



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Curso de Fonoaudiologia**

Ana Paula Bellarmino Balbo

**LARINGECTOMIA FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E DESAFIOS
FONOAUDIOLÓGICOS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, sob orientação da Profa. Dra. Léslie Piccolotto Ferreira e da Dra. Livia Fernandes Barata de Carvalho

São Paulo

2022

ANA PAULA BELLARMINO BALBO

**LARINGECTOMIA FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E DESAFIOS
FONOAUDIOLÓGICOS: ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Léslie Piccolotto Ferreira

Orientadora- PUC-SP

Dra. Lívia Fernandes Barata de Carvalho

Co-orientadora

Dra. Renata Lígia Vieira Guedes

Parecerista

São Paulo

2022

RESUMO

Introdução: de acordo com a literatura, a principal medida de resultados em pacientes oncológicos tem sido a sobrevida, baseada no controle do tumor. Contudo, recentemente, as implicações do tratamento para a qualidade de vida global do paciente são enfatizadas como um importante tópico na escolha da abordagem terapêutica. **Objetivo:** descrever os achados funcionais de voz e deglutição, após laringectomia funcional com ênfase na qualidade de vida e aspectos funcionais, em detrimento ao tratamento conservador. **Método:** trata-se de pesquisa com relato de caso único, submetida ao Comitê de Ética da PUC-SP sob parecer 5.369.727, que prioriza a abordagem descritiva, partindo de características consideradas fundamentais para entendimento do processo terapêutico. A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos M1-pré LT e M2-pós LT. Em ambos foram considerados o Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10), Questionário de Qualidade de Vida M.D. Anderson (MDADI), amostra de fala, submetida a análise perceptivo-auditiva, classificada conforme a escala GRBASI, e análise acústica (software PRAAT), bem como o exame videofluoroscópico da deglutição. Ao M2-pós LT foi acrescida entrevista remota e síncrona com relato do paciente sobre os momentos pré e pós cirurgia, e aplicação dos instrumentos Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) e World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Os dados foram analisados de forma descritiva por duas fonoaudiólogas com experiência na área de voz e deglutição. **Resultados:** enquanto o índice de desvantagem vocal aumentou no momento M2-pós LT (7,5 versus 11), o instrumento MDADI registrou no M1-pré LT, limitação moderada na qualidade de vida relacionada à deglutição (41-60) e no M2-pós LT, limitação mínima (81-100). A análise perceptivo-auditiva registrou grau de alteração leve a moderado nos dois momentos e na acústica M1-pré LT, uma baixa duração da vogal sustentada, no entanto, no M2-pós LT houve melhora em todos os parâmetros vocais (vogal sustentada, voz falada e cantada). No exame de videofluoroscopia, inicialmente foi evidenciada disfagia orofaríngea moderada/grave nível 2 e, no segundo exame, pós 6 meses de fonoterapia, disfagia orofaríngea moderada nível 3. Quanto ao UW-QOL, a média de escore composto encontrada foi de 89,66 nos dois momentos M1-pré LT e M2-pós LT indicando melhor qualidade de vida. Para o WHODAS, os dados no M2-pós LT apresentaram escore de 40, considerado satisfatório. **Conclusão:** a separação laringotraquel foi positiva após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço diante das sequelas funcionais ocasionadas pela radioterapia, possibilitando o retorno da via oral, visando restabelecer o prazer alimentar e restauração da comunicação alaríngea. A melhora na qualidade de vida foi evidenciada por meio das análises funcionais e dos instrumentos que avaliam a qualidade de vida e demonstraram 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 previa, sem indicação de ser decanulado, mesmo após intervenção cirúrgica para ampliação do ádito da laringe.

Descritores: Câncer de laringe; Laringectomia Total; Qualidade de vida; Voz; Deglutição.

INTRODUÇÃO

Para os anos de 2020, 2021 e 2022, estimou-se 625 mil novos casos de câncer apenas no Brasil⁽¹⁾. Este montante representa 2% de todas as doenças malignas e 25% dos tumores malignos, que acometem principalmente homens maiores de 40 anos, na laringe, 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 o tratamento de escolha com melhor resultado com relação à sobrevida⁽³⁾. Trata-se de uma intervenção cirúrgica criteriosa resultante 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, da disfagia e dificuldades na mobilização cervical, podem ser ocasionados por maior ou menor agressividade do

dispositivo terapêutico. Em vista disso, o fonoaudiólogo, se necessário, intervém junto a equipe médica. Este profissional, dado a sua habilidade, torna-se o responsável pela avaliação, diagnóstico funcional e readaptação das funções de voz e deglutição dos indivíduos agredidos por câncer de laringe ⁽⁷⁾.

Considerando a atuação desse profissional 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 ou 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 ⁽⁸⁾.

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 ⁽⁹⁾.

Em virtude dos impactos negativos na fisiologia, as preocupações, expectativas e objetivos do paciente têm relevância no processo terapêutico ⁽¹⁰⁾.

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.

Sendo assim, o tema deste trabalho justifica-se na medida em que se direciona a discussão sobre a efetividade da reabilitação das funções de voz e deglutição,

pós tratamento conservador. Apesar da literatura enfatizar as medidas de sobrevida 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 aos aspectos psicossociais.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Trata-se de um estudo descritivo, inserido no contexto das pesquisas qualitativas, em que os procedimentos metodológicos que a subsidiaram se constituem em levantamento de dados referentes a um caso clínico. 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 a realização da laringectomia total - M2-pós LT.

Foi desenvolvida segundo as condutas e preceitos regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, submetido à avaliação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e aprovado com registro sob o parecer 5.369.727. Foi realizado mediante concordância expressa do indivíduo, o qual foi informado claramente 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 uteis para a reflexão no atendimento de outros pacientes com características semelhantes às apresentadas pelo caso a ser descrito.

Foi selecionado por conveniência e especificidade, 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, associado a paralisia de hemilaringe com anatomo-patológico de carcinoma espinho celular 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 exclusivas 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 dispneia progressiva. Desde janeiro 2016, as infecções pulmonares de repetição foram recorrentes por broncoaspiração, resultando em 8 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 com realização da 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 6 meses de fonoterapia, quando comparado com a escala de penetração e aspiração de Rosenbeck ⁽¹¹⁾. 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 a realizar a separação laringotraqueal 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 traqueo-esofágica 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-préLT 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) ⁽¹²⁾. 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, sendo 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) ⁽¹³⁾.

- 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) ⁽¹⁴⁾ composto por 20 itens, divididos em: uma questão global, seis questões para o domínio emocional, cinco para o funcional e 8 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, quando a soma dos valores de cada questão é dividida pelo número de questões e multiplicada por 20 ⁽¹⁵⁾.
- 3- Análise perceptivo-auditiva da voz realizada a partir de amostra de fala composta por 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 script ⁽¹⁶⁾. 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) ⁽¹⁷⁾. 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 vida ⁽¹⁵⁾.

- 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) ⁽¹⁸⁾ 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) ⁽¹⁸⁾.
- 8-** A entrevista foi realizada no momento pós cirúrgico, onde o paciente já 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.

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) e pós-cirurgia, escore 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* – soprosidade 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* – soprosidade 0; *A* – astenia 0; *S* – tensão 1 e *I* – instabilidade 0, ou seja, são apresentados grau de alteração leve a moderado nos dois momentos, com maior rugosidade no M2-pós, contudo, com menor soprosidade 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 LR 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).

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

IDV-10	M1-pré LT	M2-pós LT
	7	13

MD-ANDERSON	M1-pré LT	M2-pós LT
Global	40	80
Emocional	43,33	86,66
Funcional	44	84
Físico	47,5	82,5

ANÁLISE ACUSTICA	M1-pré LT	M2-pós LT
Mensuração da vogal sustentada	5.513 segundos	10.09 segundos
Mensuração da fala		
Intensidade da 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	4.33 dB

UW-QOL <u>domínios</u>	M1-pré LT	M2-pós LT
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	
	M1-pré LT
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 2.0	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.

Pode-se observar em relação ao IDV-10 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, ou seja, essa foi afetada, diante da cirurgia realizada dado esperado após cirurgia imediata ⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida a questão da disfagia ao ser analisada mediante os escores obtidos com o instrumento MDADI, evidencia que no M1-préLT a limitação era maior (limitação moderada na disfagia), quando comparada com o segundo momento (limitação mínima na disfagia), ou seja, houve uma evolução em relação a qualidade de vida relacionada à disfagia ⁽²⁰⁾.

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 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 e 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 alteração moderada nos dois momentos analisados, porém no detalhamento dos parâmetros a rugosidade aumentou no M2-pós, mas em contrapartida a soprosidade 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.

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 o 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 ⁽²⁰⁾.

O questionário de qualidade de vida UW-QOL, considerado o principal instrumento de avaliação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço evidenciou 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) ⁽²¹⁾. 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.

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 separação laringotraquel 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 BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativa 2020; 12 maio 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao#main-content>
- 2- Instituto Nacional de Câncer - INCA. Câncer de laringe; 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; 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. Revista CEFAC. 2015 Feb;17(1):58–70.
- 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. Doutor em Ciências Área de Concentração: Oncologia. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2017. 155 p.
- 6- Barros AP, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA. Fonoaudiologia em Cancerologia. Fundação Oncocentro de São Paulo Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia; 2000. 290 p.174.
- 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).
- 8- Ferreira AA. Intervenção fonoaudiológica em pacientes traqueostomizados: uma revisão da literatura. São Cristóvão: Universidade Federal De Sergipe Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde; 2022.
- 9- 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. 18.2020
- 10- Flek MP. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde coletiva 2000; 5(1):33-8.
- 11- Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. Dysphagia. 1996 Spring;11(2):93–8.
- 12- Jacobson BH, Johnson A, Grywalski A, Silbergait A, Jacobson G, Benninger MS, Newman CW. The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. Am. J. Speech. Lang. Pathol. 1997; 6:66-70

- 13-**Costa T, Oliveira G, Behlau M. Validação do Índice de Desvantagem Vocal: 10 (IDV-10) para o português brasileiro. *CoDAS* 25 (05). 2013;
- 14-** Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Hebert T, Leyk S, Lewin J, Goepfert H. 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; 127:870-6
- 15-**Guedes RL. Validação e Aplicação do Questionário de Disfagia M.D Anderson (MDADI) em Pacientes Tratados de Câncer de Cabeça e Pescoço. Fundação Antonio Prudente; 2010. 96 p. Mestre em Ciências.
- 16-**Reis N. Estudo acústico da fala traqueoesofágica;
Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/21298>
- 17-**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.
- 18-**Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, Ferreira EC, Santos JP, Hanson L, Cecatti JG, Anderucci CB. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Rev Assoc. Med Bras*. 2013;59(3):234-40.
- 19-** 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).
- 20-** DE Araújo, Almeida RDC. Qualidade de Vida em Voz, Fala e Deglutição em Pacientes Tratados de Tumor em Orofaringe. Mestre em Ciências Área de Concentração: Oncologia. São Paulo: Fundação Antonio Prudente; 2017. 90 p
- 21-**Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão; Genebra: OMS; 2013. Disponível em: [Manual-Prático-da-CIF.pdf \(usp.br\)](#)

ANEXOS

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezada Senhor,

O senhor Mário Massatoshi Thaira está sendo convidado para participar da pesquisa: que tem por objetivo descrever um relato de caso clínico após tratamento de laringe.

Essa pesquisa será realizada considerando o seu tratamento fonoaudiológico, com o objetivo de analisar os dados de avaliações, exames e preenchimento de questionários que constam de seu prontuário, ou outros procedimentos a serem realizados, como por exemplo entrevista a ser agendada em dia e horário compatível a sua disponibilidade, para coleta de mais dados em que informações do período antes, durante e após o tratamento deverão ser detalhados.

O estudo será realizado sob responsabilidade da Ana Paula Bellarmino Balbo, aluna do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação das, Prof. Dra. Leslie Piccolotto Ferreira e da Dra. Livia Fernandes Barata de Carvalho

Os pesquisadores se comprometem a: seguir as normas e rotinas do Serviço; zelar e não alterar a organização dos documentos; manter a confidencialidade dos seus dados e somente divulgá-los em reuniões e publicações científicas. Haverá ainda a promessa por parte dos pesquisadores de não informarem sua identidade, conduzindo o estudo com respeito ao seu anonimato.

Os procedimentos a serem colocados em prática não oferecem risco, uma vez que serão utilizados dados registrados em seu prontuário, e no momento da entrevista o senhor poderá definir as questões que porventura não queira responder.

Sua participação neste estudo se dará de forma voluntária, sem promessa de benefícios financeiros, podendo haver desistência da sua parte a qualquer momento, com a devida devolução deste termo assinado.

A realização desta pesquisa pode não trazer benefícios diretos a sua pessoa, mas serão úteis para os pesquisadores interessados na temática, pois pretende-se com ela auxiliar na melhor compreensão de tratamentos a outros pacientes, acometidos de problemas semelhantes aos seus.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderá entrar em contato com Ana Paula Bellarmino Balbo, pelo e-mail anapbalbo@gmail.com ou telefone (11) 98348-4910

Este termo será assinado pelo senhor e pelos pesquisadores em duas vias, ficando uma delas em seu poder e outra com os responsáveis pela pesquisa.

Eu _____ fui suficientemente informado a respeito do que li sobre a pesquisa. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente quanto a minha participação

Data: / /

Assinatura do participante
responsáveis

Assinatura de um dos pesquisadores