

Resiliência e qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Resilience and quality of life in patients with head and neck cancer

Resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Recebido: 20/03/2022 | Revisado: 26/03/2022 | Aceito: 28/03/2022 | Publicado: 04/04/2022

Ywia Danieli Valadares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4124-6309>
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil
E-mail: ywiaval@hotmail.com

João Marcos Arantes Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9735-3026>
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil
E-mail: jmarcosccp@uol.com.br

Ana Paula Madureira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6614-7940>
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil
E-mail: apmadureira@ufsj.edu.br

Michele Conceição Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8866-7499>
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil
E-mail: michelepereira@ufsj.edu.br

Resumo

Objetivos: Comparar os escores de resiliência e qualidade de vida em pacientes com carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço (CCECP) submetidos a tratamento cirúrgico em diferentes momentos do tratamento e correlacionar tais variáveis. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte com abordagem quantitativa, desenvolvido com 28 pacientes diagnosticados com CCECP, submetidos a tratamento cirúrgico e acompanhados no pré-operatório (T1), quatro a seis semanas (T2) e seis meses após o término do tratamento (T3). Aplicaram-se o Mini exame do estado mental (MEEM), a Escala de resiliência e o questionário de qualidade de vida UW-QOL nos três momentos. **Resultados:** Comparando-se a resiliência e seus domínios nos três tempos, não houve diferença significativa. Em relação à QV, observou-se diferença significativa no domínio função física, quando comparados T1 e T2. Notou-se correlação positiva entre a resiliência e a depressão. **Conclusão:** Dada a correlação encontrada, sugere-se que as variáveis estudadas sejam analisadas nesse grupo de pacientes no momento do diagnóstico, permitindo a equipe traçar táticas para aumentar a resiliência, qualidade de vida e contribuir para o sucesso do tratamento e do prognóstico.

Palavras-chave: Neoplasias de cabeça e pescoço; Carcinoma de células escamosas; Resiliência psicológica; Qualidade de vida.

Abstract

Objectives: To compare resilience and quality of life scores in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck (HSCC) undergoing surgical treatment at different times of treatment and to correlate these variables. **Methods:** This is a cohort study with a quantitative approach, developed with 28 patients diagnosed with HNSCC, submitted to surgical treatment and followed up preoperatively (T1), four to six weeks (T2) and six months after the end of the procedure. treatment (T3). The Mini Mental State Examination (MMSE), the Resilience Scale and the UW-QOL quality of life questionnaire were applied at the three moments. **Results:** Comparing resilience and its domains at the three times, there was no significant difference. Regarding QoL, a significant difference was observed in the physical function domain, when T1 and T2 were compared. There was a positive correlation between resilience and depression. **Conclusion:** Given the correlation found, it is suggested that the variables studied be analyzed in this group of patients at the time of diagnosis, allowing the team to outline tactics to increase resilience, quality of life and contribute to the success of treatment and prognosis.

Keywords: Head and neck neoplasms; Squamous cell carcinoma; Psychological resilience; Quality of life.

Resumen

Objetivos: Comparar los puntajes de resiliencia y calidad de vida en pacientes con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (HSCC) sometidos a tratamiento quirúrgico en diferentes momentos del tratamiento y correlacionar estas variables. **Métodos:** Se trata de un estudio de cohortes con abordaje cuantitativo, desarrollado con 28 pacientes diagnosticados de HNSCC, sometidos a tratamiento quirúrgico y seguidos preoperatoriamente (T1), cuatro a seis semanas (T2) y seis meses después de finalizado el tratamiento. (T3). Se aplicó el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Resiliencia y el cuestionario de calidad de vida UW-QOL en los tres momentos. **Resultados:** Al comparar la resiliencia y sus dominios en los tres tiempos, no hubo diferencia significativa. En cuanto a la CV, se

observó diferencia significativa en el dominio función física, cuando se compararon T1 y T2. Hubo una correlación positiva entre la resiliencia y la depresión. Conclusión: Dada la correlación encontrada, se sugiere que las variables estudiadas sean analizadas en este grupo de pacientes al momento del diagnóstico, permitiendo al equipo trazar tácticas para aumentar la resiliencia, la calidad de vida y contribuir al éxito del tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: Neoplasias de cabeza y cuello; Carcinoma de células escamosas; Resiliencia psicológica; Calidad de vida.

1. Introdução

O câncer de cabeça e pescoço é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em 2020 houve 878.348 novos casos da doença e 444-347 óbitos no mundo (SUNG et al., 2021). No Brasil, no triênio 2020-2022, serão diagnosticados 22.840 novos casos (INCA, 2019).

Compreende os tumores malignos que se desenvolvem na região da cavidade oral, lábio, faringe e laringe (Algtewi et al., 2017; Gomes-Ferraz et al., 2019) sendo o carcinoma de células escamosas (CCE) o tipo histológico mais prevalente, presente em quase 90% dos casos (Casati et al., 2012; Clinic et al., 2018; Siegel et al., 2019; Zhou et al., 2018).

Existem algumas modalidades terapêuticas para o CCECP, dentre elas a cirurgia, radioterapia e quimioterapia ou uma combinação entre os métodos a depender do estadiamento tumoral, condições clínicas do paciente e ressecabilidade do tumor (Marta et al., 2011; Rocha et al., 2017; Scutti et al., 2016). Essas modalidades terapêuticas permitem melhor controle tumoral e aumentam a sobrevida, entretanto, várias alterações físicas e emocionais são observadas nos pacientes, decorrentes da doença e tratamento, tais como: deficiências na alimentação, fala e respiração, associadas com desfiguração facial (algtewi et al., 2017; Daugaard et al., 2017; Silveira et al., 2012), que podem comprometer sua qualidade de vida (Paula et al., 2012).

A experiência de ter um diagnóstico de câncer e a trajetória do tratamento fazem com que os pacientes mudem seus hábitos de vida, passando por algumas fases até aceitar a doença e aderir ao tratamento, que são partes de um processo de enfrentamento (Salci & Marcon, 2010). Assim, é importante que o paciente seja resiliente, ou seja, tenha capacidade para lidar com eventos traumáticos e consigam manter a função psicológica, emocional e física (Scali et al., 2012).

Há algum tempo a qualidade de vida tem sido estudada nessa população em diferentes países (Carrera et al., 2017; Daugaard et al., 2017; Gomes-Ferraz et al., 2019; Parkar & Shah, 2015; Pinto & Mont 'Alverne, 2015; So et al., 2012; de Graeff et al., 2000), porém, ainda existe uma carência de trabalhos envolvendo a resiliência nesse grupo.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência do tratamento cirúrgico na resiliência e qualidade de vida dos pacientes com CCECP cirúrgicos em diferentes fases do tratamento, bem como correlacionar tais variáveis.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo clínico longitudinal prospectivo, de coorte com abordagem quantitativa, desenvolvido com pacientes diagnosticados com CCECP e submetidos a tratamento cirúrgico no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um hospital de referência no interior de Minas Gerais, Brasil, no período de agosto de 2017 a novembro de 2019.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do *Campus* Centro-Oeste Dona Lindu, da Universidade Federal de São João Del Rei (protocolo nº 2.172.356) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus (protocolo nº 2.225.907). Todos os voluntários assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para avaliar a resiliência e a qualidade de vida os questionários foram aplicados em três momentos distintos: pré-operatório (Tempo 1- T1); entre quatro a seis semanas (Tempo 2- T2) e seis meses após o término do tratamento (Tempo 3- T3). Os critérios de inclusão compreenderam: (I) pacientes com tumor primário diagnosticado como CCE localizados na boca, faringe, laringe ou hipofaringe, confirmado por biópsia; (II) pacientes submetidos à cirurgia como tratamento inicial com finalidade curativa; (III) ausência de alterações cognitivas identificadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci

et al., 1994); (IV) pacientes que concordaram com o estudo e assinaram o TCLE. Os critérios de exclusão foram: (I) presença de outros tumores primários simultâneos; (II) pacientes com metástase à distância na época da admissão e (III) ausência de realização de alguma das avaliações do protocolo.

Após a avaliação dos cirurgiões e indicação do procedimento cirúrgico, realizou-se a coleta de dados do T1. Cada voluntário respondeu a uma ficha de identificação contendo dados demográficos, história clínica, fatores de risco e exame locorregional.

Aplicou-se o MEEM para avaliação cognitiva, composto por sete categorias que mensuram funções cognitivas específicas: orientação para tempo e local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança de três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual (Bertolucci et al., 1994). O escore varia de zero a 30 pontos, sendo: 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo, 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo, 28 pontos para aqueles com nove a 11 anos de estudo e 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo (Brucki et al., 2003).

Adicionalmente, os pacientes responderam a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young, (1993), a qual avalia os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes e divide-se em três domínios: resolução de ações e valores, independência e determinação e autoconfiança e capacidade de adaptação a situações. Validada no Brasil por Pesce et al., (2005), esse instrumento possui 25 itens descritos de forma assertiva, cujas respostas especificam o nível de concordância do entrevistado à afirmação (tipo likert), variando de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, sendo que valores altos indicam elevada resiliência. A soma dos pontos gera um escore total que foi categorizado em: baixo (menor ou igual a 124 pontos); médio (125 a 145 pontos) e alto (maior que 145 pontos) (Wagnild, 2009).

Também foi aplicado, na forma de entrevista, o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) (4ª. versão), traduzido e validado no Brasil por Vartanian et al., (2006). Esse questionário consta de 12 domínios que avaliam dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombro, paladar, saliva, humor e ansiedade. Cada questão permite descrever as disfunções ou limitações vividas diariamente pelo paciente, possuindo entre três e cinco possibilidades de escolha, resultando numa escala de zero (pior) a 100 (melhor) pontos.

A escala de resiliência e o questionário UW-QOL foram aplicados também no T2 e T3, no momento em que cada paciente fazia o retorno ao hospital.

Os dados foram analisados pelo software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 23.0 (SPSS Inc., Estados Unidos). Para verificar a diferença entre os três tempos avaliados, testou-se a normalidade dos dados por meio de teste de Kolmogorov-Smirnov. Como nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal, realizou-se a análise de variância de Friedman (para medidas repetidas) seguida de pós teste de Dunn.

Na correlação entre as variáveis, o teste de Kolmogorov Smirnov não mostrou distribuição normal. Dessa forma, utilizou-se o teste de correlação de Spearman. O nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) foi considerado para todos os testes estatísticos.

3. Resultados

No T1, avaliaram-se 34 pacientes com CCECP, porém seis foram excluídos por não terem cognitivo preservado, segundo o MEEM. Dos 28 pacientes do T1, seis foram excluídos: dois por decisão de tratamento conservador, um por se recusar a continuar na pesquisa e três por óbito, totalizando 22 pacientes. No T2 e na etapa final (T3), um paciente foi excluído, pois mudou-se de estado e perdemos o seguimento, contabilizando 21 pacientes.

Na análise da resiliência, observou-se que não houve diferença significativa em qualquer domínio nem no escore total nos três tempos investigados, como ilustra a Tabela 1.

Tabela 1. Média, mediana e intervalo da pontuação dos domínios de resiliência e escore total e comparação destes nos três tempos avaliados.

	T1 Média Mediana (Intervalo)	T2 Média Mediana (Intervalo)	T3 Média Mediana (Intervalo)	p
Resolução de Ações e Valores	84 88,5 57-98	78,55 84 30-97	82,19 84 35-98	0,9876
Independência e Determinação	30,14 30 18-42	28,09 28 10-42	29,57 30 13-42	0,917
Autoconfiança e Capacidade de adaptação a situações	30,71 33 16-59	28,36 29 16-35	30,52 35 18-35	0,318
Escore total	144,85 150 97-174	135,00 143,5 61-171	142,29 149 77-175	0,717

*p valor<0,005 é considerado significante. Fonte: Autores.

Na comparação dos domínios da qualidade de vida e escore total, houve diferença no domínio função física quando comparados os tempos 1 e 2 (Tabela 2).

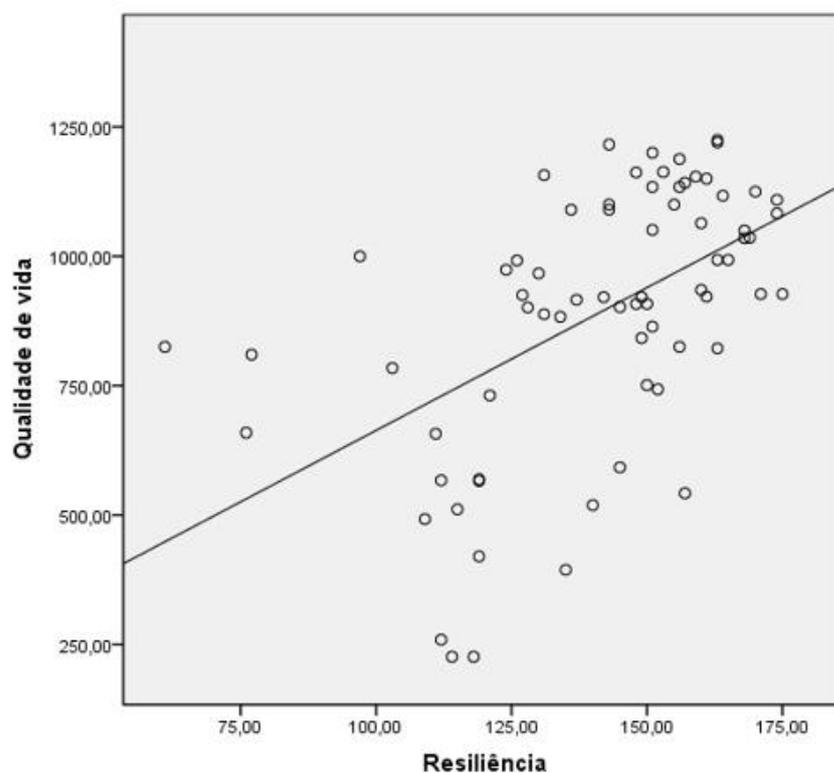
Tabela 2. Média, mediana e intervalo nas comparação dos domínios de QV e escore total nos três tempos avaliados.

	T1 Média Mediana (Intervalo)	T2 Média Mediana (Intervalo)	T3 Média Mediana (Intervalo)	p
QVFF	503,71 529 (159-666)	395,41 433 (166-600)	438,19 483 (133-600)	0,0058 *
QVFSE	422,71 446 (100-567)	411,86 442 (25-600)	458,81 492 (25-600)	0,3341
QVT	926,43 983 (259-1150)	822,27 895 (226-1200)	912,57 935 (226-1225)	0,0862

QVFF: Domínio função física; QVFSE: Domínio função socioemocional; QVT: Escore total da qualidade de vida. *p valor<0,005 é considerado significante. Fonte: Autores.

Para as análises de correlações, utilizou-se a soma dos escores totais das variáveis nos três tempos. Foi observada correlação positiva e estatisticamente significativa entre a resiliência e QV ($\rho=0,575$; $p=0,000$), como ilustra a figura 1.

Figura 1. Correlação entre a resiliência e qualidade de vida.



Fonte: Autores.

4. Discussão

Quando comparado a QV no T1 e T2, observou-se redução nos escores do domínio função física. É provável que essa diferença observada seja devido ao impacto do tratamento na qualidade de vida dos voluntários, provavelmente maior naqueles que foram laringectomizados, pois esses cursam com grande dificuldade de comunicação e comprometimento da fala, deglutição e aparência avaliados nesse domínio.

Estudos mostraram que pacientes com CCP podem evoluir com importante perda de peso, resultante sobretudo da baixa ingestão oral e alterações na mastigação, devido aos tumores de cavidade oral e faringe, sendo considerado um fator de pior prognóstico (Martin et al., 2015; Pai et al., 2012). Ao mesmo tempo, a deficiência nutricional afeta o sistema imunológico e contribui para o aumento de infecções, internações e até suspensão do tratamento, cooperando para a redução da qualidade de vida (Ravasco et al., 2005).

No presente estudo, vários pacientes sofreram com alterações na deglutição após o procedimento cirúrgico e o tratamento adjuvante. Estudos apontam que os tratamentos cirúrgicos com grandes ressecções de tecidos ou estruturas anatômicas, como os que ocorrem nos CCPs, podem afetar a deglutição, nutrição e qualidade de vida dos pacientes em diversos aspectos, como físicos, emocionais e socioculturais (Brockbank et al., 2015; Lango et al., 2014; Mchorney et al., 2000; Moreti et al., 2018).

Uma coorte realizada com 159 pacientes portadores de CCECP avaliou o impacto da disfagia na sobrevida e qualidade de vida. O estudo concluiu que os pacientes com disfagia tiveram redução do domínio estado geral de saúde no questionário de qualidade de vida e que a disfagia foi preditiva de recorrência do tumor e morte relacionada à doença (Lango et al., 2014).

Além da disfagia é frequentemente observada a disfonia ou afonia em pacientes com CCP, sobretudo nos tumores de laringe, impactando diretamente na qualidade de vida (Bajaj et al., 2011; Robertson et al., 2012).

A aparência também foi avaliada no domínio função física do questionário UW-QOL, com diferença nos Tempos 1 e 2. Vários estudos têm mostrado que as cirurgias para ressecção de tumores de CP, apesar de aumentarem a sobrevida, causam queda substancial da qualidade de vida, pois levam a deformidades e incapacidades (Babin et al., 2008; Biazevic et al., 2010; Djan; Penington, 2013; Kansy et al., 2018; Pinto; Mont 'Alverne, 2015; Pusic et al., 2007)

Em alguns casos, as cirurgias para retirada dos CCECPs removem o tumor e os tecidos da face, cabeça e pescoço, causando intensa desfiguração devido a cicatrizes, assimetrias, alteração do movimento muscular e comprometimento do funcionamento físico, levando a necessidade de reconstrução cirúrgica, estomas ou próteses faciais (Callahan, 2005). Tal fato gera angustia e preocupações nos pacientes (Fingeret et al., 2012), que podem levá-los a isolamento social, problemas de intimidade, vergonha, medo de avaliações negativas por outras pessoas e alterações no comportamento (Lebel et al., 2013), o que pode ter contribuído para alteração no domínio função física nos tempos 1 e 2.

A desfiguração facial pode ter um impacto negativo profundo no domínio função física, pois o rosto é essencial para identidade da pessoa, para suas interações sociais e psicológicas (Mendes & Figueiras, 2013) Estudos mostram que o grau de perda estrutural e funcional associa-se a recuperação mais lenta, com maior isolamento social, baixa autoestima e depressão pós operatória (Thambyrajah et al., 2010), o que contribui para redução da qualidade de vida.

O paladar também pode ser comprometido, pois o tratamento de pacientes com CCP pode reduzir a concentração de células receptoras gustativas, sobretudo nos tratamentos cirúrgicos (Glossectomia e laringectomia), reduzindo a mobilidade da língua, reduzindo o apetite e impactando na qualidade de vida (McLaughlin, 2013; McLaughlin & Mahon, 2014).

Na análise da resiliência, não houve variação da pontuação da escala em nenhum domínio nem no escore total, nos três tempos pesquisados. Provavelmente essa não diferença pode ter relação com a moderada resiliência que os pacientes apresentaram no pré-operatório (média de 144,85).

Assim, como já mostravam-se resilientes antes do tratamento, passaram mais rapidamente pelo período da negação e já prosseguiram para o período da aceitação, concordando que o diagnóstico e tratamento são necessários e enxergando os aspectos positivos e negativos com maior discernimento (Cardoso et al., 2009), aumentando a capacidade de resiliência perante a doença.

Estudos envolvendo pacientes que passaram por um tratamento oncológico mostraram que, muitos pacientes alteram a maneira de ver e desfrutar a vida, concretizam mais as suas vontades e estimam-se mais, o que os torna mais capazes perante as adversidades e mais maduros e resilientes (Aaronson et al., 2014; Ristevska-Dimitrovska et al., 2015; Toriy et al., 2013), isso não foi observado no presente estudo, visto que os pacientes no tempo 2 tiveram moderado escore de resiliência. Tal fato não foi observado no presente estudo, visto que os pacientes tiveram moderado escore de resiliência nos três tempos avaliados, assim como não foi observada diferença entre os tempos.

Notou-se uma correlação positiva, moderada e significativa ($\rho=0,575$; $p=0,000$) entre resiliência e QV. Resultado similar foi reportado por um estudo recente, que avaliou a resiliência e QV em pacientes com CCP em tratamento. Os autores utilizaram o questionário de qualidade de vida UW-QOL e a escala de resiliência de Connor-Davidson e observaram que um aumento na resiliência previa um pequeno aumento na QV (Clarke et al., 2019).

A correlação mais robusta encontrada no presente estudo ($\rho=0,575$ - correlação moderada), quando comparada a encontrada no trabalho supracitado ($\rho=0,427$ - correlação fraca), provavelmente ocorreu, pois, pesquisamos apenas pacientes com um tipo determinado de tumor e todos submetidos a tratamento cirúrgico. Além disso, todos os pacientes que tiveram tumores prévios foram excluídos.

Outro estudo avaliou 970 pacientes com tumores digestivos e utilizou a mesma escala empregada no presente estudo. Demonstrou-se que a resiliência não foi preditor independente de qualidade de vida e representou apenas 14,80% do efeito total na QV (Tian & Hong, 2014). No presente estudo, quando analisado o R^2 observa-se que 33,06% da variabilidade da resiliência

pode ser explicada pela variabilidade na QV. Essa diferença pode ter ocorrido devido à diferença do local do tumor e da gravidade dos pacientes.

A resiliência e a qualidade de vida foram avaliadas em 218 pacientes com câncer de mama. Resultados significativos comprovaram que pacientes mais resilientes tem uma melhor QV (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015).

Estudo realizado em São Paulo analisou a QV e a resiliência em 144 pacientes com câncer colorretal e constatou que a resiliência é um fator protetor, que contribui para o tratamento da doença e melhora a QV (Costa et al., 2014), corroborando com os nossos resultados.

Nesse estudo, o tamanho reduzido da amostra pode ser considerado uma limitação, visto que, somente incluímos pacientes cirúrgicos com CCECP e com cognição preservada. Entretanto, importantes resultados foram encontrados, atendendo ao objetivo primário do estudo.

5. Considerações Finais

Pacientes com CCECP submetidos a tratamento cirúrgico, com maior resiliência, apresentam maior qualidade de vida. Sendo assim, avaliações específicas da qualidade de vida e resiliência nesse grupo se fazem necessárias e podem contribuir para a equipe atentar para quais deles podem se beneficiar de uma intervenção precoce, trabalhando estratégias para aumentar os níveis de resiliência e qualidade de vida, melhorando o processo terapêutico.

Referências

- Aaronson, N. K. et al. (2014). Beyond treatment - Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer*, 12(1), 54–64.
- Algtewi, E.; Owens, J. & Baker, S. R. (2017). Online support groups for head and neck cancer and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 26(9), 2351–2362.
- Babin, E. et al. (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: Predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 265(3), 265–270.
- Bajaj, Y. et al. (2011). Evaluation of voice and quality of life after transoral endoscopic laser resection of early glottic carcinoma. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 125(7), 706–713.
- Bertolucci, P. H. F. et al. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 01–07.
- Biazevic, M. G. H. et al. (2010). Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *Journal of Applied Oral Science*, 18(3), 279–284.
- Brockbank, S. et al. (2015). Pretreatment information on dysphagia: Exploring the views of head and neck cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 89–97.
- Brucki, S. M. D. et al. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3), 777–781.
- Callahan, C. (2005). Facial Disfigurement and Sense of Self in Head and Neck Cancer. *Social Work in Health Care*, 40(2), 73–87.
- Cardoso, G. et al. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Psilogos*, 7(1), 8–18.
- Casati, M. F. M. et al. (2012). Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil : estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 41, 186–191.
- Clarke, G. et al. (2019). Exploring the relation between patients' resilience and quality of life after treatment for cancer of the head and neck. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 57(10), 1044–1048.
- Clinic, M. et al. (2018). HHS Public Access. 92(6), 890–898.
- Costa, A. et al. (2014). Social support, resilience, stress and quality of life in colorectal cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 1, 18, 2.
- Daugaard, R. et al. (2017). Association between late effects assessed by physicians and quality of life reported by head-and-neck cancer survivors. *Acta Oncologica*, 56(2), 342–347.
- De Graeff, A. et al. (2000). Pretreatment Factors predicting quality of life treatment for head and neck cancer. *Head & Neck* 22, 398–407.

- Djan, R.; Penington, A. (2013). A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 66(5), 647–659.
- Fingeret, M. C. et al. (2012). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 21(8), 836–844.
- Gomes-Ferraz, C.; Rezende, G. & De Carlo, M. (2019). Uso de tecnologia de comunicação alternativa na avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 61–71.
- INCA, IN. N. DO C. J. A. GO. DA S. *Estimativa 2020 - Incidência de Câncer no Brasil*.
- Kansy, K. et al. (2018). Subjective and objective appearance of head and neck cancer patients following microsurgical reconstruction and associated quality of life—A cross-sectional study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 46(8), 1275–1284.
- Lango, M. N. et al. (2014). Baseline health perceptions, dysphagia, and survival in patients with head and neck cancer. *Cancer*, 120(6), 840–847.
- Lebel, S. et al. (2013). The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 140–152.
- Marta, G. N. et al. (2011). Câncer de cabeça e pescoço e radioterapia: breve contextualização. *Diagn Tratamento*, 16(3), 134–136.
- Martin, L. et al. (2015). Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *Journal of Clinical Oncology*, 33(1), 90–99.
- Mchorney, C. A. et al. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*, 15(3), 115–121.
- Mclaughlin, L. (2013). Taste dysfunction in head and neck cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 4–13.
- Mclaughlin, L. & Mahon, S. (2014). A meta-Analysis of the relationship among impaired taste and treatment, treatment type, and tumor site in head and neck cancer treatment survivors. *Oncology Nursing Forum*, 41(3).
- Mendes, J. C. da S. & Figueiras, M. J. (2013). Acquired Facial Disfigurement: a Brief Narrative Review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 484–501.
- Moreti, F. et al. (2018). Sinais, sintomas e função vocal em indivíduos com disfagia tratados de câncer de cabeça e pescoço. *Audiology - Communication Research*, 23, 1–9.
- Pai, P. C. et al. (2012). Impact of pretreatment body mass index on patients with head-and-neck cancer treated with radiation. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 83(1), e93–e100.
- Paula, J. M. DE et al. (2012). Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico : um estudo prospectivo. *Rev Latino Am Enfermagem*, 20(2), 1–7.
- Pesce, R. P. et al. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência C. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 436–448.
- Pinto, G. P. DE & Mont 'Alverne, D. G. B. (2015). Neoplasias de cabeça e pescoço: impactos funcionais e na qualidade de vida. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 44(3), 152–156.
- Pusic, A. et al. (2007). A systematic review of patient-reported outcome measures in head and neck cancer surgery. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 136(4), 525–535.
- Ravasco, P. et al. (2005). Impact of nutrition on outcome : a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head and Neck*, n. August, 659–668.
- Ristevska-Dimitrovska, G. et al. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 727–731.
- Robertson, S. M. et al. (2012). Voice, swallowing, and quality of life after total laryngectomy-Results of the west of Scotland laryngectomy audit. *Head and Neck*, 34(1), 59–65.
- Rocha, B. et al. (2017). Características epidemiológicas de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia em Juiz de Fora – MG. *HU Revista*, 43(1), 71–75.
- Salci, M. A. & Marcon, S. S. (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(1), 18–25.
- Scali, J. et al. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS ONE*, 7(6), 1–7.
- Scutti, J. A. B. et al. (2016). Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço (HNSCC): desvendando os mistérios do microambiente tumoral. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 70(2), 156–163.
- Siegel, R. L.; Miller, K. D. & Jemal, (2019). A. Cancer statistics, 2019. *CA cancer journal for clinicians*, 69(1), 7–34.
- Silveira, A. et al. (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(1), 38–48.
- Sung, H. et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA cancer j clin*, 71(3), 209–249.

- Thambyrajah, C. et al. (2010). “Cancer Doesn ’ t Mean Curtains ”: Benefit Finding in Patients with Head and Neck Cancer in Remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 666–682.
- Tian, J. & Hong, J. (2014). Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World J Gastroenterol*, 20(48), 18439–18444.
- Toriy, A. M. et al. (2013). Percepções , sentimentos e experiências físicoemocionais de mulheres após o câncer de mama. *Journal of Human Growth and Development*, 23(3), 303–308.
- Vartanian, J. et al. (2006). Brazilian–portuguese validation of the university of washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head and Neck*, 28(12), 1115–1121.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 1061–3749.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.*, 1(2), 165–78.
- Zhou, C. et al. (2018). The Association and Clinical Significance of CDKN2A Promoter Methylation in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: A Meta-Analysis. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 50(3), 868–882.