30)	25.69(28.31)	0.123
Contato físico	38.00(29.47)	37.50(22.61)	0.880
Problemas com os ombros	2.67(7.88)	4.17(10.36)	0.682
Problemas com a pele	6.67(13.61)	1.85(4.32)	0.364
Ansiedade	43.33(33.33)	51.39(35.15)	0.499
Tosse	24.00(35.38)	22.22(25.95)	0.800
Abrir a boca	9.33(20.46)	8.33(15.08)	0.839
Contato social	18.67(27.35)	25.00(35.18)	0.712
Linfedema	6.67(13.61)	13.89(22.29)	0.328
Perda de peso	25.33(27.69)	30.56(33.21)	0.701
Cicatrização	4.00(11.06)	2.78(9.62)	0.740
Problemas neurológicos	16.00(30.61)	0.00(14.21)	0.084

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de Mann-Whitney.

A religião não apresentou diferença estatisticamente quando comparada com os domínios de qualidade de vida

Tabela 09– Associação da religião com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016

	Católicos \bar{x} (dp)	Evangélicos \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	73.33(15.54)	70.83(19.54)	0.715
Função física	74.22(21.64)	80.00(16.33)	0.592
Desempenho de papéis	65.00(34.56)	66.67(31.62)	0.983
Função emocional	63.61(25.19)	66.67(13.94)	0.915
Função cognitiva	86.67(18.26)	80.56(24.53)	0.642
Função social	68.89(24.26)	52.78(42.71)	0.375
Fadiga	18.52(20.91)	11.11(27.22)	0.101
Náuseas e vômitos	3.33(8.07)	2.78(6.80)	0.974
Dor	7.22(12.13)	11.11(13.61)	0.401
Dispneia	4.44(14.47)	27.78(44.31)	0.097
Insônia	30.00(40.45)	22.22(34.43)	0.634
Perda de apetite	12.22(26.96)	5.56(13.61)	0.758
Constipação	8.89(19.44)	11.11(27.22)	0.951
Diarreia	7.78(18.94)	5.56(13.61)	0.948
Dificuldade financeira	34.44(38.64)	55.56(34.43)	0.196
HN43			
Dor	7.22(11.32)	9.72(8.19)	0.302
Problemas de deglutição	21.39(30.61)	20.83(19.54)	0.320
Problemas com os dentes	14.07(17.97)	7.41(9.07)	0.445
Boca seca e saliva pegajosa	30.00(28.16)	36.11(28.71)	0.556
Problemas com os sentidos	46.11(27.57)	58.33(41.83)	0.572
Fala	51.94(27.52)	65.56(21.26)	0.224
Imagem corporal	34.07(24.40)	42.59(33.27)	0.438
Comer social	17.78(24.24)	9.72(13.35)	0.636
Contato físico	37.78(26.96)	44.44(27.22)	0.508
Problemas com os ombros	3.33(9.18)	2.78(6.80)	0.888
Problemas com a pele	4.44(11.15)	9.26(14.77)	0.450
Ansiedade	43.89(32.89)	61.11(37.52)	0.262
Tosse	21.11(30.93)	38.89(38.97)	0.212
Abrir a boca	7.78(18.94)	16.67(18.26)	0.114
Contato social	16.67(25.89)	44.44(40.37)	0.072
Linfedema	7.78(16.80)	16.67(18.26)	0.151
Perda de peso	28.89(31.24)	22.22(17.21)	0.820
Cicatrização	3.33(10.17)	5.56(13.61)	0.640
Problemas neurológicos	10.00(27.89)	16.67(27.89)	0.433

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de Mann-Whitney

A renda pessoal apresentou diferença estatisticamente significativa com o domínio diarreia (p=0,005) da escala EORTC C30 e linfedema (p=0,008) da escala HN43 (Tabela 10).

Tabela 10– Associação da renda pessoal com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016

	Menos de 1 salário mínimo \bar{x} (dp)	1 salário mínimo ou mais \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	77.08(12.40)	71.84(16.58)	0.478
Função física	74.17(12.57)	74.94(22.51)	0.628
Desempenho de papéis	54.17(46.08)	68.97(29.12)	0.498
Função emocional	57.29(29.69)	66.09(21.35)	0.501
Função cognitiva	79.17(21.36)	87.36(18.18)	0.278
Função social	75.00(28.17)	63.79(27.48)	0.283
Fadiga	19.44(16.53)	16.86(22.93)	0.366
Náuseas e vômitos	2.08(5.89)	3.45(8.19)	0.729
Dor	12.50(14.77)	6.32(11.28)	0.211
Dispneia	0.00(0.00)	11.49(25.63)	0.167
Insônia	33.33(47.14)	26.44(37.14)	0.867
Perda de apetite	16.67(35.63)	9.20(21.63)	0.589
Constipação	8.33(15.43)	9.20(21.63)	0.746
Diarreia	20.83(24.80)	3.45(13.64)	0.005
Dificuldade financeira	41.67(46.29)	39.08(37.87)	0.969
HN43			
Dor	8.33(14.77)	7.18(9.64)	0.838
Problemas de deglutição	28.13(29.53)	18.68(28.58)	0.488
Problemas com os dentes	13.89(19.47)	12.26(16.36)	0.969
Boca seca e saliva pegajosa	31.25(28.78)	29.89(28.31)	0.864
Problemas com os sentidos	50.00(29.55)	45.98(31.39)	0.806
Fala	53.75(32.19)	53.16(26.07)	0.956
Imagem corporal	31.94(28.13)	35.63(25.44)	0.653
Comer social	26.04(29.02)	13.22(20.35)	0.230
Contato físico	47.92(27.37)	35.06(26.85)	0.293
Problemas com os ombros	4.17(11.79)	2.87(7.80)	0.999
Problemas com a pele	2.78(5.14)	5.75(12.81)	0.883
Ansiedade	39.58(35.57)	47.70(33.55)	0.549
Tosse	16.67(25.20)	25.29(34.10)	0.606
Abrir a boca	4.17(11.79)	10.34(20.13)	0.456
Contato social	16.67(25.20)	21.84(31.21)	0.769
Linfedema	20.83(17.25)	5.75(15.61)	0.008
Perda de peso	33.33(35.63)	25.29(27.68)	0.592
Cicatrização	0.00(0.00)	4.60(11.70)	0.273
Problemas neurológicos	8.33(15.43)	11.49(29.92)	0.806

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.* Teste U de Mann-Whitney

A profissão apresentou diferença estatística significativa com a escala EORTC HN43 nos domínios de imagem corporal (p=0,008), ansiedade (p=0,040) e linfedema (p=0,039) (Tabela 11).

Tabela 11– Associação da profissão com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Profissões com risco \bar{x} (dp)	Profissões sem risco \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	70.99(15.04)	78.33(17.21)	0.239
Função física	73.83(20.50)	77.33(21.82)	0.545
Desempenho de papéis	61.73(35.75)	76.67(23.83)	0.320
Função emocional	63.58(19.90)	65.83(31.78)	0.556
Função cognitiva	84.57(18.45)	88.33(20.86)	0.324
Função social	64.81(29.36)	70.00(23.31)	0.701
Fadiga	19.34(24.19)	12.22(11.05)	0.775
Náuseas e vômitos	2.47(6.03)	5.00(11.25)	0.631
Dor	9.88(13.28)	1.67(5.27)	0.069
Dispneia	9.88(25.84)	6.67(14.05)	0.831
Insônia	29.63(38.49)	23.33(41.72)	0.549
Perda de apetite	14.81(28.24)	0.00(0.00)	0.080
Constipação	9.88(20.29)	6.67(21.08)	0.467
Diarreia	9.88(20.29)	0.00(0.00)	0.109
Dificuldade financeira	43.21(39.02)	30.00(39.91)	0.370
HN43			
Dor	7.41(10.92)	7.50(10.72)	1.000
Problemas de deglutição	21.91(27.56)	17.50(32.74)	0.432
Problemas com os dentes	12.35(14.23)	13.33(23.31)	0.690
Boca seca e saliva pegajosa	32.72(27.14)	23.33(30.63)	0.315
Problemas com os sentidos	45.06(30.94)	51.67(30.88)	0.495
Fala	57.96(26.26)	40.67(26.19)	0.092
Imagem corporal	41.56(24.96)	16.67(18.33)	0.008
Comer social	17.28(23.67)	12.50(20.51)	0.432
Contato físico	40.74(26.69)	30.00(28.11)	0.264
Problemas com os ombros	2.47(7.60)	5.00(11.25)	0.472
Problemas com a pele	4.53(8.86)	6.67(17.53)	0.785
Ansiedade	53.09(34.29)	26.67(23.83)	0.040
Tosse	23.46(31.78)	23.33(35.31)	0.894
Abrir a boca	9.88(18.06)	6.67(21.08)	0.378
Contato social	24.69(32.81)	10.00(16.10)	0.268
Linfedema	12.35(18.83)	0.00(0.00)	0.039
Perda de peso	32.10(29.93)	13.33(23.31)	0.063
Cicatrização	3.70(10.68)	3.33(10.54)	0.924
Problemas neurológicos	11.11(24.91)	10.00(31.62)	0.524

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.* Teste U de Mann-Whitney.

4.4 Associações entre as características clínicas dos laringectomizados totais com os domínios de qualidade de vida.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as características clínicas tempo de diagnóstico, estadiamento do tumor, tipo de tratamento, presença de complicações e via de alimentação.

O tempo de diagnóstico apresentou diferença significativa positiva com o domínio função emocional ($p=0,014$; $\rho=0,40$) e negativa com os domínios náuseas e vômitos ($p=0,005$; $\rho=-0,45$), dor ($p=0,005$; $\rho=-0,45$), diarreia ($p=0,032$; $\rho=-0,35$), problemas de deglutição ($p=0,023$; $\rho=-0,37$) e linfedema ($p=0,007$; $\rho=-0,43$) (Tabela 12).

Tabela 12– Associação do tempo de diagnóstico com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	ρ^*	Continua Valor (p)*
EORTC C30		
Medida global de saúde	0,16	0,357
Função física	-0,11	0,518
Desempenho de papéis	0,28	0,097
Função emocional	0,40	0,014
Função cognitiva	-0,03	0,859
Função social	-0,05	0,764
Fadiga	-0,32	0,055
Náuseas e vômitos	-0,45	0,005
Dor	-0,45	0,005
Dispneia	0,23	0,174
Insônia	-0,24	0,160
Perda de apetite	-0,19	0,262
Constipação	0,14	0,392
Diarreia	-0,35	0,032
HN43		
Dificuldade financeira	-0,05	0,767
Dor	-0,21	0,223
Problemas de deglutição	-0,37	0,023
Problemas com os dentes	0,01	0,941
Boca seca e saliva pegajosa	-0,28	0,093
Problemas com os sentidos	-0,20	0,234
Fala	-0,11	0,516
Imagem corporal	-0,23	0,167
Comer social	-0,29	0,079

Legenda: * Coeficiente de correlação de Spearman

	ρ^*	Conclusão Valor (p)*
Contato físico	-0,19	0,265
Problemas com os ombros	0,31	0,064
Problemas com a pele	-0,30	0,072
Ansiedade	-0,06	0,704
Tosse	-0,30	0,069
Abrir a boca	0,10	0,558
Contato social	0,00	0,997
Linfedema	-0,43	0,007
Perda de peso	-0,30	0,069
Cicatrização	0,06	0,738
Problemas neurológicos	-0,19	0,268

Legenda: * Coeficiente de correlação de *Spearman*.

O estadiamento do tumor apresentou diferença estatística significativa com os domínios medida global de saúde (p= 0,006), função física (p= 0,004), desempenho de papéis (p= 0,022), função cognitiva (p=0,004), dispneia (p=0,003), insônia (p=0,008), imagem corporal (p=0,005), comer social (p=0,009), problemas com os ombros (p=0,020), ansiedade (p=0,004) e linfedema (p=0,020) (Tabela 13).

Tabela 13– Associação do estadiamento com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Estádio III \bar{x} (dp)	Estádio IV \bar{x} (dp)	Continua Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	78.75(13.38)	64.06(13.85)	0.006
Função física	83.33(16.68)	63.75(20.94)	0.004
Desempenho de papéis	75.83(31.29)	52.08(32.70)	0.022
Função emocional	71.67(19.76)	58.33(21.94)	0.070
Função cognitiva	93.33(13.68)	78.13(19.92)	0.004
Função social	69.17(26.09)	60.42(29.11)	0.372
Fadiga	11.11(14.42)	25.69(26.83)	0.072
Náuseas e vômitos	2.50(8.16)	4.17(7.45)	0.279
Dor	5.00(9.52)	11.46(14.55)	0.163
Dispneia	0.00(0.00)	20.83(31.91)	0.003
Insônia	15.00(33.29)	45.83(40.14)	0.008
Perda de apetite	5.00(12.21)	18.75(34.36)	0.310
Constipação	6.67(13.68)	12.50(26.87)	0.854
Diarreia	11.67(22.36)	2.08(8.33)	0.128
Dificuldade financeira	35.00(38.20)	47.92(40.31)	0.327

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de *Mann-Whitney*.

	Estádio III \bar{x} (dp)	Estádio IV \bar{x} (dp)	Conclusão Valor (p)*
HN43			
Dor	4.58(7.87)	10.94(13.17)	0.100
Problemas de deglutição	17.08(28.55)	26.56(29.22)	0.267
Problemas com os dentes	11.67(17.47)	14.58(16.59)	0.555
Boca seca e saliva pegajosa	27.50(23.74)	35.42(32.70)	0.492
Problemas com os sentidos	44.17(27.19)	46.88(33.45)	0.602
Fala	54.75(30.29)	52.71(23.67)	0.798
Imagem corporal	25.00(19.37)	49.31(25.97)	0.005
Comer social	7.92(14.43)	27.08(27.13)	0.009
Contato físico	32.50(28.34)	42.71(25.07)	0.192
Problemas com os ombros	0.00(0.00)	5.21(10.03)	0.020
Problemas com a pele	5.00(13.72)	4.86(9.04)	0.369
Ansiedade	31.67(31.02)	64.58(29.11)	0.004
Tosse	18.33(29.57)	31.25(35.42)	0.210
Abrir a boca	5.00(12.21)	14.58(24.25)	0.203
Contato social	15.00(22.88)	29.17(36.26)	0.250
Linfedema	3.33(10.26)	16.67(21.08)	0.020
Perda de peso	21.67(24.84)	33.33(34.43)	0.337
Cicatrização	5.00(12.21)	2.08(8.33)	0.413
Problemas neurológicos	5.00(12.21)	18.75(35.94)	0.356

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de *Mann-Whitney*.

O tipo de tratamento do câncer de laringe apresentou diferença estatística significativa com os domínios função física ($p=0,038$), fadiga ($p= 0,012$), problemas com os dentes ($p=0,031$) e comer social ($p= 0,002$) (Tabela 14).

Tabela 14– Associação do tipo de tratamento com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Radioterapia \bar{x} (dp)	Quimioterapia e radioterapia \bar{x} (dp)	Continua Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	79.17(12.58)	70.68(16.40)	0.171
Função física	84.67(19.13)	71.11(20.25)	0.038
Desempenho de papéis	83.33(19.25)	59.26(35.30)	0.059
Função emocional	64.17(29.15)	64.20(21.29)	0.615
Função cognitiva	88.33(20.86)	84.57(18.45)	0.324
Função social	73.33(29.61)	63.58(26.97)	0.303
Fadiga	4.44(7.77)	22.22(23.06)	0.012
Náuseas e vômitos	0.00(0.00)	4.32(8.76)	0.109
Dor	3.33(7.03)	9.26(13.34)	0.247

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de *Mann-Whitney*

			Conclusão
	Radioterapia \bar{x} (dp)	Quimioterapia e radioterapia \bar{x} (dp)	Valor (p)*
Dispneia	0.00(0.00)	12.35(26.39)	0.110
Insônia	16.67(36.00)	32.10(39.74)	0.189
Perda de apetite	0.00(0.00)	14.81(28.24)	0.080
Constipação	3.33(10.54)	11.11(22.65)	0.367
Diarreia	6.67(14.05)	7.41(19.25)	0.790
Dificuldade financeira	36.67(42.89)	40.74(38.49)	0.720
HN43			
Dor	5.83(7.91)	8.02(11.67)	0.761
Problemas de deglutição	5.00(5.83)	26.54(31.52)	0.112
Problemas com os dentes	4.44(7.77)	15.64(18.30)	0.031
Boca seca e saliva pegajosa	23.33(23.83)	32.72(29.41)	0.398
Problemas com os sentidos	53.33(28.11)	44.44(31.69)	0.517
Fala	46.00(29.39)	55.99(26.15)	0.400
Imagem corporal	24.44(15.54)	38.68(27.80)	0.171
Comer social	0.83(2.64)	21.60(24.27)	0.002
Contato físico	35.00(25.40)	38.89(28.12)	0.750
Problemas com os ombros	3.33(10.54)	3.09(8.06)	0.773
Problemas com a pele	1.11(3.51)	6.58(13.17)	0.194
Ansiedade	38.33(32.44)	48.77(34.26)	0.405
Tosse	13.33(23.31)	27.16(34.64)	0.276
Abrir a boca	3.33(10.54)	11.11(20.67)	0.283
Contato social	10.00(16.10)	24.69(32.81)	0.268
Linfedema	3.33(10.54)	11.11(18.49)	0.216
Perda de peso	13.33(17.21)	32.10(31.33)	0.098
Cicatrização	0.00(0.00)	4.94(12.07)	0.204
Problemas neurológicos	10.00(16.10)	13.58(29.61)	0.784

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. *Teste U de *Mann-Whitney*

A presença de complicações apresentou diferença estaticamente significativa com o domínio linfedema (p=0,013) (Tabela 15).

Tabela 15– Associação da presença de complicações com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

			Continua
	Com complicações \bar{x} (dp)	Sem complicações \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	70,14(19.61)	73,96(13.97)	0,445
Função física	71,67(17.55)	76,11(22.58)	0,325
Desempenho de papéis	65,28(35.15)	64,58(33.08)	0,878
Função emocional	64,58(25.16)	63,89(23.27)	0,786

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. Teste U de *Mann-Whitney*.

			Conclusão
	Com complicações \bar{x} (dp)	Sem complicações \bar{x} (dp)	Valor (p)*
Função cognitiva	86,11(15.62)	84,72(20.80)	0,813
Função social	56,94(29.69)	69,44(25.85)	0,224
Fadiga	14,81(20.29)	19,44(22.52)	0,519
Náuseas e vômitos	5,56(10.86)	2,08(5.63)	0,312
Dor	9,72(13.22)	6,94(11.95)	0,481
Dispneia	13,89(33.21)	6,94(16.97)	0,856
Insônia	27,78(39.78)	29,17(39.70)	0,955
Perda de apetite	8,33(28.87)	11,11(23.40)	0,423
Constipação	5,56(19.25)	11,11(21.23)	0,284
Diarreia	2,78(9.62)	9,72(20.80)	0,325
Dificuldade financeira	47,22(41.34)	36,11(39.22)	0,427
HN43			
Dor	6,94(11.70)	7,99(10.56)	0,541
Problemas de deglutição	29,86(30.04)	16,67(28.02)	0,131
Problemas com os dentes	12,96(22.64)	12,04(13.87)	0,543
Boca seca e saliva pegajosa	30,56(30.01)	30,56(28.09)	0,986
Problemas com os sentidos	54,17(33.43)	43,75(29.82)	0,362
Fala	51,21(31.01)	54,17(21.96)	0,112
Imagem corporal	42,59(26.79)	32,41(20.41)	0,299
Comer social	23,61(26.07)	12,50(26.23)	0,130
Contato físico	48,61(4.81)	34,03(10.13)	0,121
Problemas com os ombros	1,39(17.81)	4,17(5.91)	0,468
Problemas com a pele	8,33(34.08)	2,78(34.22)	0,627
Ansiedade	50,00(38.82)	45,14(29.18)	0,695
Tosse	30,56(15.07)	20,83(20.26)	0,514
Abrir a boca	8,33(34.33)	8,33(27.77)	0,661
Contato social	27,78(22.28)	18,06(11.26)	0,394
Linfedema	19,44(23.93)	4,17(32.10)	0,013
Perda de peso	27,78(12.97)	27,78(6.80)	0,746
Cicatrização	5,56(26.43)	1,39(29.18)	0,207
Problemas neurológicos	13,89(0,00)	12,50(0,00)	0,782

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão. Teste U de *Mann-Whitney*.

A via de alimentação atual apresentou diferença significativa com os domínios desempenho de papéis ($p=0,021$), perda do apetite ($p=0,038$), problemas de deglutição ($p=0,003$), problema com os dentes ($p=0,009$), fala ($p=0,031$), comer social ($p=0,013$), problemas com os sentidos ($p=0,050$) e perda de peso ($p=0,012$) (Tabela 16).

Tabela 16– Associação da via de alimentação com os domínios de qualidade de vida das escalas EORTC C30 e HN43. Teresina, 2016.

	Cateteres \bar{x} (dp)	Boca \bar{x} (dp)	Valor (p)*
EORTC C30			
Medida global de saúde	61.11(19.25)	74.02(15.32)	0.215
Função física	57.78(33.55)	76.27(19.15)	0.249
Desempenho de papéis	16.67(28.87)	70.10(30.37)	0.021
Função emocional	61.11(4.81)	64.46(24.21)	0.382
Função cognitiva	94.44(9.62)	84.80(19.41)	0.449
Função social	61.11(9.62)	66.67(28.72)	0.589
Fadiga	40.74(39.02)	15.36(18.95)	0.212
Náuseas e vômitos	11.11(19.25)	2.45(5.99)	0.297
Dor	16.67(16.67)	6.86(11.69)	0.178
Dispneia	11.11(19.25)	8.82(23.65)	0.488
Insônia	66.67(57.74)	24.51(36.06)	0.139
Perda de apetite	33.33(33.33)	8.82(23.65)	0.038
Constipação	11.11(19.25)	8.82(20.61)	0.596
Diarreia	22.22(38.49)	5.88(15.29)	0.318
Dificuldade financeira	44.44(50.92)	39.22(38.90)	0.816
HN43			
Dor	8.33(14.43)	7.35(10.61)	0.975
Problemas de deglutição	91.67(14.43)	14.46(19.60)	0.003
Problemas com os dentes	44.44(29.40)	9.80(12.46)	0.009
Boca seca e saliva pegajosa	22.22(19.25)	30.88(28.76)	0.647
Problemas com os sentidos	83.33(28.87)	43.63(29.02)	0.050
Fala	86.67(17.64)	50.34(25.83)	0.031
Imagem corporal	25.93(35.72)	35.62(25.19)	0.463
Comer social	52.78(12.73)	12.75(20.44)	0.013
Contato físico	61.11(25.46)	35.78(26.63)	0.112
Problemas com os ombros	5.56(9.62)	2.94(8.68)	0.349
Problemas com a pele	18.52(32.08)	3.92(8.15)	0.505
Ansiedade	16.67(28.87)	48.53(33.17)	0.090
Tosse	66.67(57.74)	19.61(27.36)	0.106
Abrir a boca	0.00(0.00)	9.80(19.30)	0.352
Contato social	44.44(38.49)	18.63(28.65)	0.174
Linfedema	11.11(19.25)	8.82(17.03)	0.737
Perda de peso	66.67(0.00)	23.53(27.86)	0.012
Cicatrização	11.11(19.25)	2.94(9.60)	0.196
Problemas neurológicos	33.33(57.74)	8.82(22.80)	0.437

Legenda: \bar{X} Média (dp) Desvio padrão.* Teste U de Mann-Whitney.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria das pessoas laringectomizadas totais era do sexo masculino 34 (91,89%), fortalecendo resultados de pesquisas anteriores (SILVA et al, 2015, AIRES et al, 2012, GOMES; RODRIGUES, 2010).

Estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas e buscam menos os serviços de saúde devido às barreiras socioculturais e institucionais (PEREIRA et al, 2015; BRASIL, 2008; FAVORITO et al, 2008; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Além disso, o sexo pode influenciar diretamente a adaptação social das pessoas com traqueostomia, no caso dos homens, eles têm maior dificuldade na adoção de comportamento de enfrentamento e na busca de apoio social, principalmente no que concerne a atividades emocionais e espirituais (PEREIRA et al, 2015; GRANT et al, 2011; KROUSE et al, 2009).

A média de idade foi de 62,76 anos (dp=11,24), consoante com resultados de estudos realizados no Brasil e no exterior que evidenciam maior prevalência de câncer de laringe (SILVA et al, 2016; PERRY; CASEY; COTTON, 2015; TEIXEIRA; CARRARI, 2013; AIRES et al, 2012; SOUSA et al, 2012; MALLIS et al, 2011).

Recentemente, houve um número maior de pessoas com idade inferior a 40 anos acometidas por carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço. Acredita-se que, além do consumo de álcool e tabaco, outros agentes como atividade laboral, deficiências imunológicas, fatores genéticos e dietéticos estariam envolvidos no processo dessa neoplasia entre as pessoas mais jovens, ocasionando um problema ainda mais preocupante (SÜSLÜ; HOLSAL, 2016; RODRIGO et al, 2015; ALMEIDA; CORREIA, 2014; SANTOS et al, 2012).

A maioria das pessoas 25 (67,56%) era alfabetizada, contrapondo a literatura, pois pesquisas realizadas em Hospitais de referência encontraram 21(84%) e 14(93,3%), de pessoas com baixa escolaridade ou analfabetas. Entende-se que quanto menor a frequência do uso de tabaco e mais comum o diagnóstico de tumores de tamanho menor. Além disso, o conhecimento da escolaridade da pessoa com traqueostomia permite aos profissionais de saúde adequação das informações ao nível de entendimento do cliente, favorecendo a permeabilidade da via, a umidificação e as diferentes ações de autocuidado (CALDAS et al 2013; CHAVES et al 2012.)

Quanto a profissão a maioria, 27 (72,97%), tinha desenvolvido alguma profissão de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe. Estudos nacionais apontam possível associação entre a exposição ocupacional e o desenvolvimento de câncer de laringe (BRASIL, 2015; INCA, 2012b).

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe quando se associa a atividade laboral é a inalação de substâncias cancerígenas, entre elas os agrotóxicos e o formaldeído, composto inflamável e incolor que se polimeriza em temperatura ambiente e é rapidamente absorvido no trato respiratório provocando alterações celulares importantes. Vale ressaltar que, o Brasil lidera *ranking* mundial de uso de agrotóxicos com efeitos severos vistos na saúde da população atualmente (MILHORANCE, 2015; INCA, 2012b).

Após a laringectomia, 22 (59,45%) estavam casados/ união estável, porém observou-se elevado percentual de solteiros, viúvos e separados. Offerman et al (2015) constataram que uma variedade de problemas psicossociais é relatada pelos parceiros de pessoas laringectomizadas totais, tais como transtorno de humor, sentimentos de desesperança, o medo de perder o companheiro de vida, sobrecarga do cuidador e forte impacto negativo na vida sexual. Estes problemas podem justificar os resultados encontrados na situação marital do presente estudo. Para Fernades, Miguir e Donoso (2010) a baixa autoestima e o desinteresse sexual apresentam-se como fatores de alterações dos hábitos sexuais, sobrepondo-se às próprias limitação físicas. Ademais, a confecção da estomia e a convivência com o novo equipamento também influencia a QV e geram situações conflituosas que funcionam como fatores de desgastes nos relacionamentos afetivos.

No que se relaciona a religião, 30 (81,08%) pessoas eram católicas. A religiosidade/espiritualidade pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento para as situações críticas da vida das pessoas, pois pode aumentar o senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resistência ao estresse relacionado às doenças e o tratamento (ROCHA; CISAK, 2014).

No tocante a renda pessoal, a maioria das pessoas, 29 (78,37%), referiu receber mais de um salário mínimo. Este fenômeno foi associado, pelos entrevistados, aos amparos sociais recebidos como aposentadoria por invalidez, idade ou tempo de serviço, amparo assistencial a o idoso ou auxílio-doença, saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS e do Programa de Integração Social -PIS/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – Pasep.

O aumento da renda poderia favorecer a aquisição de insumos materiais específicos para a manutenção da permeabilidade da traqueostomia e da pele periestomal o que não foi observado devido ao desconhecimento dessa população das principais tecnologias para a ostomia essenciais para a promoção da QV. Os entrevistados queixaram-se do aumento das despesas na mesma proporção do aumento da renda, muitos relataram o uso de diversos medicamentos, a necessidade de locomoção para o serviço de saúde e continuidade do tratamento, a presença de um companheiro durante o traslado e resolução de problemas como os gastos mais frequentes e responsável pelas dificuldades financeiras que interferem na QV.

Ademais, as pessoas estomizadas que possuem vínculo empregatício tendem a se aposentar e se afastar em definitivo do mercado de trabalho, e os desempregados traqueostomizados não conseguem mais se inserir. A referida condição pode ser explicada pelo contexto neoliberal contemporâneo, caracterizado pela exigente polivalência e multifuncionalidades dos trabalhadores, como também por motivos próprios dos traqueostomizados como a perda da comunicação verbal, limitações de movimentos, insegurança para controlar tosse e secreções durante o trabalho, a perda da capacidade produtiva com consequente estigma social da inutilidade laboral e em virtudes inerentes do processo de adaptação (ANTUNES, 2012; FREITAS, 2012; DAVATZ, 2011).

No tocante a fatores de riscos, houve predominância de hábito tabagista 34 (91,89%) e etilista 35 (94,59%) antes do câncer de laringe. A maioria das pessoas 22 (64,71%) fumava mais de 1 maço de cigarro por dia e 19 (54,29%) bebia 2 ou 3 vezes por semana. Inquéritos epidemiológicos sugerem que o álcool tem papel fundamental na carcinogênese, especialmente para os cânceres de boca, faringe e laringe, pelo fato de ter efeito maior nos tecidos diretamente expostos durante o consumo e por agir sinergicamente com o tabaco na modificação genética no DNA das células (BRASIL, 2015; FREITAS, 2012; HORTENSE; CARMAGNAMI; BRETAS, 2008).

Face aos resultados expostos, é notório e preocupante o alto potencial de risco de brasileiros para desenvolverem neoplasia no trato aerodigestivo superior e uma vez a doença instalada a preocupação torna-se ainda maior pelo fato de que fumantes e etilistas têm considerável dificuldade para tolerar o tratamento devido à comorbidades relacionadas a esses agentes tóxicos, tais como: vasculares, cardíacas e doenças pulmonares (FIORINI et al, 2014).

Ao mensurar QV, usando a escala EORTC QLQ-C30, este estudo mostrou que de forma geral a média global de saúde encontrada, 72,97 (dp 15,76), foi relativamente alta quando comparada com estudos anteriores que encontraram escores médios globais de saúde de 60, 60 e 66,2 em pessoas laringectomizadas (BINDEWALD et al, 2007, GUIBERT et al, 2011; SILVA et al, 2015). Tal fato, pode ser atribuído pelo crescente quantitativo de câncer de laringe (INCA, 2015), conseqüentemente ao desenvolvimento de melhores técnicas e recursos assistenciais, bem como pelos conceitos que regem os aspectos de QV nas diferentes populações estudadas.

No que tange a escala funcional do EORTC QLQ-C30, quanto maior o valor do escore obtido, menor é o comprometimento vivenciado pela pessoa. Assim, a função cognitiva 85,58 (dp=18,91) teve pouco comprometimento na vida das pessoas laringectomizadas totais deste estudo. Em contraponto, a função emocional 64,19 (dp=23,23) foi a mais afetada, dado que é ratificado pela literatura. Blanco e González-Botas (2011) em estudo de QV antes, 3 meses e 6 meses após intervenção cirúrgica em pessoas com câncer de laringe constatou que em 3 e 6 seis meses após a cirurgia, a função mais comprometida em pessoas com traqueostomia permanente foi, em ordem de comprometimento, desempenho de papeis, função social e função emocional. Para Guibert et al (2011) a função mais afetada para pessoas com câncer de laringe submetidos a cirurgia também foi a função emocional.

Ademais, ao associar a escala de função EORTC QLQ-C30 com as variáveis independentes, a função emocional foi a única que apresentou significância estatística tanto nas variáveis sociodemográficas quanto nas clínicas, confirmando o elevado grau de comprometimento na vida das pessoas laringectomizadas totais. Esta interferência é explicada pelo próprio percurso do adoecimento pelo câncer que é vivido como um momento de crise em que predomina o sentimento de desamparo, rotulação, vergonha e desalojamento (BARBOSA; FRANCISCO, 2011). Adicionadas a este contexto, as diferentes alterações estéticas e funcionais decorrentes do tratamento de ressecção total da laringe e anexos, ocasionam repercussões na expressão emocional, no desempenho específico do papel social, comunicação e as mudanças na anatomia funcional podem ter conseqüências devastadoras em várias áreas na vida do paciente (BARBOSA et al, 2004).

Os prejuízos nos relacionamentos sociais são ainda mais acentuados pela perda da voz. A dificuldade em se sentir compreendido ocasiona sentimentos de solidão e dificulta uma postura proativa, o que contribui para que as pessoas evitem o confronto

com situações de desconforto, permanecendo mais passivos e resignados (BARBOSA et al, 2004).

A laringectomia total desserve também, porém em menor grau, a função física e o desempenho de papéis. O tratamento para o câncer de laringe em fase avançada (realidade deste estudo), muitas vezes, é realizado com a associação de cirurgia com radioterapia e/ou quimioterapia (BRASIL, 2015), procedimentos que provocam diferentes e intensas alterações corpóreas.

Tais transformações repercutem na queda do estado geral e conseqüentemente interferem na função física geral, na limitação de movimentos mandibulares (PERNAMBUCO et al, 2011) e da amplitude dos ombros (SILVA, 2006) e conseqüentemente interferem no desempenho de papéis, mencionadas pelas pessoas como a não realização das atividades diárias de forma adequada e satisfatória, sentimentos gerados pela limitação da doença, conseqüências do tratamento e presença de traqueóstomo permanente.

A escala genérica EORTC QLQ- C30 observou ainda que as alterações que mais interferiram na QV das pessoas foram, em ordem de interferência, insônia, fadiga, dispnéia e perda do apetite. Estudos desenvolvidos com pacientes oncológicos e laringectomizados corroboram e confirmam maiores interferências nestes domínios (SAWADA et al, 2009, LEE; GIBSON; HILARI, 2010, MEULEN et al, 2014, BATIOĞLU-KARAALTIN et al, 2016).

Distúrbios de sono, em especial a insônia, são frequentes em pessoas com câncer. O diagnóstico de neoplasias malignas é uma condição aversiva, e pessoas relatam seus piores momentos durante a noite, período em que buscam identificar os fatores negativos de sua condição (RAFIHI-FERREIRA; SOARES, 2012). Neste estudo, evidenciou-se má qualidade do sono em pessoas de baixa escolaridade ($p=0,007$) e em estágio mais avançado da doença ($p=0,008$), situações que intensificam preocupações com o contexto da doença e tratamento. Em adição, a ocorrência de dores nos períodos noturnos, presença da cânula de traqueostomia, tosse contínuas, excesso de secreção traqueal e déficit no controle da expectoração favorecem a perda do sono. Rafihi-Ferreira e Soares (2012) salientam ainda que é necessário o tratamento da insônia com terapia farmacológica e cognitivo-comportamental para que quadros de fadiga intensa e depressão não se desenvolvam.

A fadiga, é uma experiência subjetiva e definida como uma sensação física desagradável, com sintomas cognitivos e emocionais, descritos como cansaço que não

apresenta alívio com emprego das estratégias usuais para a restauração da energia (ISHIKAWA, DERCHAIN, THULER, 2005; MOTA; PIMENTA, 2006). É decorrente do tratamento radioquimioterápico, dado comprovado neste estudo, que apresenta elevado comprometimento na capacidade funcional das pessoas laringectomizadas. É reportada como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados ao câncer e a terapêutica (CAMPOS et al, 2011), prologando-se muitas vezes após o término do tratamento. Cella et al (2001) mostraram que um terço dos pacientes que haviam sido curados de câncer apresentavam fadiga por 5 anos após o final de seus tratamentos, constituindo-se de um potencial modificador negativo da QV.

No que se refere ao domínio dispneia, a literatura mostra que há intensa alteração desta na QV das pessoas laringectomizadas. Rizzo et al (2008) ao compararem dispneia entre laringectomizados totais e pessoas com tratamento de preservação de laringe tratadas com quimioterapia encontraram média de escores de 23,9 para o primeiro grupo e 5,9 para o segundo. A dificuldade de respirar pode estar associada as consequências da quimiorradioterapia, ao avançado grau de comprometimento da tumoração cervical, mas também à pouca higiene e presença de secreções no lúmen da traqueia, estreitando a corrente de ar que entra e sai durante o movimento de respiração.

Situações de obstrução da cânula podem ser evitadas quando a pessoa, durante o processo de traqueostomização recebe orientações quanto aos cuidados indispensáveis para a manutenção da permeabilidade da via aérea, adequadas aos limites de aprendizagem e necessidades de cada pessoa, como também de seus familiares e cuidadores (FREITAS; CABRAL, 2008, CASTRO et al, 2014).

No que diz respeito à perda de apetite, a literatura mostra que ausência total de gosto ou de odor, redução ou aumento da sensibilidade, distorção do paladar e cheiro, presença de gostos fantasmas ou odores e persistentes sensações amargas ou metálicos são presentes em pacientes com cânceres de cabeça e pescoço, em especial nos pacientes com câncer de laringe submetidos à laringectomia total (CALDAS et al, 2013, ALVAREZ-CAMACHO et al, 2016). Estudo realizado na Turquia comparando a perda de apetite em pessoas submetidas a laringectomia parcial e total, mostrou que em relação a laringectomia total a alteração neste domínio é quase 5 vezes maior (BATIOĞLU-KARAALTIN et al, 2016). Em adição, Hovan et al (2010) mostraram que apesar da melhora da perda do paladar em 20-60 dias após a conclusão da radioterapia, as alterações do paladar e do olfato podem persistir por até 7 anos.

Os fatores supracitados podem explicar ainda os sintomas da escala específica, para câncer de cabeça e pescoço EORTC HN43, que apresentaram maiores escores, tais como boca seca e saliva pegajosa, problemas com os dentes e problemas na deglutição e problemas com ombros. Nessa escala, quanto maior a pontuação mais acometida está a QV do participante.

Assim, a laringectomia total desencadeia déficits na mobilidade do pescoço, encurtamento musculares, dores e aderências, limitando movimentos que auxiliam no desenvolvimento das atividades diárias (SANTOS et al, 2010), entre elas a amplitude e efetividade da mastigação. Estudos realizados em laringectomizados no nordeste brasileiro (MÉLO et al, 2013, PERNAMBUCO et al, 2012) evidenciaram que as alterações no movimento de mastigação e deglutição interferem severamente na QV.

O presente estudo identificou que o comer social também foi afetado pela laringectomia total. Corroborando este achado, um estudo australiano investigou o efeito da disfagia na QV de 110 pessoas laringectomizadas totais e observou que não houve diferença entre os que tinham e os que não tinham disfagia, porém, laringectomizados totais disfágicos apresentaram mais comprometimento funcional, reduzida participação social e níveis mais elevados de depressão e ansiedade (MACLEAN; COTTON; PERRY, 2009).

No que concerne a ansiedade, observou-se relação estreita entre ansiedade e níveis menores de QV. Ao comparar níveis de ansiedade e depressão em pessoas laringectomizadas Batioğlu-karaaltın et al (2016) encontraram níveis significativamente maiores de ansiedade nos pacientes submetidos à laringectomia total, que apresentaram no diagnóstico estágio IV, e também em pessoas que realizaram quimioterapia e radioterapia concomitantes.

Entretanto, Silva et al (2015) em Portugal encontrou níveis menores de ansiedade e depressão em laringectomizados totais, resultados que podem ser influenciados por ações assistências singulares a essa população, tendo em vista a existência de ações de saúde específicas e grupos de apoio destinados a atenderem as diferentes necessidades dos laringectomizados nesse país.

Ademais, o comprometimento da QV estendeu-se para os domínios de imagem corporal e fala. No que diz respeito ao comprometimento da imagem corporal, entendeu-se neste estudo que a modificação da autoimagem, a presença do traqueóstomo em local de fácil visualização, a falta de controle na eliminação de secreções traqueais e o conhecimento deficitário em relação as tecnologias para a

melhor convivência com cânula como lenços protetores, espumas absorventes de impacto, válvulas fonatórias podem influenciar negativamente a QV.

Já a interferência no domínio fala é considerada a maior alteração nos laringectomizados deste estudo. Muitos autores descrevem o impacto da comunicação e a adaptação após a laringectomia em pessoas com sobrevida (PAULA; GAMA, 2009, GOMES; RODRIGUES, 2010). Chaves et al (2012) retrataram em seu estudo que 93,3% dos laringectomizados afirmaram que a maioria das pessoas têm dificuldade de entendê-los e encontrou como fatores limitantes da QV a grande dificuldade de interação verbal com familiares, amigos e pessoas estranhas, o desuso do telefone, o aborrecimento quando não é entendido, o desconforto físico ao tentar falar e por fim, deixar de expressar suas ideias provocando o isolamento social.

Destarte, os resultados encontrados neste estudo evidenciaram a complexa realidade que envolve as pessoas laringectomizadas totais. É importante que enfermeiros e demais componentes da equipe de saúde ampliem a visão acerca das principais necessidades dessa população decorrentes do processo de adoecimento, principalmente da terapêutica utilizada e do processo de reabilitação e reconstrução de si próprio e da vida. A adaptação a nova condição, reintegração social, familiar e laborativa deve ser a meta do acompanhamento deste paciente, por meio de uma assistência personalizada, com base nas crenças, conhecimentos e habilidade para manipulação da estomia, contribuindo para a ressignificação da identidade e melhoria na QV (PETUCO; MARTINS, 2006, BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

6 CONCLUSÃO

O estudo foi realizado com 37 pessoas laringectomizadas totais e permitiu identificar que a maioria (91,89%) era do sexo masculino, a média de idade foi de 62,76 anos, 59,45% estavam casado/ união estável, 67,56% eram alfabetizados, 78,37% recebiam mais de um salário mínimo e 72,97% exerciam alguma profissão com risco para desenvolver o câncer de laringe.

Em relação aos fatores clínicos, o tempo de diagnóstico na maioria (70,27%) foi de 2 a 3 anos. Verificou-se predominância de estádios avançados no diagnóstico da doença (97,28%) e de tratamento combinado de quimioterapia com radioterapia (72,92%). No que concerne os principais fatores de risco 91,89% afirmaram hábitos tabagista antes do diagnóstico de câncer, com média de anos fumado de 33,91 anos e 64,71% referiram fumar mais de 20 cigarros por dia. Em relação à hábitos etilistas 94,59% afirmaram ingerir bebida alcoólica com média de tempo fumado de 34,91 anos, 54,29 referiram ingestão 2 ou três vezes por semana.

O escore da medida global de saúde foi de 72,97 (dp15,76), as funções mais afetadas foram função emocional e desempenho de papéis. Nos sintomas, a escala genérica mostrou elevado grau de comprometimento dos domínios de insônia, fadiga e dispneia. Enquanto, a escala específica para câncer de cabeça e pescoço mostrou comprometimento principalmente da fala, ansiedade, dos sentidos, boca seca saliva pegajosa e imagem corporal.

Houve associação estatística entre QV e sexo, idade, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda pessoal, estadiamento da doença, tratamento, complicações e via atual de alimentação. Observou-se que estadiamento da doença e o tratamento interferiram em quantidades maiores de domínios da QV das escalas utilizadas neste estudo.

Estes dados reforçam a diferentes alterações fisiológicas e funcionais em pessoas laringectomizadas totais e sua repercussão na vida. Verifica-se a necessidade de acompanhamento multiprofissional, que deve iniciar desde a o diagnóstico com o preparo da pessoa para a laringectomia e suas consequências até a fase pós-operatória que é caracterizada pela adaptação e reabilitação a nova condição de existir.

Durante a aplicação das escalas, verificou-se ainda o baixo conhecimento em relação aos cuidados com a traqueotomia, a precária higiene e o desconhecimento de produtos para a proteção do traqueóstomo e reabilitação da fala.

Ressalta-se que a Enfermagem tem papel fundamental no processo de tratamento do câncer de laringe e traqueostomização, com potencial significativo para restabelecer a QV, por meio da estruturação da assistência integral, com planejamento adequado, individual e contínuo, que objetive estratégia para enfrentamento, adaptação, autocuidado e a redução do comprometimento psicossocial do laringectomizado total.

Destacamos com limitação do estudo a inexistência de um cadastro de pessoas laringectomizadas e desconhecimento do quantitativo real dessa população no município de Teresina e a obtenção de uma amostra pequena e por conveniência o que não permite a generalização dos resultados. No entanto, acredita-se que sirva como iniciativa para novas pesquisas e contribua para a melhoria da assistência dispensada ao laringectomizado, incluindo o desenvolvimento de programas de orientação perioperatória, reabilitação e promoção da QV. Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, permitindo a avaliação da QV no perioperatório.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.C.T. et al. Instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologias & Metabologia**, v.52, n. 6, p. 931-939, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004. Acesso em 30 Jan 2015.
- ALMEIDA, L. I. M.; CORREIA, P.C.G. Expressões faciais emocionais em indivíduos laringectomizados totais. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 260-273, Fev. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201421912>. Acesso em 07 Jun 2016.
- ALVAREZ-CAMACHO, M. et al. The impact of taste and smell alterations on quality of life in head and neck cancer patients. **Qual Life Res**, v. 25, n. 6, p. 1495 -504, Jun 2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-015-1185-2>. Acesso em 15 jun. 2016.
- AIRES, F.T et al . Pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 78, n. 6, p. 94-98, Dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v78n6/v78n6a16.pdf>. Acesso em 12 jun 2016.
- ALMONACID, C.I.F. RAMOS. A,J. BORREGO, M.A.R. Evaluation of the nutritional profile of patients with total laryngectomy. **e-SPEN Journal**. Espanha, v.8, n.4, p. 175-80, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnme.2013.07.004>. Acesso em 21 abr 2016.
- ANTUNES, S. C. M. **A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns fatores com ela relacionados**. 2012. Dissertação (Mestrado em medicina). Universidade de Coimbra. Coimbra, 2012.
- BARBOSA, L.N.F. FRANCISCO, A.L. Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. **Paidéia**. São Paulo, v.21, n.48, p. 73-81. Disponível em: www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a09v21n48.pdf. Acesso em 22 abr 2016.
- BARBOSA, L.N.F et al . Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 45-58, jun. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n1/v7n1a05.pdf>. Acessos em 10 jun. 2016.
- BARBUTTI, R. C. S.; SILVA, M.C. P.; ABREU, M. A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. **Rev SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 27-39, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000124&pid=S1413-7372202000040001200004&lng=en. Acesso em 15 jun 2016.
- BATIOĞLU-KARAALTIN, A. et al. Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. **Auris Nasus Larynx**, v. S0385-8146, n. 16, p. 30101-8, Jan 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2016.03.007>. Acesso em 10 jun. 2016.

BINDEWALD, J. et al. Quality of life correlates after surgery for laryngeal carcinoma. **Laryngoscope**, v. 117, n.10, p. 1770-6, Out., 2016, Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MLG.0b013e3180caa18c/epdf>. Acesso 09 Jun 2016.

BLANCO, M.A.B; GONZÁLEZ-BOTAS, J.H. Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe. **Acta Otorrinolaringológica Española**, v.65, n.2, p. 103-12, Marc-Abr, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651910001706>. Acesso 09 Jun 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 6 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015**. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. Brasília, 17 de junho de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html. Acesso em 23 abr 2016.

BOSCOLO-RIZZO, P. et al. Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. **Laryngoscope**, v. 118, n.2, p 300-6, Fev, 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MLG.0b013e31815a9ed3/epdf>. Acesso em 12 jun. 2016.

CALDAS, A. S. C. et al . Disfunção gustatória e olfatória em laringectomizados. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 79, n. 5, p. 546-554, Out. 2013 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130099>. Acesso 07 Jun 2016.

CAMPOS, M. P.O. et al . Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57, n. 2, p. 211-219, Abr. 2011 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200021>. Acesso em 12 jun. 2016.

CASTRO, A.P. et al. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n. 2, p. 305-313, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/04-artigo-educacao-em-saude-na-atencao-ao-paciente-traqueostomizado-percepcao-de-profissionais-de-enfermagem-e-cuidadores.pdf. Acesso em 15 jun. 2016.

CARVALHO, G.B. **Fatores prognósticos em pacientes com carcinoma epidermóide de laringe estágio clínico T4 tratados por cirurgia, radioterapia ou associações terapêuticas.** 2013.141f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CATANI, G. S.A. **Utilização de protocolo eletrônico de coleta de dados para avaliação das alterações laringoscópicas em pacientes submetidos à microcirurgia de laringe.** 2011, 139f. Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica). Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2011.

CECATTO, S.B. et al. Predictive factors for the postlaryngectomy pharyngocutaneous. *Braz. J. otorhinolaryngol.*, São Paulo , v. 80, n. 2, p. 167-177, Apr. 2014 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20140034>. Acesso em 23 fev 2016.

CELLA, D. et al. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *J Clin Oncol*, v. 19, n. 14, p; 3385-91, Jul 2001. Disponível em: http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Cancer-related_fatigue_prevalence_of_proposed_diagnostic_criteria_in_a_United_States_sample_of_cancer_survivors.pdf. Acesso em 12 jun. 2016.

CHAVES, A.D.D. et al . Limits on quality of life in communication after total laryngectomy. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 482-491, Dec. 2012 . Disponível em: <tp://dx.doi.org/10.7162/S1809-97772012000400009>. Acesso 07 Jun 2016.

DANGELO, J.G.; FATTINI, C.A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar.** 3 ed. . São Paulo: Atheneu, 2006.

DAVATZ, G.C. **Reabilitação vocal e qualidade de vida em laringectomizados totais.** 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia).Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

FAVORITO, L. A. et al . Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro , v. 34, n. 5, p. 587-593, Out. 2008 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-55382008000500007>. Acesso 05 jun 2016.

FERNANDES, R. M; MIGUIR, E.L.B; DONOSO, TereT.V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev bras. coloproctol.*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 385-392, Dez. 2010 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000400001>. Acesso 07 Jun 2016.

FERNANDES, W.C; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, p. 360-367, June 2010 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300010>. Acesso em 23 ago 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FIORINI, F.R. et al. Tobacco exposure and complications in conservative laryngeal surgery. **Cancers**. Suíça, n.19, v.3, p. 1727-35, 2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190564/>. Acesso em 23 Jan 2015

FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANCO, R.C.O. et al. Comparação terapêutica entre radioterapia e cirurgia para câncer de laringe localmente avançado: experiência do Hospital Erasto Gaertner. **Revista do Médico Residente**. Curitiba, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/596/581>. Acesso em 23 Jan 2015.

FREITAS, A.A.S; CABRAL, I.E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 84-89, Mar. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100013>. Acesso em 12 jun. 2016.

FREITAS, A.A.S. **Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe**. 2012, 245f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES T.A.B.F, RODRIGUES F.M. Qualidade de vida do laringectomizado traqueostomizado. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**. São Paulo, v. 39, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-39-3-artigo-10.pdf>. Acesso em 09 jun 2016

GRANT, M. et al. Gender differences in quality of life among longterm Colorectal cancer survivors with ostomies. **Oncol Nurs Forum**. 201, v. 38, n. , p. 587-96, Set. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251903/pdf/nihms-341276.pdf>. Acesso 06 Jun 2016.

GUIBERT, M. et al. Quality of life in patients treated for advanced hypopharyngeal or laryngeal câncer. **Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis**, v. 128, n. 5, p. 218-23, Nov., 2011. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S187972961100055X/1-s2.0-S187972961100055X-main.pdf?_tid=9be5fdea-36b8-11e6-a9d7-00000aab0f01&acdnat=1466407900_cd70c1b331f4a9eeb1e51e6c3adba5fe. Acesso 09 Jun 2016.

HORTENSE, F.T.P; CARMAGNANI, M.I.S; BRETAS, A.C.P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 61, n. 1, p. 24-30, Feb. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100004>. Acesso 08 Jan 2015.

HOVAN, A.J. at al. A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. **Support Care Cancer**, v. 18, n. 8, p. 1081-7, Ago, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20495984>. Acesso em 17 Jun 2016.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016 : incidência de câncer no**

Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 21 abr 2016.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf. Acesso em: 21 abr 2016.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/diretrizes_cancer_trabalho.pdf. Acesso em: 21 abr 2016.

ISHIKAWA, N.M; DERCHAIN, S.F.M; THULER, L. C.S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.4, p. 313-318, 2015. Disponível em:
http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao1.pdf. Acesso em 12 jun. 2016.

KAMEO, S.Y. **Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal.** 2006, 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LA GAMBDA, J.G.G. **Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos em pacientes transplantados renais.** 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Escola Enfermagem Universidade São Paulo, São Paulo, 2011.

LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 35-46, Mar. 2005 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>. Acesso 06 Jun 2016.

LEE M.T; GIBSON S.; HILARI K. Gender differences in health-related quality of life following total laryngectomy. **Int J Lang Commun Disord**, v.45, n.3, p. 287-94, Mai-Jun, 2010. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/13682820902994218/epdf>. Acesso em 10 jun. 2016.

LENZA, N.F.B. et al. Fístula Faringocutânea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.59, n.1, p 87-94, 2012. Disponível em http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/15-fistula-faringocutanea-em-paciente-oncologico.pdf. Acesso em 10 Jan 2015.
 Genebra, p.33, 1993.

LIMA, M.A.G.; BARBOSA, L.N.F.; SOUGEY, E.B. Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, n1, v. 14, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100003&script=sci_arttext . Acesso em 23 Fev 2016.

LUZ, H. P.; SGROTT, E. A. **Anatomia da Cabeça e do Pescoço**. São Paulo: Editora Santos, 2010.

KROUSE, R.S et al Health-Related Quality of Life Among Long-Term Rectal Cancer Survivors With an Ostomy: Manifestations by Sex. *Journal of Clinical Oncology*, v. 27, n. 28, p.4664–4670, 2009. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754912>. Acesso em 06 de Jun 2016.

MACIEL, C.T.V. et al . Análise da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe em hospital de referência na região Sudeste do Brasil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 932-940, Aug. 2013 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400022>. Acesso 10 Jan 2015.

MANFRO, G. et al. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermoide de laringe. **Rev Bras Cancerol**. São Paulo, n.52, v.1, p. 17-24, 2006. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/artigo2.pdf . Acesso 23 Fev 2015.

MEULEN, I.C. et al. Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomised controlled trial. **Br J Cancer**, v.110, n. 3, p. 593-601, Fev, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3915114/pdf/bjc2013733a.pdf>. Acesso em 10 jun. 2016.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. . Acesso em 12 Jan 2015.

MOTA, D.D, PIMENTA C.A. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. **Res Theory Nurs Pract**, v. 20, n.1 p. 49-78, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544894>. Acesso em 12 jun. 2016.

NEMR, K.;LEHN,C. Voz em câncer de cabeça e pescoço. In: FFERREIRA, L.P.: BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de fonoaudiologia**. P.102-117, Ed Roca, 2005.

MACHADO, D. R. **Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo**. 2014, 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MACLEAN, J.; COTTON, S.; PERRY, A. Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being. **Dysphagia**, v. 24, n 3, p 314-21, set 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19290578>. Acesso em 15 jun. 2016.

MALLIS, A. et al. Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 15, n.8, p. 937-42, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21845804>. Acesso 07 Jun 2016.

MATA, I.J.F. et al. Consenso nacional sobre câncer de laringe diagnóstico y tratamiento. **Rev Venez Oncol.** Venezuela, n.24, v.1, p.64-95, 2012. Disponível em http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82414&id_seccion=1548&id_ejemplar=8137&id_revista=100. Acesso em 21Jan 2015.

MATOS, J.P; CASTRO SILVA, J.; MONTEIRO, E. Causas de Morte nos Doentes com Neoplasia da Laringe nos Estádios I e II. **Acta Med Port.** Porto, v.25, n.2, p. 317-322, 2012. Disponível em [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/293-658-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/293-658-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 13Jan 2015.

MELO, T.M.A et al . Preferência por lado mastigatório e amplitude de movimento cervical em laringectomizados totais. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 3, p. 569-578, Sept. 2013 . Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300010>. Acesso em 22 abr 2016.

MILHORANCE, F. Brasil lidera o ranking de consumo de agrotóxicos. O Globo. São Paulo, 04 Abr. 2015. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil-lidera-ranking-de-consumo-de-agrotoxicos-15811346#ixzz4C6Kw2R1U>.

OFFERMAN, M.P. et al. Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners. **Oral Oncol.** V.51, n.4, p. 389-98, Abr, 2015. Disponível em: [http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375\(14\)00380-7/pdf](http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375(14)00380-7/pdf). Acesso 07 Jun 2016.

PAIVA, C.C.S et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes com Câncer de Laringe Submetidos à Laringectomia em uma Instituição Hospitalar de Fortaleza. **Retep.** v.7,n.2, p1553-8. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-7-2-web.pdf>. Acesso em 23 abr 2016.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PAULA,F.C; GAMA, R.R. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** São Paulo, v. 38, nº 3, p. 177 – 182, 2009. Disponível em http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_091.pdf. Acesso 12 jan 2015.

PEREIRA, M.M.M.et al. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.9, n.1, 2015. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5520/11369>. Acesso 08 jun 2016.

PERNAMBUCO, L. A. et al . Qualidade de vida e deglutição após laringectomia total. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 460-465, Dez. 2012 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.7162/S1809-97772012000400006>. Acesso em 23 Jan 2016

PERNAMBUCO, L.A. et al . Electrical activity of the masseter during swallowing after total laryngectomy. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, São Paulo , v. 77, n. 5, p. 645-

650, Oct. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v77n5/v77n5a18.pdf>. Acessos em 10 jun. 2016.

PERRY, A; CASEY, E.; COTTON, S. Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. **Int J Lang Commun Disord**, v. 50, n.4, p. 467-75, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12148> Acesso em 06 Jun 2016

PETUCO, V. M.; MARTINS, C. L. A experiência da pessoa estomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 2, abr. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jun. 2016.

PRADO, P.R.P. et al. Avaliação videofluoroscópica no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à laringectomia supracricóidea com cricohioidoepiglotopexia. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**. São Paulo, n. 41, v.3, p.124-127, 2012. Disponível em <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-41-3-Artigo-04.pdf>. Acesso e m 12 Jan 2015.

RAFIHI-FERREIRA, R. E; SOARES, M.R.Z. Insônia em pacientes com câncer de mama. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas , v. 29, n. 4, p. 597-607, Dez. 2012 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400014>. Acesso em 12 jun. 2016.

ROCHA, A.C.A.L; CIOSAK, S.I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 48, n. spe2, p. 87-93, Dez. 2014 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>. Acesso 07 Jun 2016.

RODRIGO, J.P. Results of total laryngectomy as treatment for locally advanced laryngeal cancer in the organ-preservation era. *Acta Otorrinolaringol Esp*, v. 66, n. 3, p. 132-8, Mai-Jun, 2015. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-pdf-90420513-S300>. Acesso em 07 Jun 2016.

SANTOS, C.B. et al . Comportamento dos músculos cervicais em indivíduos com fala esofágica e laringe artificial. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 82-90, Fev. 2010 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010000100011>. Acesso em 15 jun. 2016.

SANTOS, R.A. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 21-29, 2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/05_artigo_avaliacao_epidemiologica_paciente_s_cancer_trato_aerodigestivo_superior_relevancia_fatores_risco_alcool_tabaco.pdf. Acesso em 07 Jun 2016.

SANTOS, V.L C.G.. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 59-63, 2000.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a08>. Acesso em 2 mar 2015.

SAWADA, N.O. et al . Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 581-587, Sept. 2009 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300012>. Acesso em 10 jun. 2016.

SCHMIDT, M.I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Londres, n.337, v. 9781, p.1949-61, 2011. Disponível em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso 12 Fev 2016

SILVA, A.P. et al. Quality of Life in Patients Submitted to Total Laryngectomy. **Journal of Voice**, Porto, n.3,v.29, p. 382–882, 2015. Disponível em: [http://www.jvoice.org/article/S0892-1997\(14\)00188-X/pdf](http://www.jvoice.org/article/S0892-1997(14)00188-X/pdf). Acesso em 21 abr 2016.

SILVA, E.G.F et al . Pacientes com câncer de laringe no Nordeste: intervenção cirúrgica e reabilitação fonoaudiológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 151-157, Feb. 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161814915>. Acesso em 23 abr 2016.

SILVA, FA. Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Fundação Antonio Prudente, 2008.

SILVA,L. S. L.; PINTO, M.H.; ZAGO, M.M.F. Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro v.48, n. 2, p 213-221, 2002. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/artigo1.pdf. Acesso em 3 Fev 2015.

SINGER, S. et al. Measuring quality of life in patients with head and neck cancer: Update of the EORTC QLQ-H&N Module, Phase III. **Head Neck**. v. 37, n. 9, p1358-67, 2015 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24832623>

SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia. **Competência do Enfermeiro estomaterapeuta Ti SOBEST ou do Enfermeiro Estomaterapeuta**, 2009. Disponível em http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=87. Acesso em 3 Mar 2015

SOBOTTA, J. et al. **Atlas de Anatomia Humana - Cabeça, Pescoço e Extremidade Superior**. 23 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 3 v.

SONOBE, H.M. et al. Método do Arco no Ensino Pré-Operatório de Pacientes Laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, n 47, v. 4, p. 425-33, 2001. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/artigo7.html. Acesso em 12 Fev 2015.

SOUSA, A. A et al . Laringectomia de resgate: utilização do retalho miocutâneo de peitoral maior na prevenção de fístula faringocutânea. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São

Paulo , v. 78, n. 4, p. 103-107, Ago. 2012 . Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000400019>. Acesso em 06 Jun 2016.

SÜSLÜ, N.; HOŞAL, S. Early oral feeding after total laryngectomy: Outcome of 602 patients in one cancer center. **Auris Nasus Larynx**, v.43, n. 5, p. 546-50, Out. 2016. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0385-8146\(16\)30027-X](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0385-8146(16)30027-X). Acesso 07 Jun 2016.

TEIXEIRA, R. C. P.; CAHALI, M. B. Apneia do sono: há diferenças entre laringectomias verticais ou horizontais?. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 79, n. 6, p. 668-672, Dez. 2013 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130124>. Acesso em 06 Jun 2016.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Acesso em 16 Jan 2015.

WHO, World Health Organization. **WHOQOL: study protocol**. MNH/PSF/93. p.39. Genebra, 1993.

WHO, World Health Organization. **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency**, Geneva, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44474/1/9789241500777_eng.pdf.

WOOD- DAUPHINEE,S. Assessing Quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal Clin. Epidemiol.** v. 52, n.4, p. 355-363, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10235176>. Acesso em 21 Jan 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
COORDENADORIA GERAL DE PESQUISA – CGP
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta ___/___/___ Data de nascimento ___/___/___ Nº _____

<p>CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMAGRÁFICA</p> <p>SEXO: (1) Feminino (2) Masculino</p> <p>ESTADO CIVIL ANTES: (1) Solteiro (2) Casado/União estável (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo</p> <p>ESTADO CIVIL DEPOIS: (1) Solteiro (2) Casado/União estável (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo</p>	<p>RENDA PESSOAL ANTES DA LARINGECTOMIA: (1) <1 salário mínimo (2) 1 a 2 salários mínimos (3) 3 a 4 salário mínimo (4) > 4 salários mínimos</p> <p>RENDA PESSOAL APÓS A LARINGECTOMIA: (1) <1 salário mínimo (2) 1 a 2 salários mínimos (3) 3 a 4 salário mínimo (4) > 4 salários mínimos</p>
<p>ESCOLARIDADE: (1) Não alfabetizado (2) Ensino fundamental incompleto ou completo (3) Ensino médio incompleto ou completo (4) Ensino superior incompleto ou completo</p> <p>COR/RAÇA: (1) Pardo (2) Negro (3) Branco (4) Outra</p> <p>RELIGIÃO ANTES DA LARINGECTOMIA (1) Católico (3) Outras (2) Evangélico</p> <p>RELIGIÃO DEPOIS DA LARINGECTOMIA (1) Católico (3) Outras (2) Evangélico</p> <p>NATURALIDADE: (1) Teresina (3) Outros Estados (2) Interior do Piauí Especificar _____</p> <p>PROFISSÃO: Especificar _____</p> <p>OCUPAÇÃO ATUAL: (1) Desempregado (3) Aposentado/ Licenciado (2) Empregado Especificar _____</p> <p>HÁ CASOS DE CÂNCER EM FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU? (1) Sim (2) Não</p>	<p>CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO</p> <p>HÁBITO TABAGISTA ANTES DO CÂNCER (1) Sim (2) Não Especificar tempo de abandono: _____ Especificar tempo que fumou: _____</p> <p>SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? (1) 1 A 5 cigarros (2) 6 a 20 cigarros (3) Mais de 1 maço por dia</p> <p>HÁBITO TABAGISTA APÓS O CÂNCER (1) Sim (2) Não</p> <p>HÁBITO ETILISTA (1) Sim (2) Não Especificar tempo de abandono: _____ Especificar tempo de abandono: _____</p> <p>SE SIM, QUANTAS VEZES NA SEMANA INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? (1) 1 vez por semana (2) 2 ou 3 vezes por semana (3) 4 ou mais vezes ao dia (4) Não bebe toda semana</p> <p>HÁBITO ETILISTA APÓS O CÂNCER (1) Sim (2) Não</p>

SE SIM, QUAIS REGIÕES DO CORPO:
ESPECIFICAR _____

EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SEXUAL, VOCÊ SE CONSIDERA:

- (1) Homossexual
(2) Heterossexual
(3) Bissexual

AINDA EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SEXUAL, VOCÊ PRÁTICA SEXO ORAL?

- (1) Sim (2) Não

VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL, ANTES DA CIRURGIA EM RELAÇÃO AS MODIFICAÇÕES QUE ACONTECERIA COM SEU CORPO POR CAUSA DA LARINGECTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM QUAL(S) PROFISSIONAL(S) REALIZOU A ORIENTAÇÃO?

- (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Fisioterapeuta
(4) Fonoaudióloga (5) Assistente Social
(6) Outros: _____

VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE CUIDADOS COM O CORPO E COM A CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA APÓS REALIZAR A LARINGECTOMIA ?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM QUAL(S) PROFISSIONAL(S) REALIZOU A ORIENTAÇÃO

- (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Fisioterapeuta
(4) Fonoaudióloga (5) Assistente Social
(6) Nutricionista (7) Outros: _____

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E DE TRATAMENTO

TEMPO DE DIAGNÓSTICO

- (1) Menos de 1 ano (3) Mais de 3 anos
(2) De 1 ano a 2 anos

ATUALMENTE VOCÊ TEM ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

- (1) Diabetes (3) Hipertensão
(2) Pneumopatias (4) Cardiopatias
(5) Outras Especificar _____
(6) Nenhuma

ESTADIAMENTO DA DOENÇA NO DIAGNÓSTICO

- (1) Fase Inicial
(2) Fase Avançada Estágio: _____

HOUVE REINTERNAÇÃO APÓS A LARINGECTOMIA RELACIONADAS COM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS, COM A PELE

TEVE RECIDIVA DA DOENÇA?

- (1) Sim
(2) Não

TIPO DE TRATAMENTO

- (1) Quimioterapia
(2) Radioterapia
(3) Quimioterapia e radioterapia
(4) Outros. Especificar _____

SE FEZ QUIMIOTERAPIA, QUANDO FOI O ÚLTIMO CICLO?

- (1) Há 3 - 6 meses
(2) Há 1 ano
(3) Há 7 - 11 meses
(4) Há mais de 1 ano

SE FEZ RADIOTERAPIA, QUANDO FOI O ÚLTIMO SESSÃO?

- (1) Há 3 - 6 meses
(2) Há 1 ano
(3) Há 7 - 11 meses
(4) Há mais de 1 ano

HÁ QUANTO TEMPO FEZ A LARINGECTOMIA?

- (1) Há menos de 1 ano
(2) Entre 1 a 2 anos
(3) Mais de 3 anos

HOSPITAL QUE FEZ A CIRURGIA: _____

MEDICO QUE REALIZOU A CIRURGIA ERA ESPECIALISTA:

- (1) Sim (2) Não

JÁ HOUVE NECESSIDADE DE PROCURAR AJUDA PROFISSIONAL PARA A REINTRODUÇÃO DA CÂNULA?

- (1) Sim (2) Não

HOUVE COMPLICAÇÕES CIRURGICAS APÓS A LARINGECTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM PARA COMPLICAÇÕES, ASSINALE ABAIXO O QUAIS COMPLICAÇÕES ACONTECERAM?

- (1) Obstrução da cânula
(2) Hemorragias
(3) Infecção da pele peri-traqueostomia
(4) Infecção respiratória
(5) Fístula

HOUVE NECESSIDADE DE REALIZAR MAIS DE UMA CIRURGIA DE LARINGECTOMIA OU AJUSTE CIRURGICO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

OU COM A CANULA DE TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

ATUALMENTE SUA ALIMENTAÇÃO ACONTECE:

- (1) Pela Boca
-
- (2) Por Sonda
-
- (3) Por gastrostomia

CUIDADOS COM A CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA**QUAL CÂNULA VOCÊ UTILIZA ATUALMENTE?**

- (1) Metálica (2) Silicone

QUEM REALIZA A HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Você mesmo (2) Outros

DURANTE A HIGIENIZAÇÃO DA SUA TRAQUEOSTOMIA, É RETIRADA A CÂNULA FIXA?

- (1) Sim (2) Não, somente a intermediária

QUANTAS VEZES POR DIA É REALIZADA A HIGIENIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA?

- (1) 1x por dia (2) 2x a 3x por dia
-
- (3) 4x ou mais

QUAIS MATERIAIS SÃO UTILIZADOS DURANTE A HIGIENIZAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Água (2) Sabão (3) Gazes
-
- (4) Panos (5) Palitos (6) Escova
-
- (7) Soro (8) Cotonete (9) Álcool (10)
-
- Outros: _____

FAZ OCLUSÃO DA TRAQUEOTOMIA DURANTE O BANHO?

- (1) Sim (2) Não

FAZ OCLUSÃO DA TRAQUEOTOMIA AO SAIR DE CASA?

- (1) Sempre
-
- (2) Frequentemente
-
- (3) Raramente
-
- (4) Nunca

ATUALMENTE UTILIZA ALGUMA PROTEÇÃO PARA A CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM, O QUE UTILIZA PARA A PROTEÇÃO?

- (1) Lenços (2) Gazes (3) Espuma especial
-
- (4) Outro: _____

CONHECE ALGUM PRODUTO DISPONIVEL NO MERCADO PARA UTILIZAR NA TRAQUEOSTOMIA?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM, QUAIS PRODUTOS CONHECE?

- (1) Espumas
-
- (2) Lenços protetores
-
- (3) Válvula Fonatórias
-
- (4) Outros: _____

Obrigada pela sua atenção!!

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa: **“Qualidade de vida de pessoas laringectomizadas total”** respondendo aos questionários contendo aspectos referentes a sua qualidade de vida. Não se apresse em tomar a decisão, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento e o pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) se decida a participar. Depois de esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você tem direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

Objetivo do estudo: Avaliar a qualidade de vida de paciente com laringectomia total

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder as questões relacionadas a sua caracterização sociodemográfica, questões clínicas e fatores de risco acerca da laringectomia total e sua qualidade de vida

Benefícios: Este estudo trará maior conhecimento acerca da qualidade de vida de pessoas com laringectomia total, fornecendo informação que possibilitará melhorias na qualidade de vida e na assistência de enfermagem à população laringectomizada, reorientando processos de trabalhos, estruturas e recursos disponíveis para o cuidado.

Riscos: O preenchimento do questionário não proporcionará qualquer risco de ordem física. Pode ocorrer fadiga física e mental pela extensão dos questionários, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Os riscos serão minimizados por meio de uma abordagem compreensiva e isenta de julgamentos, da preservação da identidade e garantia de sigilo das informações. Entretanto, em caso de ocorrência de danos, o pesquisador irá proporcionar assistência imediata, bem como se responsabilizará pela assistência integral ao participante no que se refere às complicações e danos decorrentes desta.

Sigilo: As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando divulgado resultados da pesquisa.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura: _____

Nº do RGou CPF: _____

Profª Drª Maria Helena Barros Araújo Luz

Presenciamos a solicitação do consentimento Livre e Esclarecido, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da participante

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome _____ RG _____

Nome _____ RG _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades <u>financeiras</u> ?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima			Ótima			

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima			Ótima			

ANEXO B - EORTC QOL MODULE FOR HEAD AND NECK CANCER (QLQ-H&N 43)

PORTUGUESE (PORTUGAL)



EORTC QLQ - H&N43

Por vezes os doentes dizem que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a última semana. Por favor, responda fazendo um círculo no número que melhor se aplica a si.

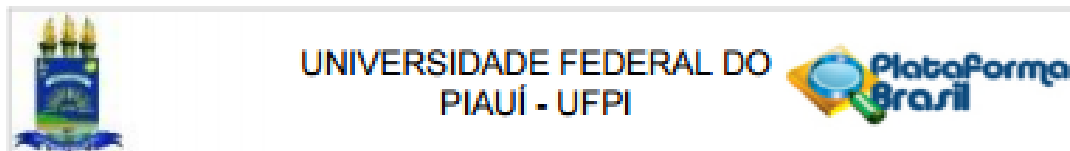
Durante a última semana:	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
31. Teve dores na boca?	1	2	3	4
32. Teve dores na mandíbula?	1	2	3	4
33. Sentiu a boca dorida?	1	2	3	4
34. Teve dores de garganta?	1	2	3	4
35. Teve problemas em engolir líquidos?	1	2	3	4
36. Teve problemas em engolir alimentos moles?	1	2	3	4
37. Teve problemas em engolir alimentos sólidos?	1	2	3	4
38. Engasgou-se ao engolir?	1	2	3	4
39. Teve problemas com os dentes?	1	2	3	4
40. Teve problemas por causa da perda de alguns dentes?	1	2	3	4
41. Teve problemas em abrir bem a boca?	1	2	3	4
42. Teve boca seca?	1	2	3	4
43. Teve saliva pegajosa?	1	2	3	4
44. Teve problemas com o olfacto (cheiro)?	1	2	3	4
45. Teve problemas com o paladar (gosto)?	1	2	3	4
46. Teve problemas em tossir?	1	2	3	4
47. Teve problemas de rouquidão?	1	2	3	4
48. Teve problemas com o seu aspecto físico?	1	2	3	4
49. Sentiu-se menos atraente fisicamente por causa da sua doença ou tratamento?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (PORTUGAL)

Durante a última semana:	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
50. Sentiu-se insatisfeito com o seu corpo?	1	2	3	4
51. Teve problemas em comer?	1	2	3	4
52. Teve problemas em comer à frente da sua família?	1	2	3	4
53. Teve problemas em comer à frente de outras pessoas?	1	2	3	4
54. Teve problemas em apreciar as suas refeições?	1	2	3	4
55. Teve problemas em falar com outras pessoas?	1	2	3	4
56. Teve problemas em falar ao telefone?	1	2	3	4
57. Teve problemas em falar em sítios barulhentos?	1	2	3	4
58. Teve problemas em falar claramente?	1	2	3	4
59. Teve problemas em ir a lugares públicos?	1	2	3	4
60. Sentiu menos interesse pelo sexo?	1	2	3	4
61. Teve menos prazer sexual?	1	2	3	4
62. Teve problemas em levantar o braço ou movê-lo para os lados?	1	2	3	4
63. Teve dores no ombro?	1	2	3	4
64. Teve um inchaço no seu pescoço?	1	2	3	4
65. Teve problemas de pele (ex. comichão, pele seca)?	1	2	3	4
66. Teve uma erupção cutânea?	1	2	3	4
67. A cor da sua pele mudou?	1	2	3	4
68. Tem-se sentido preocupado por o seu peso ser demasiado baixo?	1	2	3	4
69. Tem-se sentido preocupado com os resultados de exames ou testes?	1	2	3	4
70. Tem-se sentido preocupado com a sua saúde futura?	1	2	3	4
71. Teve problemas com a cicatrização de feridas?	1	2	3	4
72. Teve formigueiro ou dormência nas mãos ou pés?	1	2	3	4
73. Teve problemas em mastigar?	1	2	3	4

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida de pessoas laringectomizadas com traqueostomia

Pesquisador: MARIA HELENA BARROS ARAÚJO LUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48287715.2.3001.5214

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.322.972

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativo que será realizado em uma instituição nosocômial de alta complexidade, escolhida por ser referência no tratamento oncológico na cidade de Teresina –PI .A população do estudo será composta por 100% dos pacientes laringectomizados com traqueostomia em atendimento ambulatorial nas instituições de estudo. Os dados serão coletados através de entrevista com aplicação de questionários validados e outro elaborado pela autora que serão complementados com exame físico.Serão levantadas as seguintes variáveis: dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil antes e após confecção do estoma, nível de escolaridade, religião,situação previdenciária, profissão após estoma,renda familiar mensal, renda per capita), fatores de risco(profissão, hábitos tabagista, etilista,

fumante passivo, história de câncer na família), dados clínicos (etiologia da cirurgia, tipo de cirurgia, tempo de internação, tipos de tratamento,orientações de cuidados coma cânula, presença de secreção traqueal, presença de curativos absorventes, aspecto do traqueóstomo, presença de complicações na pele e no traqueóstomo tempo de laringectomizado, caracterização quanto a adaptação ao traqueóstomo, tempo necessário para

se sentir confortável com o traqueóstomo, dificuldades quanto ao autocuidado, limitações nas atividades da vida diária) as consequências do tratamento (fonação, deglutição, respiração,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.040-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.322.972

estético) e dados referentes a assistência em saúde e especificamente de enfermagem (se recebeu orientações, em que momento do peri-operatório, qual(s) orientação(ões) e quem orientou).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida de pessoas laringectomizadas com traqueostomia

Objetivo Secundário:

Caracterizar as pessoas laringectomizadas com traqueostomia quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;

Identificar aspectos relevantes da qualidade de vida dos pacientes laringectomizados com traqueostomia segundo sua própria percepção a partir do questionários QLQ-H&N35 E QLQC35;

Investigar a associação dos fatores sociodemográficos, clínicos, comorbidades, hábitos de vida com os domínios da qualidade de vida dos laringectomizados com traqueostomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A obtenção dos dados para o preenchimento do questionário não proporciona risco de ordem física, porém pode ocorrer constrangimento, fadiga física e mental pela dificuldade de comunicação e extensão dos questionários, o que será contornado pela habilidade do pesquisador possibilitando a colaboração de familiar ou responsável, promovendo um ambiente privativo, silencioso, buscando minimizar os riscos por meio de uma abordagem

compreensiva, isenta de julgamentos, com preservação da identidade e garantia de sigilo das informações. Entretanto, em caso de ocorrência de dificuldades o pesquisador irá proporcionar assistência imediata.

Benefícios:

Este estudo trará maior conhecimento acerca da qualidade de vida de pessoas laringectomizadas com traqueostomia, fornecendo informações que possibilitarão assistência de enfermagem especializada, reorientando processos de trabalhos, estruturas e recursos disponíveis para o cuidado qualificado para a promoção da saúde, prevenir complicações e otimizar o processo de reabilitação contribuindo para melhor qualidade de vida dessa clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é importante sobre qualidade de vida de pessoas laringectomizadas com traqueostomia e as intervenções de enfermagem.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cop.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.322.972

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios estão anexados.

Recomendações:

Ver Resolução 466 de 2012 que dispõem sobre pesquisa em seres humanos com vista a melhor orientação a condução da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_561442.pdf	06/08/2015 05:33:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Final.docx	06/08/2015 05:29:42		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	06/08/2015 04:48:35		Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade.pdf	06/08/2015 04:47:48		Aceito
Outros	QLQ-C30 Portuguese.pdf	30/07/2015 17:49:13		Aceito
Outros	H&N43 Portuguese (1).pdf	30/07/2015 17:47:18		Aceito
Outros	Curriculo Lattes MH.pdf	30/07/2015 17:39:20		Aceito
Outros	Autorização institucional.pdf	30/07/2015 17:35:28		Aceito
Outros	Declaração dos pesquisadores.pdf	30/07/2015 17:35:08		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento.pdf	30/07/2015 17:34:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2015 17:33:26		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.322.972

Não

TERESINA, 13 de Novembro de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER**Hospital São Marcos**

Rua Olavo Bilac, 2300 • Telefone 086 2106 8000 • Fax 086 2106 80
C.G.C. 06870026/0001-77 • I. E. Isento • 64001-280 Teresina - Pia



SÃO MARCOS

Para toda vida

Fundada a 12 de novembro de 1953

•

Considerada de Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 1.019 de 09 de junho de 1954

•

Considerada de Utilidade Pública Municipal pela Lei nº 1.414 de 12 de maio de 1973

•

Considerada de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 89.057 de 24 de novembro de 1983

•

Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984, pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério de Educação e Cultura

•

Cadastrada na Divisão Nacional de Doenças Crônicas - Degenerativas Processo DNC 9.918/72

DECLARAÇÃO

A ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER, pessoa jurídica direito privado, inscrita no CNPJ nº 06.870.026/0001-77, estabelecida na F Olavo Bilac nº 2300, bairro centro, em Teresina-PI, neste ato representada por seu Presidente **ALCENOR BARBOSA DE ALMEIDA**, declara que pesquisadoras Dr. Maria Helena Barros Araújo Luz e Rebeca Mendes Monteil submeteram a esta Entidade o projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida de laringectomizados com traqueostomia", ciente de que a realização pesquisa está condicionada a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta Entidade.

Declara ainda, que esta Entidade possui a infraestrutura necessária para realização do projeto em questão.

Teresina, 10 de julho de 20

Edilson Carvalho de Sousa Júnior
ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER
EDILSON CARVALHO DE SOUSA JÚNIOR
Diretor Clínico

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS



Autorização

Declaro, para os devidos fins, que a Enfermeira Rebeca Monteiro é parte integrante do grupo de pesquisadores do Protocolo HN 43 de avaliação de qualidade de vida em pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço e está autorizada a aplicar os questionários EORTC QLQ-30 e EORTC HN43 em entrevista com os referidos pacientes.

Brasília/DF, 26 de junho de 2015


Dr. Marcos Santos
CRM-DF 14301

Dr. Marcos Santos
CRM-DF 14301

Dr. Marcos Santos
Chefe do Serviço de Oncologia - Hospital Universitário de Brasília
Membro do "EORTC Quality of Life Group"
CRM DF 14301