



Laringectomia funcional, qualidade de vida e desafios fonoaudiológicos: estudo de caso clínico

Functional laryngectomy, quality of life, and speech-language pathology challenges: a clinical case study

Ana Paula Bellarmino Balbo^{1o}, Lívia Fernandes Barata de Carvalho^{2o}, Renata Ligia Vieira Guedes^{3o}, Marcus Vinícius Furlan^{4o}, Leslie Piccolotto Ferreira^{5o}

1 Mestranda em Comunicação Humana e Saúde pelo Programa de Comunicação Humana e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; 2 Doutora em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center, São Paulo, Brasil; Docente do Programa de Aprimoramento em Disfagias Orofaringeas no AC Camargo Câncer Center São Paulo (SP) Brasil; 3 Doutora em Ciências/Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center, São Paulo (SP), Brasil; Fonoaudióloga do Hospital do Rim (HRIM), São Paulo (SP), Brasil; 4 Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo (SP), Brasil; 5 Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil; Docente do Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Autor correspondente: Ana Paula Bellarmino Balbo – *Email:* anapbalbo@gmail.com

RESUMO

Recentemente, implicações na qualidade de vida do paciente têm sido importantes na escolha do tratamento. Foi realizado um estudo de caso único com o objetivo de comparar o momento pré e pós laringectomia total, com ênfase na qualidade de vida e aspectos funcionais. Dele foram utilizados Instrumentos de avaliação, como Índice de Desvantagem Vocal, Questionário de Qualidade de Vida M.D. Anderson, Universidade de Washington e World Health Organization Disability Assessment Schedule, além de amostra de fala e exames de videofluoroscopia da deglutição foram aplicados. Os resultados indicaram que a separação laringotraqueal foi positiva após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, pois possibilitou o retorno da via oral, visando restabelecer o prazer alimentar e a comunicação alaríngea. Concluímos que a melhora na qualidade de vida foi evidenciada e o estoma definitivo não teve impacto negativo na vida do paciente.

Palavras-chave: Câncer de laringe. Deglutição. Laringectomia Total. Qualidade de vida. Voz.

ABSTRACT

Implications for the patient's quality of life have become crucial in recent treatment decisions. This single case study compared the pre- and post-total laryngectomy periods, focusing on quality of life and functional aspects. Assessment instruments such as the Vocal Handicap Index, M.D. Anderson Quality of Life Questionnaire, University of Washington, and World Health Organization Disability Assessment Schedule were used, as well as speech samples and videofluoroscopy swallowing exams. The findings indicate that laryngotracheal separation was beneficial following head and neck cancer treatment, facilitating oral intake and aiming to restore the pleasure of eating and alaryngeal communication. It can be concluded that the improvement in quality of life was evident, and the permanent stoma did not negatively impact the patient's life.

Keywords: Laryngeal cancer. Swallowing. Total laryngectomy. Quality of life. Voice.

INTRODUÇÃO

Em 2022, estimou-se que ocorreram 20 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo ¹. No triênio de 2020 a 2022, foram estimados 625 mil novos casos de câncer apenas no Brasil. Esse montante representa 2% de todas as doenças malignas e 25% dos tumores malignos no país, que afetam principalmente homens com mais de 40 anos, especialmente na laringe e na região da cabeça e pescoço ². Todo tumor tem a sua biologia e, para planejamento do tratamento, além de seu estadiamento, também é necessário conhecer as condições clínicas do paciente. Cirurgia e/ou radioterapia e radioterapia associada a quimioterapia, podem ser os tratamentos adotados conforme a localização e extensão do câncer, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA. Em casos de tumores laríngeos em estágios mais avançados, o paciente deverá se submeter a cirurgia de laringectomia total associada à radioterapia, sendo este o tratamento de escolha com melhor resultado em relação à sobrevida ³. Trata-se de uma intervenção cirúrgica criteriosa, resultando em sequelas funcionais, como a perda da voz laríngea, deglutição e traqueostoma definitivo ⁴.

De acordo com a literatura disponível, a principal medida de resultados em pacientes oncológicos tem sido a sobrevida, baseada no controle do tumor. Porém, recentemente, as implicações do tratamento para a qualidade de vida global do paciente têm sido enfatizadas como um importante tópico na escolha da abordagem terapêutica ⁵.

A complexidade do trabalho requerido na reabilitação do indivíduo laringectomizado exige uma abordagem interdisciplinar, que possa atender o paciente nos aspectos biopsicossociais, relativos à comunicação e a alimentação ⁶. Alterações da voz, disfagia e dificuldades na mobilização cervical podem ser ocasionadas por maior ou menor agressividade de acordo com a conduta terapêutica. Em vista disso, o fonoaudiólogo, se necessário, intervém junto à equipe médica. Esse profissional, dado a sua habilidade, torna-se o responsável pela avaliação, diagnóstico funcional e readaptação das funções de voz e deglutição dos indivíduos acometidos por câncer de laringe ⁷. Portanto, é crucial

aprimorar o bem-estar dos pacientes, implementando ações que reduzam a dor e abordem os sintomas sociais, físicos e emocionais ⁸.

Considerando sua atuação dentre os procedimentos técnicos, os quais auxiliam na identificação do risco de broncoaspiração, encontram-se a avaliação fonoaudiológica clínica e a avaliação instrumental de videofluoroscopia e de videoendoscopia da deglutição. Ademais, nos programas terapêuticos, são realizados exercícios de motricidade orofacial, a fim de possibilitar a coordenação, mobilidade e a força das estruturas remanescentes do sistema estomatognático; exercícios vocais e respiratórios; e o treino funcional da deglutição é realizado por meio de oferta de alimentos em consistências e volumes específicos com o aumento progressivo, diante a tolerância de cada paciente, até a liberação da via oral segura e eficiente ⁹.

Os laringectomizados apresentam necessidades especiais e precisam reestruturar sua autoimagem, reintegrar-se na sociedade e encontrar meios adaptativos para retomar a autonomia e participação na vida em comunidade ¹⁰. Em virtude dos impactos negativos na fisiologia, as preocupações, expectativas e objetivos do paciente têm relevância no processo terapêutico ¹¹.

A partir dessas considerações, destaca-se a necessidade e importância de investigar a funcionalidade e qualidade de vida do paciente submetido ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço, quando submetido a laringectomia total funcional. É de conhecimento que duas pessoas com a mesma condição podem apresentar prognósticos diferentes. Ao pensar na funcionalidade, a CIF traz para o profissional da saúde uma visão que consiste em uma abordagem mais ampla, biopsicossocial. As condições ambientais, sociais e pessoais não são menos importantes que a presença de doença; é preciso dar ênfase na determinação da função, da atividade e da participação da pessoa que apresenta tal doença ¹².

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar a efetividade da reabilitação das funções de voz e deglutição em detrimento ao tratamento conservador, após laringectomia funcional, com ênfase na qualidade de vida. Apesar de a literatura

ênfatisar as medidas de sobrevivência como marcador no paciente oncológico, optou-se por ressaltar a importância na abordagem da qualidade de vida, no que se refere aos resultados funcionais após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, correlacionando esses aspectos aos fatores psicossociais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, inserido no contexto das pesquisas qualitativas, em que os procedimentos metodológicos que o subsidiaram se constituem em levantamento de dados referentes a um caso clínico. O estudo foi conduzido em 2020, com foco na reabilitação das funções de voz e deglutição. A reabilitação foi realizada em um consultório particular localizado em São Paulo - SP, enquanto o tratamento inicial e o acompanhamento prévio ocorreram no Hospital Beneficência Portuguesa.

Este modelo destaca a reabilitação no consultório particular como o principal foco do estudo, mas também menciona o tratamento inicial no hospital para fornecer um contexto completo. O estudo contou com coleta de dados em dois momentos a saber: no momento pré realização da laringectomia total (M1-pré LT) e no momento pós-realização da laringectomia total (M2-pós LT).

Foi desenvolvido segundo as condutas e preceitos regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, submetido à avaliação do Comitê de Ética sob o número 5.369.727 da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP. Foi realizado mediante concordância expressa do indivíduo, o qual foi claramente informado a respeito da utilização de seus dados para fins de pesquisa, tendo ao final assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

A abordagem qualitativa deste estudo traz a perspectiva de características consideradas fundamentais a serem interpretadas para entendimento do processo terapêutico, que possam ser úteis para a reflexão no atendimento de outros pacientes com características semelhantes às apresentadas pelo caso a ser descrito.

Foi selecionado por conveniência e especificidade um paciente do sexo masculino, com 66 anos, engenheiro, diagnóstico médico de câncer de laringe avançado (CID 10 - C32), tabagista e etilista. A biópsia evidenciou lesão vegetante em prega vocal direita e banda ventricular, associada a paralisia de hemilaringe com anatomo-patológico de carcinoma espinocelular bem diferenciado com estadiamento de TNM cT3 N0. Em 2006, optou-se pelo tratamento conservador, pelo protocolo de preservação de órgãos, sendo realizadas 25 sessões de radioterapia com dose de radiação de 200 cGy mais 10 sessões de radioterapia com dose de radiação de 200 cGy, quimioterapia exclusiva com Cisplatina entre o período de 24/08/2016 e 24/10/2016, com obtenção de resposta completa ao tratamento, ficando livre da doença. Na evolução clínica, apresentou piora dos aspectos funcionais de voz, respiração e deglutição, desenvolvendo disfonia orgânica secundária ao tratamento oncológico e dispnéia progressiva. Desde janeiro de 2016, as infecções pulmonares de repetição foram recorrentes por broncoaspiração, resultando em oito internações hospitalares. Neste sentido, a partir do quadro clínico, considerou-se a indicação para a traqueostomia (TQT) em decorrência de estenose da luz laríngea, por hipertrofia de bandas ventriculares, pós-radioterapia. Não havendo mais condições de se alimentar via oral, pelo potencial risco de broncoaspiração, foi inserida a sonda nasoenteral. Paciente proveniente do Hospital Beneficência Portuguesa foi encaminhado ao serviço de Fonoaudiologia em 2020 para reabilitação fonoaudiológica objetivando reintrodução alimentar via oral, de forma segura. Durante as sessões de fonoterapia foram realizados exercícios de elevação laríngea, coaptação glótica, contração faríngea, ejeção oral, e emissão de sons hiperagudos.

O paciente apresentou uma melhora parcial, após seis meses de fonoterapia, quando comparado com a escala de penetração e aspiração de Rosenbeck¹³. Foi retirada a sonda nasoenteral, porém com necessidade de limitação de consistência alimentar (cremosa mel e líquidos espessados em néctar, conforme instruções do fabricante do espessante alimentar prescrito), sendo classificado de acordo com o Internacional

Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDSSI) como nível 3 para as duas categorias.

Ao longo do processo de fonoterapia, foi realizada reunião familiar e multiprofissional, momento em que foram apresentadas as limitações terapêuticas quanto a funcionalidade. Desta forma, decidiu-se, em conjunto com a família e médico cirurgião de cabeça e pescoço, realizar a laringectomia funcional, denominada também separação laringotraquel com traqueoplastia, para posicionamento da prótese traqueoesofágica da marca PROVOX® (8mm). Quinze dias após a colocação da prótese, iniciaram-se as sessões de fonoterapia objetivando reabilitação vocal para aquisição da voz traqueoesofágica com foco em maximizar articulação, precisão dos pontos articulatorios, coordenação da fala com a respiração e fluência.

A coleta de dados foi realizada no início do processo terapêutico sendo representado como M1-pré LT e ao final dele como M2-pós LT e considerou os seguintes dados:

1. Escore do Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10), traduzido e adaptado do protocolo Voice Handicap Index – VHI (JACOBSON et al., 1997) e validado no Brasil por COSTA et al. (2013)¹⁴. Esse instrumento avalia o impacto ocasionado pela disfonia nas questões sociais, emocionais, físicas e nas atividades do cotidiano do indivíduo. É composto por 10 questões, categorizadas nos domínios: funcional, orgânico e emocional. Cada questão é respondida em escala Likert de cinco pontos: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). O escore é calculado pela somatória das respostas, podendo variar de 0 (nenhuma desvantagem) a 40 (desvantagem máxima) ou ainda referente a cada domínio. É proposta nota de corte de 7,5 (BEHLAU et al., 2016)¹⁵.
2. Questionário de Qualidade de Vida M.D. Anderson (MDADI), que analisa o impacto na disfagia. Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o português brasileiro por GUEDES et al. (2013)¹⁶ composto por 20 itens, divididos em: uma questão global, seis questões para o domínio emocional, cinco para o funcional e oito para o domínio físico. A pontuação final de cada domínio varia de 0 a 100, e quanto menor a pontuação, pior o efeito da disfagia na qualidade de vida do paciente. O valor de cada domínio é calculado separadamente, sendo a soma dos valores de cada questão é dividida pelo número de questões e multiplicada por 20¹⁷.
3. Análise perceptivo-auditiva da voz, realizada a partir de amostra de fala composta pela emissão da vogal sustentada /a/ e classificada conforme a escala GRBASI, que é constituída de seis parâmetros: *G* - grau geral de disfonia; *R* - rugosidade; *B* - soprosidade; *A* - astenia; *S* - tensão e *I* - instabilidade. Todos os parâmetros foram avaliados de acordo com a ausência ou presença e com o grau de gravidade, sendo: 0 - ausência; 1 - leve; 2 - moderada e 3 - grave.
4. A análise acústica, foi realizada com auxílio do software PRAAT versão 0.3 (14/06/2022) por meio do novo script¹⁸. Em especial para esta pesquisa foram analisados os parâmetros de intensidade e duração da voz da amostra constituída por emissão da vogal sustentada /a/, contagem de números, meses do ano, dias da semana e a música “parabéns a você.”
5. Exame de videofluoroscopia, para avaliar a deglutição.
6. Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW_QOL), traduzido e validado para a língua portuguesa brasileira por VARTANIAN et al. (2006)¹⁹. Em sua versão atual, é composto por doze questões com múltiplas escolhas que contemplam os seguintes domínios de qualidade de vida: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombros, paladar, saliva, humor e ansiedade sendo que cada questão apresenta 3 a 5 opções de resposta com escore variando de 0 a 100, e pode-se calcular um “escore composto” que representa a média dos 12 domínios e fornece um panorama geral da qualidade de vida do indivíduo. Um escore mais alto indica uma melhor qualidade de vida¹⁶.
7. Instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), versão brasileira denominada WHODAS 2.0, que permite a medição comum para o impacto de qualquer condição de saúde em termos de funcionalidade, traduzida e adaptada para o

português Brasileiro por SILVEIRA et al (2013)²⁰. É composto por 36 questões divididas em domínios: cognição, englobando comunicação e compreensão; mobilidade, abordando movimentação interna e externa ao domicílio; autocuidado, relacionado à higiene, vestir-se, alimentar-se e viver de forma independente; relações interpessoais, o qual estuda a interação com outras pessoas; atividade de vida, concernentes às atividades domésticas, lazer, trabalho e escola; e participação, relacionada às atividades comunitárias. A pontuação varia de 0 (melhor funcionalidade) a 100 (pior funcionalidade)²⁰.

Entrevista, realizada no momento pós cirúrgico, quando o paciente encontrava-se em processo de alta fonoaudiológica assistida. A mesma foi realizada de forma remota e síncrona (considerando o momento da pandemia da Covid-19), com relato do paciente sobre os momentos M1-pré LT e M2-pós LT.

RESULTADOS

O Quadro 1 resume os procedimentos realizados nos dois momentos

Quadro 1. Registro dos procedimentos de coleta de dados

M1-Pré LT	M2-Pós LT
IDV-10	IDV-10
MDADI	MDADI
Análise perceptivo-auditiva	Análise perceptivo-auditiva
Análise acústica	Análise acústica
UW_QOL	UW_QOL
Videofluoroscopia	WHODAS 2.0
	Entrevista

A tabela 1 registra esses dados e evidencia que, no momento M1-pré LT, a desvantagem vocal (IDV-10) estava abaixo do corte considerado para esse instrumento (7,5). Após a cirurgia, o escore estava acima de 11, ou seja, houve uma piora no índice de desvantagem vocal após a laringectomia total funcional imediata, com melhora após fonoterapia.

Quanto ao MDADI, no M1-pré LT, as respostas registram média entre 41-60 sendo considerado uma limitação moderada na qualidade de vida relacionada à deglutição e para os resultados M2-pós LT a média obtida foi de 81-100, considerada limitação mínima.

Sobre as características da avaliação perceptivo-auditiva, no M1-pré LT, foi registrado *G* - grau global de disfonia 2; *R* – rugosidade 1; *B* – soproidade 1; *A* – astenia 0; *S* – tensão 2 e *I* – instabilidade 0, no M2-pós registrou *G* - grau geral de disfonia 2; *R* – rugosidade 2; *B* – soproidade 0; *A* – astenia 0; *S* – tensão 1 e *I* – instabilidade 0. Ou seja, apresentaram-se graus de alteração leve a moderado nos dois momentos,

com maior rugosidade no M2-pós, contudo, com menor soproidade e tensão. Na análise acústica, as amostras coletadas no M1-pré LT e M2-pós LT do paciente não possuem contraste de sonoridade e consoante desvozeada por isso o contraste vozeado/desvozeado não pode ser processado. As demais foram extraídas, e percebe-se no M1-pré LT baixa duração da vogal sustentada, e no M2-pós LT, melhora do tempo de duração e intensidade na realização da vogal sustentada, prova de voz falada e cantada. Quanto ao UW-QOL, a média de escore composto encontrada no M1-pré LT e M2-pós LT foi de 89,66 nos dois momentos. Ou seja, ao analisar o resultado total, notou-se que não houve implicações sobre a análise da qualidade de vida, e os domínios que obtiveram os escores abaixo de 100 foram os de fala, paladar e saliva. O exame da videofluoroscopia foi utilizado para avaliar a deglutição. No M1-pré LT foram realizadas duas avaliações com um mês de diferença para controle da disfagia. No primeiro exame classificou-se o padrão da deglutição do paciente,

como disfagia orofaríngea moderada/grave nível 2, enquanto no segundo, após dois meses de fonoterapia, a classificação foi de padrão da

deglutição do paciente como disfagia orofaríngea moderada nível 3, conforme O'Neil et al. (1999)²¹.

Tabela 1. Descrição dos dados referentes a índice de desvantagem vocal, questionários de qualidade de vida e análise acústica.

	M1-pré LT	M2-pós LT
IDV-10	7	13
MD-ANDERSON		
Global	40	80
Emocional	43,33	86,66
Funcional	44	84
Físico	47,5	82,5
ANÁLISE ACÚSTICA		
Mensuração da vogal sustentada	5.513 segundos	10.09 segundos
Mensuração da fala		
Intensidade de fala	54.57 (não calibrado)	75.54 (não calibrado)
Mensuração da parte cantada		
Intensidade de canto média	57.65 (não calibrado)	71.91(não calibrado)
Desvio de intensidade de canto	5.12 dB	4.33dB
UW-QOL domínios		
Dor	8.33	8.33
Aparência	6.25	6.25
Atividade	8.33	8.33
Recreação	8.33	8.33
Deglutição	8.33	8.33
Mastigação	8.33	8.33
Fala	5.59	5.59
Ombro	8.33	8.33
Paladar	5.59	5.59
Saliva	5.59	5.59
Humor	8.33	8.33
Ansiedade	8.33	8.33
Total	89.66	89.66
VIDEOFLUROSCOPIA		
Avaliação deglutição M1-pré LT	Disfagia orofaríngea moderada nível 3	
Após 2 Meses de fonoterapia	Disfagia orofaríngea moderada/grave nível 2	

A tabela 2 registra os dados coletados no M2-pós LT da análise da incapacidade, o WHODAS 2.0, e evidencia que os dados analisados e apresentados pós cirurgia mostram

funcionalidade adequada, considerando a qualidade de vida em geral do paciente. Nas análises feitas por cada domínio, não houve nenhum que se apresentasse prejudicado.

Tabela 2. Descrição dos dados referentes ao WHODAS 2.0.

WHODAS	M2-pós LT
Cognição	8
Mobilidade	7
Autocuidado	4
Relação Interpessoais	6
Atividade de vida	6
Participação	9
TOTAL	40

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou avaliar a qualidade de vida específica em voz e deglutição em dois momentos distintos de reabilitação fonoaudiológica, a saber M1-pré LT e M2-pós LT, de um paciente laringectomizado total, após tratamento conservador de preservação da laringe. Sendo um estudo descritivo, com coleta de dados por meio de instrumentos de desvantagem vocal, questionários de qualidade de vida, instrumento de avaliação de funcionalidade, exame de videofluroscopia, análise-perceptivo auditiva da voz, análise acústica e entrevista.

Durante a pesquisa, pode-se observar em relação ao IDV-10 um instrumento voltado para avaliar a disfonia nas questões sociais, emocionais, físicas e nas atividades do cotidiano do indivíduo, não sendo um instrumento de avaliação com foco em estudar a qualidade de vida em voz de pacientes laringectomizados totais. Sendo assim, nota-se uma piora no M2-pós LT, o que pode caracterizar uma desvantagem vocal. Entretanto, ao verificar os domínios isolados desse instrumento, percebe-se que as queixas estão relacionadas no M2-pós LT à comunicação, o que sugere um impacto diante da cirurgia realizada, dado esperado no pós-operatório imediato ²².

A literatura aponta para o impacto gerado pelo processo do tratamento oncológico, correlacionando a disfagia por ser um marcador prejudicial ao paciente sendo responsável por ocasionar limitações funcionais e sociais e deficiências nutricionais com a qualidade de vida ¹⁷.

Em contrapartida, neste estudo, a qualidade de vida relacionada à disfagia ao ser analisada mediante os escores obtidos com o questionário MDADI, evidencia que no M1-pré LT a limitação era maior (limitação moderada na disfagia), quando comparada com o segundo momento (limitação mínima na disfagia), ou seja, houve uma redução no impacto na qualidade de vida relacionada à disfagia ²³.

Alguns recortes de fala serão apresentados a seguir, para documentar a autoanálise do paciente em seu processo terapêutico.

“Quando eu me alimentava, começava a tossir, sinal de que minha alimentação não estava indo para o local correto e sim para o pulmão. Em uma das minhas internações, tive uma parada respiratória, e para salvar a minha vida, fizeram a traqueostomia. Desde então, não tive mais condições de me alimentar normalmente e fiquei com a sonda nasoesofágica por um ano e meio, até que a equipe médica optou pela cirurgia da traqueoplastia para reposicionamento de prótese fonatória. Com isso, pude ter uma qualidade de vida melhor, podendo me alimentar sem sonda e diminuindo o risco de engasgar.”

Na análise perceptivo-auditiva da voz, percebe-se que a voz foi analisada como alterada

em grau moderado nos dois momentos analisados, porém no detalhamento dos parâmetros a rugosidade aumentou no M2-pós, mas em contrapartida a soprodisidade desapareceu e a tensão diminuiu, fatores que podem ter contribuído para melhor entendimento do que foi exposto pelo paciente. Esse dado se complementa pela análise acústica, pois sabe-se que a voz traqueo-esofágica tem como característica predominante a rugosidade. Se compararmos M1-pré LT, na presença da voz laríngea e M2-pós LT, com a voz traqueo-esofágica pode-se ver uma diferença nos parâmetros gerais analisados, constituídos pela intensidade e duração da voz, demonstrando que o procedimento cirúrgico e terapia fonoaudiológica foram benéficas ao paciente também nas questões de voz. Diante das pesquisas bibliográficas a prótese traqueoesofágica evidenciou índices consideráveis bons, sendo também constatada padrão ouro a voz traqueoesofágica diante dos outros métodos de comunicação alaríngea em estudo de Serra et al. (2015) 24.

Pode-se observar na análise dos escores do IDV10, MDADI e da análise acústica que esses podem ser considerados fatores prognósticos para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço, tendo em vista proporcionar um melhor entendimento do que seria mais importante para o paciente, assim como uma melhor avaliação dos resultados do ponto de vista funcional e psicossocial, momento em que torna-se essencial se considerar a qualidade de vida ²³.

O questionário de qualidade de vida UW-QOL, considerado o principal instrumento de avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço evidenciou para este estudo uma boa qualidade de vida, demonstrando vantagem nas dimensões dor, atividade, recreação, deglutição, mastigação, ombro, paladar, humor e ansiedade. Numa leitura mais detalhada percebe-se que o paciente classificou desvantagem nos domínios relacionados à aparência “A mudança na minha aparência é mínima”, à fala “Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras, mas eu posso ser entendido”, ao paladar “Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente” e à saliva “Eu tenho mais saliva que o normal, mas ainda é o suficiente”. Mesmo diante dos domínios

pontuados como uma desvantagem, sua pontuação final foi considerada satisfatória.

A boa comunicação e a relação de confiança construída com a equipe também podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento. Depoimento do paciente abaixo pode exemplificar:

“Após a minha decisão que não foi fácil, realizei a cirurgia e foi um sucesso, logo em seguida comecei a fazer a fonoterapia onde aprendi a me alimentar e a falar sempre obedecendo o tempo da respiração. Hoje estou muito bem, me alimento sem restrições e consigo me comunicar com todas as pessoas sem problema”.

O WHODAS 2.0, é um instrumento relativamente novo em nosso meio, que traz em suas questões os aspectos preconizados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ²⁵. Sabe-se que dois pacientes que apresentam uma mesma doença podem ter questões de funcionalidade e capacidade completamente diferentes. É nessa direção que a CIF traz para o profissional da saúde um melhor entendimento do dia a dia dos pacientes. O objetivo é entender o significado do doente quanto a sua doença, com destaque a potencialidade da pessoa que apresenta tal doença. ²⁵

A CIF ainda é pouco usada, principalmente em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço com foco em laringectomizados totais. Dessa forma os níveis de incapacidade ainda não estão descritos na literatura brasileira, porém entender os aspectos da funcionalidade é de extrema valia no pós-tratamento. Considerando que as respostas são dadas com base nos últimos 30 dias, pode-se dizer que, na análise de dados obtidos na coleta das respostas do WHODAS 2.0, no M2-pós LT não houve nenhum domínio prejudicado. Observa-se na fala do paciente que a forma como lidou com a doença e o apoio que recebeu, fez diferença repercutindo positivamente para o

enfrentamento quanto ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço.

“Agradeço a todos que me acompanharam nessa doença procurando o meu melhor, e a todos que passam por isso, eu digo, não desistam! Meu muito obrigado!”

CONCLUSÃO

Este estudo de caso demonstrou que a laringectomia funcional foi positiva após tratamento do câncer de cabeça e pescoço diante das sequelas funcionais ocasionadas pela radioterapia, possibilitando o retorno via oral, visando restabelecer o prazer alimentar e restauração da comunicação alaríngea. A melhora na qualidade de vida foi evidenciada por meio de análises funcionais e de instrumentos que avaliam a qualidade de vida, que demonstraram a melhora dos aspectos psicossociais do paciente. A permanência do estoma definitivo não impactou de forma negativa na vida do paciente, uma vez que apresentava estenose laríngea prévia, sem indicação de ser decanulado, mesmo após intervenção cirúrgica para ampliação do ádito da laringe.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Pan-Americana da Saúde. Carga global de câncer aumenta em meio à crescente necessidade de serviços. [citado em 1 fev 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crescente-necessidade-servicos>
- 2 Instituto Nacional de Câncer - INCA. Câncer de laringe. [citado 18 jul 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe>
- 3 Instituto Nacional de Câncer - INCA. Versão para profissionais de saúde. [citado 11 jul 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe/profissional-de-saude>
- 4 Algave DP, Mourão LF. Qualidade de vida em laringectomizados totais: uma análise sobre diferentes instrumentos de avaliação. *Rev CEFAC*. 2015 Feb;17(1):58–70. <https://doi.org/10.1590/1982-021620158413>
- 5 Barata LF. Qualidade de vida e análise funcional de fala e deglutição em pacientes submetidos a radioterapia ou ressecção de tumores de orofaringe com extensão ao palato mole. [tese]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2017. 155 p.
- 6 Barros AP, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA. Fonoaudiologia em cancerologia. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia; 2000. 290 p.
- 7 Figueiredo IC, Vendramini SHF, Lourenção LG, Sasaki NSGMDS, Maniglia JV, Padovani Junior JA, et al. Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. *CoDAS*. 2019;31(1). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018060>
- 8 World Health Organization. Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. 2017 [cited 2018 May 25]. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>
- 9 Ferreira AA. Intervenção fonoaudiológica em pacientes traqueostomizados: uma revisão da literatura. [monografia]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; 2022. 39p.
- 10 Zica GM, Freitas AS, Silva AC, Dias FL, Santos IC, Freitas EQ, Koch HA. Deglutição, voz e qualidade de vida de pacientes submetidos à laringectomia supratraqueal alargada. *Einstein*. 2020;18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5390

- 11 Santos MN dos, Brito RG de. Qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de câncer no Brasil: uma revisão sistemática. *Res Soc Dev*. 2022;11(8). <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30635>
- 12 Borges MG de S, Medeiros AM de, Lemos SMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) e Fonoaudiologia: associação com fatores sociodemográficos e clínico-assistenciais. *CoDAS*. 2020;32(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019058>
- 13 Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*. 1996 Spring;11(2):93–8. <https://doi.org/10.1007/BF00417897>
- 14 Jacobson, B.H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M.S. and Newman, C.W. (1997) The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 66-70. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0603.66>
- 15 Costa T, Oliveira G, Behlau M. Validação do Índice de Desvantagem Vocal: 10 (IDV-10) para o português brasileiro. *CoDAS*. 2013;25(5). <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000500013>
- 16 Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Hebert T, Leyk S, Lewin J, et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: The M. D. Anderson Dysphagia Inventory. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. 2001;127(7):870-6. <https://doi.org/10.1001/archotol.127.7.870>
- 17 Mores C, Rolim MRP, Souza CM de, Grando LJ, Mituuti CT. Qualidade de vida relacionada à deglutição em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Distúrb Comun*. 2022;34(2):e54582. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i2e54582>
- 18 Davatz-Lopes GC. Qualidade de vida relacionada à deglutição em pacientes com câncer de cabeça e pescoço [dissertação de mestrado na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022 [cited 29 Jul 2024]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-01092022-153031/publico/TeseGiovannaCastilhoDavatzLopesCorrigida.pdf>
- 19 Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia C, Toyota J, McDowell J, et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2006;28:1115-21. <https://doi.org/10.1002/hed.20464>
- 20 Pedroso ALV, Antonelli G, Outi MY, Marques MM, Fréz AR, Binda AC. Saúde e deficiência em pacientes em tratamento com quimioterapia. *Fisioter Pesqui*. 2021;28(4):435–42. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21003828042021>
- 21 O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*. 1999;14(3):139-45. <https://doi.org/10.1007/PL00009595>
- 22 Rosa ME, Mituuti CT, Ghirardi AC. Correlação da desvantagem vocal e qualidade de vida em deglutição de pacientes com câncer de laringe submetidos à quimiorradioterapia. *CoDAS*. 2018;30(2). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017060>
- 23 De Araújo, Almeida RDC. Qualidade de vida em voz, fala e deglutição em pacientes tratados de tumor em orofaringe. [dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2017. 90 p.
- 24 Speciale R, Giudice M, Privitera E, Maiolino L, Galletti B. Post-laryngectomy voice

rehabilitation with voice prosthesis: 15 years of experience of the ENT Clinic of University of Catania. Retrospective data analysis and literature review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2015;35(6):412-418.
<http://dx.doi.org/10.14639/0392-100X-680>

Incapacidade e Saúde (CIF) por terapeutas ocupacionais em pesquisa: revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2022 Oct 11;11(13):e43611133590.
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35901>

25 Oliveira HT de, Félix LA, Sousa LS de, Linhares LC, Rocha TD, Corrêa VG de S, et al. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade,

Recebido: 17 jun. 2024
Aceito: 25 jul. 2024