GIOVANNA CASTILHO DAVATZ

**REABILITAÇÃO VOCAL E QUALIDADE DE VIDA
EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de Concentração: Bioengenharia

Orientadora: Prof^aDr^a Lúcia Cristina da Silva Teles

São Carlos,

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica preparada pela Seção de Tratamento
da Informação do Serviço de Biblioteca – EESC/USP

Davatz, Giovanna Castilho

D245r Reabilitação vocal e qualidade de vida em laringectomizados totais / Giovanna Castilho Davatz ; orientador Lúcia Cristina da Silva teles. -- São Carlos, 2011.

Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação de Interunidades em Bioengenharia e Área de Concentração em Bioengenharia) -- Escola de Engenharia de São Carlos, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2011.

1. Reabilitação. 2. Voz. 3. Laringectomizados totais. I. Título.

Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia
EESC / FMRP / IQSC

GIOVANNA CASTILHO DAVATZ
MESTRADO EM CIÊNCIAS
ÁREA DE BIOENGENHARIA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS
- GRADUAÇÃO INTERUNIDADES BIOENGENHARIA
EESC - FMRP - IQSC DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
CIÊNCIAS NA ÁREA DE BIOENGENHARIA.

Aprovado em: 12/09/11

PROFA. DRA. LIDIA CRISTINA DA SILVA
TELES (ORIENTADORA)

Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

Resultado: Aprovada

Assinatura: [Assinatura]

PROF. DR. ORIVALDO LOPES DA SILVA

Escola de Engenharia de São Carlos - USP

Resultado: Aprovado

Assinatura: [Assinatura]

PROFA. DRA. MARIA APARECIDA
MIRANDA DE PAULA MACHADO

Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

Resultado: Aprovada

Assinatura: [Assinatura]

“Dedico este trabalho a Deus, pelas graças e dons concedidos, pelas oportunidades e pela força proporcionada para enfrentar os obstáculos. A minha família pela paciência, perseverança, presença e apoio.”

Agradeço a Deus, pelas graças e pela permissão de mais uma etapa cumprida.

Aos meus pais Rosani e Gilberto e meus irmãos Giuliana e Gilberto Raul, pela paciência carinho, atenção, acolhimento e amparo.

Ao querido Júlio César da Silva por me encorajar a sempre seguir em frente, tomando as rédeas de minha vida em minhas mãos.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Lídia Cristina da Silva Teles, pela oportunidade, confiança, paciência, dedicação e trabalho em dias, noites, finais de semana, inclusive em sua casa e período de férias, a fim de preservar a qualidade deste trabalho.

À Fonoaudióloga Dr^a Renata Furia Sanches por ter me aceito como estagiária no Hospital Amaral Carvalho de Jaú auxiliando com a documentação para a permissão de realização de pesquisa no Hospital Amaral Carvalho de Jaú.

Ao Prof. Dr. Antonio de Castro Rodrigues, mestre e amigo, que forneceu a primeira oportunidade de pesquisa logo no início da graduação. Por ter me auxiliado, também, a conseguir publicações e prêmio científico de peso para meu currículo. Esta preparação imprescindível e inspiradora resultou em meu ingresso na área acadêmica na disciplina de Anatomia Humana em duas instituições de ensino superior logo após o término da graduação.

Aos mestre Prof. Dr. Orivaldo Lopes da Silva que com as disciplinas e conhecimentos, ampliou minha visão de mundo. Agradeço também pela valiosa contribuição neste trabalho.

À Prof^a Dr^a Maria Aparecida Miranda de Paula Machado, que com a disciplina de Fonoaudiologia Preventiva na época da Graduação despertou a capacidade de estruturação de projetos de atenção na área de Fonoaudiologia. Este conhecimento e experiência, resultaram em projeto de atenção Fonoaudiológica à terceira idade do Centro de Convivência do Idoso-“Aconchego” de Botucatu. Agradeço ainda pelas sugestões e contribuições à dissertação.

À Prof^a Dr^a Dagma Venturini Marques Abramides, Prof^a Dr^a Mariza Ribeiro Feniman e Prof^a Dr^a Patrícia de Abreu Pinheiro Crenitte que com o trabalho de TCC na área de Aprendizagem, auxiliaram na aquisição de conhecimentos sobre elaboração e desenvolvimentos de trabalho científico relacionados à área clínica.

À Prof^a Dr^a Giedre Berretin-Felix, Prof^a Dr^a Katia de Freitas Alvarenga, Prof^a Dr^a Magali de Lourdes Caldana, Prof^a Dr^a Simone Aparecida Lopes-Herrera, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Garcia e ao Jaime Luiz Zorzi, pela experiência fornecida por meio de trabalhos de pesquisa e estágios.

Aos pacientes do Hospital Amaral Carvalho de Jaú pela participação na pesquisa com dedicação, paciência e disposição.

Às faculdades UNIFAC de Botucatu com o coordenador de curso Prof. Dr. Leone Antonio Simonetti e Fundação Raul Bauab de Jaú com a coordenadora de curso Prof^a Dr^a Renata Cristina de Oliveira Souza Castro pela oportunidade e confiança em meu trabalho.

Agradeço aos membros da Loja Maçônica Fraternidade Acadêmica O Aleijadinho- Bauru, pelo socorro e apoio no momento delicado de saúde da vida de meu namorado Júlio César, dividindo preocupações, tarefas e fornecendo todo apoio e suporte necessários.

Ao assistente técnico administrativo da Faculdade de Odontologia de Bauru Eduardo Abrantes Valério, que auxiliou em minha estadia no Conjunto Residencial Estudantil do Câmpus de Bauru durante o período de conclusão do mestrado.

Agradeço aos que foram amigos , próximos e também socorro nas horas de dificuldades, compartilhando suas vidas.

Agradeço de forma especial a Daiane Clara Esteves e Uziel sempre com mensagens lindas de apoio e Danielly Silva que muitas vezes me acolheu em sua casa em São Carlos.

Ao Professor José Roberto Pereira Lauris pelo excelente trabalho estatístico.

À secretária Janete Ferreira da Silva, pelas informações, paciência e apoio.

Agradeço aos meus alunos, companhia gratificante e inspiradora!

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que fosse possível a conclusão deste trabalho, muito obrigada!

“Vós que tornaste fecunda a língua das crianças, tornai erudita a minha língua e espalhai sobre os meus lábios a vossa bênção. Concede-me a acuracidade para entender, a capacidade de reter, a sutileza de relevar, a facilidade de aprender, a graça abundante de falar e de escrever. Ensina-me a começar, rege-me a continuar e perseverar até o término. Vós que sois verdadeiro Deus e verdadeiro homem, que vive e reina pelos séculos dos séculos. Amém.”

Santo Tomás de Aquino

RESUMO

DAVATZ, G. C. **Reabilitação Vocal e Qualidade de Vida em Laringectomizados Totais**. 2011. 181 fls. Dissertação de Mestrado- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Quando o paciente com câncer de laringe chega ao tratamento com tumor em estágio avançado, a cirurgia de laringectomia total, retirada cirúrgica da laringe, torna-se a opção de tratamento. Esta cirurgia traz ao indivíduo a possibilidade de sobrevivência, porém com a perda irreversível da voz laríngea. Existem diferentes métodos para reabilitar a voz do laringectomizado total; dentre eles a voz esofágica, a laringe eletrônica e a prótese traqueoesofágica. Podem estes métodos melhorar a qualidade de vida por permitirem ao paciente se comunicar, mesmo possuindo qualidade sonora resultante diferente da produzida pela laringe? O presente estudo se propôs comparar a qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia de laringectomia total nas situações de ausência ou presença da reabilitação vocal, bem como nos diferentes métodos utilizados para esta reabilitação, por meio dos questionários de qualidade de vida relacionados ao câncer de cabeça e pescoço (UWQOL e FACT-H&N) e à voz (IDV e QVV). Participaram deste estudo 24 laringectomizados totais, 12 não reabilitados de voz (grupo NR) e 12 reabilitados (grupo R). O grupo R foi subdividido, sendo 7 indivíduos reabilitados por voz esofágica (RVE) e 5 por laringe eletrônica (RLE). Como resultados deste estudo observou-se melhor qualidade de vida para os reabilitados de voz (R) com diferença estatística significativa ($p < 0,05$) em comparação com os laringectomizados totais não reabilitados (NR); isto nos resultados gerais de todos os questionários aplicados. Os domínios específicos dos questionários de qualidade de vida relacionados ao câncer de cabeça e pescoço UWQOL (Fala, Humor, Ansiedade e Paladar) e FACT-H&N (Emocional e Físico) apontaram, também, melhor qualidade de vida para os pacientes com reabilitação vocal. As dificuldades específicas referentes a cada método de reabilitação foram vistas pelos pacientes como inerentes ao processo de cura do câncer. Como conclusão observou-se que a ausência da voz trouxe agravos emocionais e à inserção social dos laringectomizados totais que acabaram por afetar sua qualidade de vida global. A reabilitação vocal tanto por voz esofágica (RVE) quanto por laringe eletrônica (RLE), trouxeram melhoras da qualidade de vida após excisão da laringe.

Palavras-Chave: Voz. Reabilitação. Laringectomia Total.

ABSTRACT

Davatz, G. C. Vocal Rehabilitation and Quality of Life in Total Laryngectomized. 2011. 181 fls. Dissertation - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

When the patient with laryngeal cancer begins the treatment with tumor advanced locally, the total laryngectomy becomes the treatment option. This method of cancer's remotion brings the chance of survival to the individual, however, with vocal loss. There are different methods to rehabilitate the voice after the total laryngectomy. However these methods provide quality of voice distinct from that produced in the larynx. Can these methods improve the quality of life, since allow the oral communication to the individual? The objectives of this study were to compare the quality of life of patients undergoing surgery of total laryngectomy in cases of absence (NR) or presence of rehabilitation vocal (R), as well as in the different methods used for this rehabilitation, through questionnaires of quality of life related to cancer of the head and neck (UWQOL and FACT-H & N) and related to voice (VHI and V-RQOL). The study included 24 TL, 12 non-rehabilitated of voice (NR) and 12 rehabilitated (R). The group of rehabilitated was subdivided, being 7 with esophageal speech (RVE) and 5 electronic larynx users (RLE). As a result there was a better quality of life for the rehabilitated of voice (R) with statistically significant difference ($p < 0.05$) compared with NR, in all questionnaires. Specific areas of questionnaires of the quality of life related to cancer of the head and neck UWQOL (Speech, Mood, Anxiety and Taste) and FACT-H & N (emotional and physical) had better quality of life for individuals with vocal rehabilitation. The specific difficulties relating to each method of rehabilitation were perceived by the patients as inherent to the process of curing cancer. In conclusion it was observed that the absence of voice brought emotional and integration social grievances. These aspects ultimately affected the overall quality of life of the TL. Both the rehabilitation of electronic larynx (RLE) such the esophageal speech (RVE) brought improvements to the quality of life after excision of the larynx.

Keywords: Voice, Rehabilitation, Total Laryngectomy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1:	Anatomia da laringe.....	40
FIGURA 2:	Passagem de ar fisiológica e após cirurgia de laringectomia total.....	46
FIGURA 3:	A- Imagem anterior a laringectomia total. B- após a laringectomia total com descrição da entrada de ar para produção de voz esofágica.....	49
FIGURA 4:	Imagem do paciente após a laringectomia total e uso da Laringe Eletrônica.....	50
FIGURA 5:	A) Imagem do paciente laringectomizado total com implantação da válvula traqueoesofágica. B) oclusão digital do traqueostoma para produção da voz traqueoesofágica.....	51
FIGURA 6:	Distribuição dos participantes nos grupos Não Reabilitado (NR) e Reabilitado (R) e nos subgrupos Reabilitado por Laringe Eletrônica (RLE) e Reabilitado por Voz Esofágica (RVE) de acordo com o sexo.....	76
FIGURA 7:	Distribuição da amostra quanto à escolaridade de acordo com os grupos.....	76
FIGURA 8:	Distribuição da amostra quanto à profissão de acordo com os grupos.....	77
FIGURA 9:	Distribuição da amostra quanto ao consumo de álcool.....	77
FIGURA 10:	Distribuição da amostra quanto ao consumo de tabaco.....	78
FIGURA 11:	Distribuição dos pacientes dos grupos R e NR quanto ao tempo pós cirúrgico (em meses) no momento da realização da pesquisa.....	78
FIGURA 12:	Escore Totais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos grupos R e NR. Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.....	86
FIGURA 13:	Escore dos aspectos Orgânicos, Emocionais e Funcionais de desvantagem vocal dos indivíduos dos grupos R e NR, segundo o questionário IDV	

	(Índice de Desvantagem Vocal). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.....	87
FIGURA 14:	Escores totais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.....	88
FIGURA 15:	Escores dos aspectos Orgânicos, Emocionais e Funcionais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.....	89
FIGURA 16:	Escore Global do questionário QVV (Questionário de Qualidade de Vida e Voz) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	90
FIGURA 17:	Escores dos aspectos Sócio Emocional e Funcionamento Físico do questionário QVV dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	91
FIGURA 18:	Resultado da autoimagem vocal dos indivíduos dos grupos R e NR segundo o questionário QVV.....	92
FIGURA 19:	Escore Global do questionário QVV dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	92
FIGURA 20:	Escores dos aspectos Sócio Emocional(SE) e Funcionamento Físico(FF) do questionário QVV dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida.....	93
FIGURA 21:	Resultado da auto imagem vocal dos indivíduos dos subgrupos de reabilitados RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica) segundo o questionário QVV.....	94
FIGURA 22:	Escore geral do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	95
FIGURA 23:	Escores de Dor, Aparência, Atividade e Recreação (itens 1 a 4) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	95
FIGURA 24:	Escores de Deglutição, Mastigação, Fala e Ombro (itens 5 a 8) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	96

FIGURA 25:	Escores de Paladar, Saliva, Humor e Ansiedade (ítes 9 a 12) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	97
FIGURA 26:	Escore geral do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	98
FIGURA 27:	Escores de Dor, Aparência, Atividade e Recreação (itens 1 a 4) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	98
FIGURA 28:	Escores de Deglutição, Mastigação, Fala e Ombro (itens 5 a 8) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	99
FIGURA 29:	Escores de Paladar, Saliva, Humor e Ansiedade (ítes 9 a 12) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (Laringe Eletrônica) e RVE (Voz Esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	99
FIGURA 30:	Escores Total do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	100
FIGURA 31:	Escores de bem estar Físico, Sócio familiar e Emocional do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	101
FIGURA 32:	Escores de bem estar Funcional e Preocupações adicionais em cabeça e pescoço do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	102
FIGURA 33:	Escore Total do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....	103

FIGURA 34: Escores de bem estar Físico, Sócio familiar e Emocional do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....103

FIGURA 35: Escores de bem estar Funcional e Preocupações adicionais em cabeça e pescoço do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.....104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Índice de desvantagem vocal (IDV) dos aspectos Orgânicos, Funcionais e Emocionais de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.....	144
TABELA 2:	Vivências a dificuldades Orgânicas relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.....	145
TABELA 3:	Vivências a dificuldades Funcionais relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.....	146
TABELA 4:	Vivências a dificuldades Emocionais relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.....	147
TABELA 5:	Índice de Desvantagem Vocal (IDV) de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE).....	148
TABELA 6:	Vivências a dificuldades Orgânicas relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE).....	148
TABELA 7:	Vivências a dificuldades Funcionais relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE).....	149
TABELA 8:	Vivências a dificuldades Emocionais relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE).....	150

TABELA 9:	Qualidade de vida, aspectos Sócio Emocionais (SE) e funcionamento físico (FF) relacionado a voz de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de comunicação oral segundo o questionário QVV.....	151
TABELA 10:	Problemas Sócio Emocionais vivenciados por laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário QVV.....	151
TABELA 11:	Problemas de Funcionamento Físico vivenciados por laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário QVV.....	152
TABELA 12:	Auto avaliação da qualidade vocal de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz segundo o questionário QVV.....	152
TABELA 13:	Qualidade de vida, aspectos Sócio Emocionais (SE) e Funcionamento Físico (FF) relacionado a voz de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV.....	153
Tabela 14:	Auto avaliação da qualidade vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV.....	153
TABELA 15:	Problemas Sócio Emocionais vivenciados por laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV.....	154
TABELA 16:	Problemas de Funcionamento Físico vivenciados por laringectomizados totais reabilitados de voz vocal por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV.....	155

TABELA 17:	Qualidade de vida relacionada aos diversos problemas vivenciados pós-laringectomia total em reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), pelo questionário UWQOL.....	156
TABELA 18:	Qualidade de vida relacionada aos diversos problemas vivenciados pós-laringectomia total em indivíduos reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário UWQOL.....	157
TABELA 19:	Escore de qualidade de vida total e por área, de pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), pelo questionário FACT-H&N.....	158
TABELA 20:	Situações referentes ao bem estar Físico vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.....	159
TABELA 21:	Qualidade de vida total e por área, de pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), pelo questionário FACT-H&N.....	160
TABELA 22:	Situações referentes ao bem estar Sócio Familiar vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.....	161
TABELA 23:	Situações referentes ao bem estar Emocional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.....	162
TABELA 24:	Situações referentes ao bem estar Funcional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.....	163

TABELA 25:	Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço de pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.....	164
TABELA 26:	Situações referentes ao bem estar Físico vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.....	165
TABELA 27:	Situações referentes ao bem estar Sócio Familiar vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.....	166
TABELA 28:	Situações referentes ao bem estar Emocional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.....	167
TABELA 29:	Situações referentes ao bem estar Funcional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.....	168
TABELA 30:	Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço de pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.....	169

LISTA DE ABREVIACÕES

APLV- Associação Portuguesa de Limitados de Voz

EERP/USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EORTC-QLQ-European Organization for Research and Treatment of Cancer- Quality of Life Questionnaire

EORTC- QLQ - H&N35- European Organization for Research and Treatment of Cancer- Quality of Life Questionnaire- Head and Neck

FACT-H&N- Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Cabeça e Pescoço

FF- Funcionamento Físico

GARPO- Grupo de Apoio e Reabilitação da Pessoa Ostomizada

GRBAS- (Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain) scale

IDV – Índice de Desvantagem Vocal

NR- Grupo de Não Reabilitados de Comunicação Oral

OMS- Organização Mundial de Saúde

QVV- Questionário de Qualidade de Vida e Voz

R- Grupo de Reabilitados de Comunicação Oral

RLE- Grupo de Reabilitados de Comunicação Oral por meio de Laringe Eletrônica

RVE- Grupo de Reabilitados de Comunicação Oral por Voz Esofágica

SE- Sócio emocional

UWQOL- Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington

WHO- World Health Organization

VHI- Voice Handicap Index (versão original do questionário IDV)

VR-QOL- Voice-Related Quality of Life (versão original do questionário QVV)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	29
2 OBJETIVOS.....	32
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	37
3.1 CÂNCER.....	38
3.1.1 Tumores de Laringe.....	39
3.1.2 Etiologia e Perfil Sócio Demográfico do Câncer de Laringe.....	42
3.1.3Laringectomia Total.....	46
3.1.4 Perda da Voz.....	48
3.1.5 Reabilitação Vocal Pós Laringectomia Total.....	49
3.2 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E MENSURAÇÃO.....	53
3.2.1 Qualidade de Vida e Voz.....	54
3.2.2 Qualidade de Vida e câncer de Cabeça e Pescoço.....	63
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	73
4.1 CASUÍSTICA.....	74
4.2 PROCEDIMENTOS.....	79
4.2.1 Questionário Índice de Desvantagem Vocal- IDV.....	80
4.2.2 Questionário de Qualidade de Vida e Voz- QVV.....	80
4.2.3 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington – UWQOL.....	82
4.2.4 Questionário <i>Functional Assessment of Cancer Therapy, Head & Neck</i> - FACT-H&N.....	82
4.2.5 Relato dos Laringectomizados Totais.....	83
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	84
5 RESULTADOS	85
5.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO INDICE DE DESVANTAGEM VOCAL – ID.....	86

5.2 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA E VOZ – QVV...	90
5.3 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON – UWQOL.....	94
5.4 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO À ÁREA DE CABEÇA E PESCOÇO - FACT-H&N.....	100
5.5 RELATOS DE PACIENTES	104
6 DISCUSSÃO.....	109
6.1 COMENTÁRIOS FINAIS.....	126
6.2 COMENTÁRIOS ADICIONAIS.....	128
6.3 NECESSIDADES DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	129
7 CONCLUSÃO	131
8 REFERÊNCIAS.....	134
9 APÊNDICE.....	143
9.1 TABELAS COM OS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO IDV.....	144
9.2 TABELAS COM OS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO QVV.....	151
9.3 TABELAS COM OS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO UWQOL.....	156
9.4 TABELAS COM OS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO FACT-H&N.....	158
10 ANEXOS.....	170
10.1 ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	171
10.2 ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	173
10.3 ANEXO C - QUESTIONÁRIO IDV.....	174
10.4 ANEXO D - QUESTIONÁRIO QVV.....	176
10.5 ANEXO E - QUESTIONÁRIO UWQOL.....	177
10.6 ANEXO F - QUESTIONÁRIO FACT-H&N.....	180

1.0 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que traz medos relacionados à dúvida da continuidade da vida e ao surgimento de incapacidades de difícil enfrentamento e superação. Quando uma pessoa é por ele acometida, passa por dificuldades que vão desde a perda do estilo de vida independente até o afastamento social e familiar o que traz, também, comprometimentos de ordem emocional.

Os tumores de laringe tem como importante fator etiológico o tabagismo e etilismo. Também se relacionam ao seu desenvolvimento a falta de nutrientes e exposição laboral a diversos agentes.

O sintoma inicial é a rouquidão e o diagnóstico precoce é fator crucial para o prognóstico e cura do câncer de laringe e traz a possibilidade de utilização de protocolos de preservação de estruturas com radioterapia, quimioterapia ou ressecções que preservam a integridade funcional de estruturas a ele relacionadas.

No entanto, devido à falta de informação, de assistência especializada e até mesmo pelas dificuldades sociais e familiares, muitos pacientes chegam ao tratamento quando a extensão do tumor dificulta até mesmo a alimentação e a respiração. Nessa fase o câncer de laringe encontra-se em fase avançada e a necessidade de sobrevivência faz com que a cirurgia de laringectomia total se torne a opção de tratamento.

A laringectomia total é a cirurgia de excisão da laringe, e portanto, há a perda da voz, que gera dificuldades de interação. A incapacidade ou a dificuldade de comunicação oral pode agravar o grau de satisfação e bem estar em relação a vida. Esta sensação subjetiva de bem estar, também denominada qualidade de vida, varia de indivíduo

para indivíduo em relação às suas aspirações, crenças, vivências, percepção de mundo e aspectos culturais.

A qualidade de vida do paciente que passa pela laringectomia total pode estar relacionada às expectativas que o indivíduo possui ao ter que viver sem laringe: com um traqueostoma e a ausência da voz. No entanto, há a possibilidade da reabilitação vocal que pode se realizar por meio da voz esofágica, voz traqueoesofágica ou laringe eletrônica. Estes métodos requerem aprendizado e possuem características sonoras diferentes da voz laríngea. Uma vez que permitem ao paciente se comunicar, podem estes métodos melhorar a qualidade de vida?

Este trabalho visa comparar a qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia de laringectomia total nas situações de ausência ou presença da reabilitação vocal oral, bem como nos diferentes métodos utilizados para esta reabilitação.

2.0 OBJETIVOS

Este trabalho possui como objetivos comparar a qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia de laringectomia total nas situações de ausência ou presença da reabilitação vocal, bem como nos diferentes métodos utilizados para esta reabilitação, por meio de questionários de qualidade de vida relacionados ao câncer de cabeça e pescoço e à VOZ.

3.0 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CÂNCER

A doença é uma disfunção biológica ou psíquica resultante do reflexo da inconsciência sobre o corpo do indivíduo (OLIVEIRA, 2003). O processo de experiência do adoecimento depende das particularidades inerentes a cada patologia (GOMES et al., 2002). A pessoa que adoece sente seu futuro ameaçado com a possibilidade de não recuperar-se mais. É afetado assim seu convívio familiar, profissional, social, o que leva ao isolamento e discriminação. (PLATT, 2006). A doença passa a ser sentida, portanto, como uma perda do eu interior, que pode resultar em desespero e insatisfação com a vida (OLIVEIRA, 2003).

O câncer é um crescimento desordenado de células que pode afetar diversas partes do corpo e gerar tumores (*World Health Organization- WHO*, 2011). A palavra câncer é utilizada para representar tumores malignos de diferentes localizações que somam mais de 100 doenças. Em todos os países o impacto pelo câncer quase dobrou em 30 anos (INCA, 2009). No Brasil, segundo este instituto (INCA, 2009), estimativas de ocorrência de câncer para 2010 somadas ao ano de 2011 apontam que ocorrerão 236.240 novos casos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino.

Vários são os sentimentos vivenciados pelo paciente que está com câncer, tais como o sofrimento e a objetivação de um fenômeno rejeitado que seria a morte e a dor, que geram desestruturação emocional de difícil controle. O câncer mostra-se na representação

do indivíduo como uma doença sem cura sendo que o indivíduo deseja a possibilidade de cura (OLIVEIRA; GOMES, 2008).

A adesão do indivíduo ao tratamento do câncer de laringe e a eficácia dos métodos utilizados no tratamento dependem da compreensão e significação do mesmo e sua família, muitas vezes influenciadas por contextos sociais e religiosos, em relação à doença – o câncer (ZAGO et al., 2001).

As crenças em relação ao câncer auxiliam a criar união familiar. Por conseguinte os familiares protegem o paciente das reações sociais, o que auxilia no ajustamento ou minimização do impacto da doença crônica. Estas estratégias surgem para a busca de equilíbrio e acabam por aliviar a angústia e o sofrimento majorando as esperanças (PEDROLO; ZAGO, 2002). A religião, por sua vez, recupera as energias perdidas com a doença e tratamentos, reduzindo o impacto da doença na vida dessas pessoas uma vez que permite a mudança da perspectiva subjetiva em relação a vida (AQUINO; ZAGO, 2007).

3.1.1 Tumores de laringe

A laringe consiste em um órgão tubular, localizado no plano mediano anterior do pescoço. Além de via aérea, esta estrutura permite a fonação, ou seja, a produção de som (DANGELO; FATTINI, 2006). A laringe se estende da epiglote até a borda inferior da cartilagem cricóide. Está subdividida em três compartimentos: supraglote, glote e subglote. A supraglote é constituída pela epiglote, pregas ariepiglóticas, pregas vestibulares e valéculas. A glote consiste nas pregas vocais, suas superfícies inferiores e as comissuras anterior e

posterior. A subglote consiste da porção localizada a partir de 10 mm inferior às pregas vocais até a traquéia (International Agency for Research on Cancer - IARC, 2005).

FIGURA 1: Anatomia da laringe. Imagem adaptada de Smith e Fried (2006).

O câncer de laringe é mais comum entre homens (INCA, 2007) e responsável por uma incidência aproximada de 156 mil novos casos e de 90 mil mortes por ano no mundo (LIMA et al., 2008). A partir da década de 80 notou-se um aumento na incidência destes cânceres nos países da Europa. As cidades brasileiras de São Paulo e Porto Alegre são citadas entre aquelas com maior ocorrência de câncer de laringe no mundo (INCA, 2010). Do total de neoplasias malignas, os cânceres de laringe representam 2%. Trata-se de um dos mais comuns que atingem a região de cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos dessa região (INCA, 2007).

O prognóstico do tratamento está sujeito tanto à localização como ao estágio da doença. Felizmente, com diagnóstico precoce, há de 80 a 100% de possibilidade de cura, com qualquer uma das opções de tratamento disponíveis: cirúrgico ou radioterápico associado ou não ao quimioterápico (INCA, 2010). A maior causa de falha terapêutica identificada é o avanço local da doença (MANFRO et al., 2006).

Quando há tumores na laringe, o tratamento empregado dependerá da localidade e dimensão do tumor. Segue abaixo uma classificação do tamanho e localização do tumor da última revisão da UICC- *International Union Against Cancer* (2002):

“- *Supraglote:*

T1: Tumor limitado a uma região da supraglote com mobilidade normal de pregas vocais.

T2: Tumor invade a mucosa de mais de uma região da supraglote, próximo a glote, com mobilidade normal de pregas vocais.

T3: Tumor limitado a laringe com fixação da prega vocal ou invasão da região posterior à cartilagem cricóide, tecidos pré epiglóticos, espaço paraglótico e erosão da cartilagem tireóide.

T4a: Tumor invade além da cartilagem tireóide, traqueia, tecidos moles do pescoço, musculatura profunda/ extrínseca da língua, músculos pré tireóideos, tireóide, esôfago.

T4b: Tumor invade o espaço pré vertebral, estruturas do mediastino, carótida.

- *Glote:*

T1: Tumor limitados às pregas vocais, que pode estender-se até a comissura anterior.

T1a: Limitado a uma prega vocal

T1b: Comprometendo as duas pregas vocais.

T2: Tumor estende-se à supraglote e/ou subglote e com mobilidade reduzida de pregas vocais.

T3: Tumor limitado à laringe com fixação da prega vocal, invasão do espaço paraglótico, erosão da cartilagem tireóide.

T4a: Tumor invade, além da cartilagem tireóidea, traqueia, tecidos moles do pescoço, musculatura profunda/ extrínseca da língua, músculos pré tireóideos, tireóide, esôfago.

T4b: Tumor invade o espaço pré-vertebral, estruturas do mediastino, carótida.

- *Subglote:*

T1: Tumor limitado à subglote

T2: Tumor estende-se às pregas vocais com mobilidade normal ou reduzida.

T3: Tumor limitado à laringe com fixação de prega vocal.

T4a: Tumor invade, além da cartilagem tireóidea ou cricóide, traqueia, musculatura profunda/ extrínseca da língua, músculos pré-tireóideos, tireóide, esôfago.

T4b: Tumor invade o espaço pré-vertebral, estruturas do mediastino e carótida.”

Segundo o INCA (2009) a dor de garganta ou odinofagia seria indicativo de tumor supraglótico, a dor de garganta acompanhada de rouquidão são sintomas de tumor glótico ou subglótico . Além destes sintomas pode haver dificuldade de deglutição e sensação de *‘caroço na garganta’*. Nas lesões avançadas além desses sintomas há dificuldades respiratórias.

Em alguns casos de tumor de laringe, com a finalidade de preservar a voz, há a utilização da radioterapia, ou radioterapia acompanhada de quimioterapia. O tratamento cirúrgico é empregado quando os outros métodos não se mostram suficientes para controlar o tumor (INCA, 2009).

3.1.2 Etiologia e perfil sócio demográfico e do câncer de laringe

O fumo e o álcool são os principais agentes etiológicos do câncer de laringe visto que a incidência deste câncer aumenta 10 vezes para os fumantes e 43 vezes quando este hábito se associa ao etilismo (INCA, 2011). Sobre a relação do consumo destes agentes etiológicos, Lubin et al. (2011) referiram que quando expostos a álcool e tabaco homens tem aumento da incidência de tumores na laringe, enquanto as mulheres tem aumentada a incidência de câncer de orofaringe e hipofaringe.

O câncer de laringe é mais incidente, portanto, no sexo masculino quando há tabagismo associado ao etilismo. Esta doença carrega em seu contexto de desenvolvimento, diagnóstico e tratamento as características inerentes a esta população. Hortense et al. (2008) por exemplo, citou a relação do tabaco com o câncer de laringe como uma questão sociocultural vivida de modo semelhante pelos indivíduos. Houve

estabelecimento de relação entre o uso do tabaco e situações de medo, angústia, ira, cólera e tristeza. O uso do tabaco é visto pelos pacientes como forma de adquirir satisfação e alegria. O tabaco representa aspectos sociais tais como pertencer a determinado grupo, representação de independência, rebeldia ou disfarce da timidez. Quando os pacientes procuraram cuidados da área de saúde para a o câncer de laringe esperam que além de serem sanadas as dificuldades biológicas, sejam curadas as relacionadas ao seu corpo social. A experiência desta doença, segundo os autores, faz com que o indivíduo reveja seu passado a fim de buscar o sentido para a vida e confrontá-lo com um futuro incerto. O sofrimento do câncer de laringe leva ao estreitamento das relações familiares. Quanto ao alcoolismo, os autores verificaram visão predominante da população na relação do álcool como forma de extravasar sofrimentos da vida e como razão para o fato do indivíduo não conseguir abandonar o tabaco. Ao concluir o trabalho, os pesquisadores ressaltaram a importância de abranger não apenas as questões biológicas, mas também as sociais a fim de favorecer o processo de reabilitação do paciente de câncer de laringe.

Os autores Santana et al. (2008) comentaram que há menor busca de suporte social por esta população em comparação com a geral, quando há acometimento. Para tal questão os pesquisadores sugeriram que o padrão comportamental agressivo de indivíduos etilistas com suas conseqüentes familiares dificultaria ao indivíduo a solicitação de ajuda. Este fator pode interferir tanto no diagnóstico como no tratamento e na reabilitação do câncer.

Para traçar o perfil sócio demográfico relacionado ao câncer de cabeça e pescoço Alvarenga et al. (2008) realizaram um estudo retrospectivo por meio da análise de 427 prontuários de pacientes atendidos entre os anos de 2000 e 2006 no departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da FAMERP/São Paulo. Foram incluídas nas variáveis estudadas a idade, o sexo, a profissão, cor da pele, hábitos tabagista e etilista, estadiamento clínico, tratamento e mortalidade. Os autores observaram predominância da patologia em

indivíduos entre 51 a 70 anos, pertencentes ao sexo masculino (86%), com cor de pele branca (90%). Houve predominância de indivíduos trabalhadores rurais (24,25%). Neste trabalho houve grande incidência de tabagistas (83,37%) e etilistas (65,80%), em grande parte associados, o que reforça a relação dos mesmos com o surgimento da doença. Foi verificado estágio avançado do câncer no momento do diagnóstico. Dentre os métodos de tratamento, o cirúrgico associado à radioterapia foi o mais frequente. A mortalidade ocorreu em 164 casos (38,4%). Santana et al. (2008) identificaram escolaridade baixa nos indivíduos acometidos por câncer de laringe, visto que 41% dos indivíduos de sua pesquisa possuía de 1 a 4 anos de estudos.

Além dos autores Alvarenga et al. (2008), outros autores buscaram investigar a relação de fatores como os ocupacionais, no desenvolvimento dos cânceres de cabeça e pescoço.

Sartor et al. (2007) fizeram um estudo com o objetivo de investigar o papel dos diversos fatores para o desenvolvimento dos cânceres de cabeça e pescoço. Do estudo participaram 122 pacientes e 187 controles, destes eram do sexo masculino 104 pacientes e 142 controles. Dos indivíduos, apenas 6% dos casos e 27% dos controles não eram tabagistas. Quanto ao álcool, 87% dos casos e 71% dos controles assumiram consumi-lo. Quanto aos fatores ocupacionais não se relacionaram ao desenvolvimento de câncer de laringe: poeira abrasiva, poeira de concreto, poeira de tijolo, poeira de carvão mineral, poeira de coque, poeira de carvão vegetal, poeira de cromo e cromato, poeira de níquel e seus compostos, poeira de aço, pigmentos inorgânicos, poeira de tecidos naturais e sintéticos, emissão de motores, asfalto e betume, petróleo, gasolina, aguarrás mineral, solventes orgânicos e pesticidas. Esteve associada ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer de laringe, o sexo masculino, idade, consumo de álcool e tabagismo a exposição à fuligem, à sílica cristalina e a fumos em geral.

Enquanto Sartor et al. (2007) não encontraram relação do uso de pesticidas utilizados na lavoura e produtos utilizados na construção civil com o desenvolvimento dos cânceres de cabeça e pescoço, Purdue et al. (2006) e Morshed et al (2008) descrevem a partir de seus trabalhos, uma realidade diferente.

Investigar a relação da exposição ocupacional à construção civil foi objetivo de Purdue et al. (2006). Foram identificados 510 carcinomas de cabeça e pescoço em 307.779 trabalhadores da área de construção civil entre os anos de 1971 e 2001. Destes, 227 dos cânceres eram em laringe. Os produtos aos quais esta população se encontra exposta são amianto, solventes orgânicos, pó de metal, asfalto, pó de madeira, pó de pedra, lã mineral e cimento. Identificaram que a exposição ao amianto está relacionado a aumento da incidência de câncer de laringe. O amianto é o nome comercial de fibras naturais de silicatos, muito utilizado na construção civil para isolamento, materiais a prova de fogo e confecção de cimento. Sabe-se até o presente momento a fisiopatologia do amianto junto ao câncer de pulmão. São incertos os mecanismos que o relacionam ao câncer de laringe.

Em relação à predominância do câncer em trabalhadores rurais, Morshed et al. (2008), pesquisadores da Polônia, investigaram a relação do trabalho rural com a prevalência, tipo e localização do câncer. Houve comparação da incidência do câncer em trabalhadores rurais com profissionais de outras áreas. Participaram do estudo 148 pacientes (130 homens e 18 mulheres) com idade entre 32 e 78 anos (mediana de 58,6 anos) diagnosticados entre os anos de 1999 e 2002. Dos indivíduos do estudo, 56,8% eram agricultores e 42,2% tinham eram de outras áreas de trabalho, que não a área rural. Dos trabalhadores que não eram trabalhadores rurais, 73% eram trabalhadores braçais. Os pesquisadores identificaram maior incidência de câncer glótico em trabalhadores rurais que nas outras áreas.

A relação entre hábitos alimentares com o câncer de laringe foi tema de estudo de Edefonti et al. (2010). Os autores utilizaram um questionário aplicado de 1992 a 2000 sobre frequência e hábitos alimentares de 460 sujeitos (415 homens e 45 mulheres) com idade média de 61 anos, com variação de 30 a 80 anos. Após a investigação, os autores sugerem que dietas ricas em produtos de origem animal e gorduras de origem animal estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento do câncer. As dietas ricas em frutas e legumes estiveram inversamente relacionadas ao câncer de laringe

3.1.3 Laringectomia total

A laringectomia total consiste na excisão de todo o órgão fonatório, com seu esqueleto cartilagenoso e osso hióide. Como aspecto negativo da cirurgia há a perda irreversível da voz (NEMR; LEHN, 2005) bem como a mudança da respiração que passa a se realizar pelo traqueostoma (FONSECA, 2002).

FIGURA 2: Passagem de ar fisiológica e após cirurgia de laringectomia total (FONSECA, 2002)

A cirurgia de laringectomia total é indicada quando há tumores supraglóticos ou glóticos T3 ou T4 de laringe, ou nos tumores T2 em que não existam condições para se realizar laringectomia parcial. Nestes casos, dos tipos de tratamento investigados, o cirúrgico é o que possibilita o maior controle do câncer (MANFRO et al., 2006). Quando há câncer em subglote a laringectomia total passa a ser a única opção de tratamento (NEMR; LEHN, 2005).

Após a laringectomia o paciente vive consequências mutilatórias que afetam vários aspectos de sua vida: a retirada da laringe que traz a perda da voz como consequência, a alteração da imagem corporal (traqueostomia) e aposentadoria não planejada. Estas consequências determinam por vezes a lamentação pelas perdas nos relacionamentos interpessoais e sociais, a dependência familiar e o isolamento social (ZAGO et al., 2001). Quanto aos agravos físicos da laringectomia, há relatos dos pacientes de sensação de cansaço no corpo todo, cansaço nas pernas, olhos, movimentos rígidos e desajeitados, sensação de instabilidade ao ficar parado e nervosismo. Há também casos de torpor e desejo de deitar-se durante o dia, cansaço ao falar, esquecimento, ansiedade constante, incapacidade de concentração, falta de ar, sede, dor de cabeça, tontura, tremores de pálpebras e nos ombros. Estes sintomas foram atribuídos pelos pacientes a preocupação com a doença, ansiedade, rotinas diárias, radioterapia, cirurgia, estresse, depressão e tensão emocional (COELHO; SAWADA, 1999). Assim, o tratamento do câncer de laringe pode trazer múltiplas sequelas físicas e funcionais que afetam o trabalho, relacionamento familiar, relacionamentos sociais e questões psicológicas do indivíduo (RAMIREZ et al., 2003).

3.1.4 A perda da voz

A interação entre os indivíduos é permeada pela comunicação, processo que consiste na troca de impressões. Diversas formas de manifestações podem tornar comum algo a ser expresso: gestos, produções vocais, dentre outros (CHOMSKY, 2006; LASSWELL, 2007). A comunicação oral, que utiliza os sons vocais, integra o indivíduo ao meio, o que possibilita que este se expresse de forma mais concreta, graças às inflexões, às modulações e às variações da qualidade vocal que são somadas às informações fornecidas pelo falante. A voz denuncia a intenção, o estado emocional e em algumas situações, até mesmo o estado físico daquele que fala (JORGE; GREGIO; CAMARGO, 2004).

Os pacientes laringectomizados totais perdem definitivamente a possibilidade da comunicação oral por meio da voz laríngea. Esta sequela funcional gera agravos emocionais e sociais, que se desenvolvem com as experiências negativas do acometimento pelo câncer. O indivíduo possui, então, necessidade de suporte para adaptação à nova situação para não sentir-se alheio ao meio em que vive.

A solidão prediz aumento de doenças e mortalidade na população mundial. Isto porque ela causa afecções emocionais que interferem nos processos fisiológicos de reparo tecidual do organismo, além de trazer comportamentos inadequados para a saúde, estresse excessivo e mudanças hormonais. O isolamento dos indivíduos tratados de câncer, se não solucionado, pode levá-los a novos episódios de câncer ou a aquisição de outras doenças (CACIOPPO; HAWKLEY, 2003), o que constitui uma questão de impacto para a epidemiologia mundial.

3.1.5 Reabilitação Vocal Pós Laringectomia Total

Quando o indivíduo passa pela laringectomia total, há a perda da voz e nesse caso, existem métodos para a produção de sonoridade e manutenção da comunicação oral. Entre os métodos de reabilitação vocal os mais utilizados são a voz esofágica, a laringe eletrônica e a voz traqueoesofágica.

- a) Voz Esofágica: consiste na utilização do esôfago como reservatório transitório de ar, que ao ser expulso faz vibrar o esfíncter esofágico, o que produz um som, chamado de voz esofágica. Este som é amplificado pelas cavidades de ressonância e articulado para a produção das palavras. Esta voz, diferente da voz laríngea, possui qualidade rouca e frequência grave devido as características morfológicas e de tons do esfíncter esofágico. Este método é tido como o procedimento de reabilitação mais natural e eficaz de fonação. Um aspecto negativo deste método consiste na necessidade do paciente aprender a injetar ar no esôfago (BEHLAU et al., 2005). Este método é considerado ótimo, quando o indivíduo consegue utilizar a voz em todas as situações comunicativas com fluência e sem ruídos de entrada de ar (NEMR; LEHN, 2005).

FIGURA 3: A- Imagem anterior a laringectomia total. B- após a laringectomia total com descrição da entrada de ar para produção de voz esofágica (adaptadas de GROLMAN, 1998)

- b) **Laringe Eletrônica:** consiste em um pequeno aparelho também chamado de vibrador laríngeo, constituído por um tubo com uma membrana vibrátil em sua extremidade superior, um botão para acionamento da vibração e compartimento para inserir pilhas ou bateria. A parte superior desse tubo, que é vibrátil, deve ser acoplada na região do pescoço um pouco acima do osso hióide. A laringe eletrônica produz um som contínuo de característica mecânica e artificial, identificada como uma voz robotizada. Esta voz não permite inflexões ou curvas melódicas e quando utilizada em tecidos com fibrose (rígidos), há perda da sonoridade (BEHLAU et al., 2005). Outro aspecto negativo deste método consiste na necessidade do indivíduo utilizar uma das mãos para posicionar acionar o aparelho durante a fala (NEMR; LEHN, 2005).

FIGURA 4: Imagem do paciente após a laringectomia total e uso da Laringe Eletrônica (GROLMAN, 1998).

- c) **Voz Traqueoesofágica:** consiste na colocação cirúrgica de uma válvula entre a traquéia e o esôfago. Ao ocluir o traqueostoma, o ar que vem dos pulmões é injetado no esôfago, o que faz vibrar o esfíncter esofágico superior. Esta voz se assemelha com a voz esofágica pelo fato de que ambas são produzidas por vibração esofágica, com som resultante aperiódico e de frequência grave. Possui, no entanto, as vantagens do uso de ar pulmonar, o que aumenta o tempo máximo de fonação, que consiste no tempo de fonação entre uma inspiração e outra. Neste método, há favorecimento da velocidade,

melhor fluência além de maior variação de intensidade e modulação de frequência. Entretanto, há a necessidade do uso de uma das mãos para a oclusão do traqueostoma. Os aspectos negativos referem-se ao custo elevado da válvula que deve ser substituída de 6 em 6 meses, aproximadamente. Há a necessidade de limpeza da cânula da válvula, que faz a ligação entre traquéia e esôfago, que quando não realizada de forma adequada pode levar a infecções (NEMR; LEHN, 2005).

FIGURA 5: A) Imagem do paciente laringectomizado total com implantação da válvula traqueoesofágica. B) oclusão digital do traqueostoma para produção da voz traqueoesofágica (GROLMAN, 1998).

Os métodos de restauração vocal pós laringectomia resultam em voz com qualidade distinta da laríngea. Por esta razão, para auxiliar a adaptação dos indivíduos e maximizar o efeito da reabilitação na inserção do indivíduo, a Associação Portuguesa de Limitados da Voz (APLV, fundada em 1988) indica algumas ações. As atividades voltadas para a população alvo consistem: 1) no aconselhamento pré-cirúrgico de laringectomizados e familiares; 2) aconselhamento e acompanhamento pós-operatório visando a integração social e estabilização psicológica; 3) apoio psicológico e emocional aos laringectomizados; 4) visitas hospitalares e domiciliares e 5) auxílio técnico ao desenvolvimento das vozes.

Além disso, esta associação informa e esclarece a população geral sobre a limitação vocal dos laringectomizados totais, além de sensibilizar a estudantes e profissionais da saúde. As informações para a população geral estão contidas em três publicações: 1) Sabe o que é um Laringectomizado? e 2) Cuidados gerais para pessoas laringectomizadas e traqueotomizadas. Dentre as informações fornecidas estão: a) o que é laringectomizado; b) o porquê da retirada da laringe; c) esclarecimento de que não são pessoas inválidas; d) esclarecimento de que suas vozes são monótonas mas suficientes para se fazer entender; e) que há necessidade de ter comportamento de bom ouvinte, escutando com atenção sem interromper; f) que os amigos e familiares devem tratar o indivíduo como antes da cirurgia, sem cuidados excessivos. Há informações ainda sobre cuidados básicos como higienização do estoma e a ingestão adequada de líquidos.

Segue abaixo os comentários de Furia, R (2006) sobre rotinas do Hospital Amaral Carvalho de Jaú para auxiliar na adaptação dos pacientes laringectomizados à nova situação de vida:

*“A reabilitação destes pacientes se baseia em adequar, dentro dos limites anatomofuncionais, as alterações vocais impostas pelo processo cirúrgico realizado, visando a melhor adaptação do paciente para uma melhor qualidade de vida. O tratamento fonoaudiológico se divide em **pré-operatório**: que tem como objetivos realizar uma anamnese detalhada, buscar o vínculo com o paciente, dar suporte e segurança, orientando os familiares e o próprio paciente sobre as informações cirúrgicas, as possíveis seqüelas e os métodos de reabilitação; **pós-operatório imediato**: momento de orientar e avaliar o paciente, dar suporte, incentivo e reforçar as informações dadas no pré operatório e **terapia fonoaudiológica**: trabalho de reabilitação que se inicia após a liberação médica, por volta do 15º dia de pós-operatório. Os atendimentos podem ser individuais e/ou em grupo, com uma frequência de terapia semanal, quinzenal ou mensal. A preocupação constante com a qualidade de vida do paciente com câncer e não apenas a extirpação do tumor faz parte da rotina deste hospital que busca sempre novos caminhos a fim de atingir esse objetivo.”*

3.2 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E MENSURAÇÃO

Assim como a definição e visão sobre saúde e doença evoluiu com o pensamento da humanidade e com o desenrolar da história, a qualidade de vida também é um conceito histórico, complementar ao conceito de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994; WHO, 1996) a qualidade de vida seria a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida se relaciona ao nível de satisfação do indivíduo em relação a sua vida familiar, amorosa, social e ambiental, variando esta satisfação, sobretudo, de acordo com o estilo de vida (MINAYO et al., 2000). Alguns atributos de caráter como a curiosidade, esperança, entusiasmo, gratidão e amorosidade estão profundamente relacionados com a percepção das situações do dia a dia (PARK et al., 2004). A auto aceitação, relacionamento positivo com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e desenvolvimento pessoal também possuem íntima relação com o aumento do bem estar (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Assim, enquanto a qualidade de vida seria um conceito relacionado a fatores subjetivos do indivíduo, a pesquisa científica se atém a formas de mensuração desta qualidade de vida, a fim de identificar a questão multifatorial que afeta a saúde do indivíduo, para que as dificuldades que afligem a população sejam sanadas (WHO, 1994 e WHO, 1996). Em 1994 foi criado pela Organização Mundial da Saúde o questionário WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*, com versão validada para o português (FLECK et al., 1999). Este questionário englobou as diversas facetas que segundo a Organização Mundial da Saúde devem fazer parte desta linha de pesquisa. Assim, os aspectos incorporados neste questionário foram: 1) a saúde física, 2) a saúde psicológica, 3) o nível de independência do indivíduo, 4)

os relacionamentos sociais, 5) o meio ambiente e 6) a espiritualidade, religião e crenças populares.

Cabe considerar que há diferenças na interpretação de qualidade de vida quando comparamos épocas, culturas, valores individuais e camadas sociais. Atualmente, por exemplo, tanto a qualidade de vida pode ser vista como parte das discussões de saúde, como a saúde pode aparecer como um dos fatores dentro do conceito de qualidade de vida. No entanto para as discussões recentes da área, a relação da qualidade de vida com os aspectos de promoção da saúde é inquestionável (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Conhecer os aspectos difíceis relacionados ao processo de adoecimento auxilia na criação de programas para a promoção de saúde capazes de amenizar os agravos que as doenças trazem às pessoas. Vários são os questionários utilizados para a mensuração da qualidade de vida. Temos, por exemplo, os que relacionam a qualidade de vida com o impacto das dificuldades vocais no cotidiano das pessoas. Dentre estes os mais utilizados são: IDV (Índice de Desvantagem Vocal) e QVV (Questionário de Qualidade de Vida e Voz). Existem também que verificam o quanto as sequelas de câncer de cabeça e pescoço podem afetar a vida da população por ele acometida: UWQOL (Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington), FACT-H&N (*Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck*) e o QLQ-H&N35(*European Organization for Research and Treatment of Cancer*).

3.2.1 Qualidade de Vida e Voz

A qualidade de vida relacionada a voz dos indivíduos tratados de câncer de laringe tem sido investigada por muitos autores. Os instrumentos mais utilizados são VHI –

Voice Handicap Index- (JACOBSON et al., 1997) traduzido para o português como IDV - Índice de Desvantagem Vocal- (SANTOS et al., 2007) e o V-RQOL -*Voice-Related Quality of Life* – (HOGIKYAN; SETHURAN, 1999) traduzido para o português como QVV - Qualidade de Vida e Voz (GASPARINI; BEHLAU, 2008).

O questionário VHI -*Voice Handicap Index* e sua versão em português, IDV – Índice de Desvantagem Vocal, possui 30 afirmações que se dividem em questões funcionais, orgânicas e emocionais e medem a frequência da vivência das situações de desvantagem vocal. Foi confeccionado visando a aplicação em indivíduos com alterações vocais laríngeas como nódulos, cistos ou edemas nas pregas vocais.

Alguns autores, utilizaram este questionário para investigar a desvantagem vocal em populações acometidas por câncer de laringe. Dentre estes autores estão Moerman et al. (2004), da Holanda, que aplicaram a versão do VHI em holandês a 45 pacientes, submetidos a cirurgia de laringectomia total, a maioria utilizando voz traqueoesofágica. Não foram descritas as idades e tempo pós cirúrgico. A finalidade do estudo foi verificar a adequação do questionário VHI para esta categoria de pacientes. Os resultados dos autores indicaram que a deficiência causada pela ausência da voz é inevitável. O Escore Total foi de 40% . O valor de média para os aspectos Orgânicos foi de 40%, Funcional de 47% e Emocional de 42%. Os autores concluíram que embora o VHI seja uma forma representativa de avaliar a gravidade da perda vocal em casos de laringectomia, os resultados não devem ser comparados com patologias laríngeas.

Barros et al. (2007), pesquisadores brasileiros, aplicaram o IDV em 10 laringectomizados totais do sexo masculino com média de idade de 59,6 anos. O tempo pós cirúrgico variou de 3 a 41 meses. Os pacientes não foram reabilitados de voz, se comunicando através de movimentos articulatorios sem som, gestos e escrita. Como resultados os autores obtiveram média Total do VHI de 53,5, com valor 22 para domínio Funcional, 17 para

domínio Orgânico e 14,3 para Emocional. Os autores observaram que pacientes que se declaram quietos apresentaram menor desvantagem vocal, com maior impacto em questões de ordem Funcional. Os autores comentaram que a ausência ou nova voz requerem um período de adaptação para esta população. Diferentes crenças e religiões, situação familiar, profissional e econômica podem facilitar ou dificultar a inserção do indivíduo na sociedade. A qualidade de vida pode depender de diversos outros parâmetros além da comunicação oral, como cultura, situação social e econômica, idade, gênero, formas de tratamento e sequelas. A percepção do paciente é uma variável a mais que deve ser considerada no momento da reabilitação. Os autores concluíram que a desvantagem vocal é vista pelo paciente como sequela inerente ao processo de cura do câncer. Assim, estar vivo e sem doença é o fator principal, enquanto que a preocupação com a ausência da voz torna-se aspecto secundário do processo.

Os ingleses Evans et al. (2009) aplicaram o questionário VHI em laringectomizados totais reabilitados com voz traqueoesofágica em comparação às outras formas de comunicação (voz esofágica, laringe eletrônica, escrita e movimentos articulatorios sem som). A pesquisa contou com 53 homens com média de idade de 71 anos e tempo médio de pós cirúrgico de 10,9 anos. Participaram do estudo 26 indivíduos com voz traqueoesofágica e 27 com outras formas de comunicação (12 falantes esofágicos, 11 com laringe eletrônica, 2 com escrita e 2 com movimentos articulatorios) . Os pesquisadores iniciaram os trabalhos com a hipótese de que as demais formas de comunicação geram mais desvantagem vocal que a voz traqueoesofágica. Os autores justificaram a realização do trabalho por haver pouca informação em literatura sobre a visão do paciente sobre sua voz traqueoesofágica ou ainda sobre o impacto na funcionalidade de sua comunicação. Os autores não encontraram diferença estatística significativa entre os grupos. Os escores médios foram: 38,6 para os falantes traqueoesofágicos e 46,4 de desvantagem vocal para os reabilitados por

métodos não cirúrgicos. Quanto aos itens do questionário os falantes traqueoesofágicos obtiveram média de escore de 14,9 para aspectos Funcionais, 14,6 para Orgânico e 9,8 para Emocional. Os reabilitados por outros métodos obtiveram escore 19,6 para aspecto Funcional, 12,4 para aspecto Orgânico e 13,8 para aspecto Emocional. Assim, os autores concluíram que outros fatores interferem nos resultados de desvantagem vocal além do método de reabilitação. Fizeram a observação de que mesmo que as características da voz traqueoesofágica sejam melhores, resultados positivos de qualidade de vida podem ser alcançados com métodos não cirúrgicos de restauração vocal.

Os suecos Lundstrom et al. (2009) aplicaram o questionário VHI em 43 laringectomizados totais, 40 homens e 3 mulheres, com média de idade de 68 anos. Não foi descrito o tempo pós cirúrgico. A fala traqueoesofágica é utilizada por 38 pacientes, 5 utilizam laringe eletrônica, 3 voz esofágica restrita por constrições faríngeas e 2 fizeram cirurgias mais extensas e não possuem reabilitação vocal. A média de resultado geral do VHI foi de 48. Os escores para os aspectos do questionário foram 17,3 para Funcional, 18,6 Orgânico e 12,1 Emocional. O VHI foi considerado uma ferramenta valiosa para avaliar a função vocal dos pacientes. Houve o comentário de que maior desvantagem vocal é notada em grupos de indivíduos que passaram por laringectomia recente em comparação com indivíduos com pós operatório de laringectomia de pelo menos um ano. Entretanto não foi notada diferença estatística significativa entre os escores quando se compara estas variáveis. Segundo os autores há necessidade de inclusão de perguntas sobre os problemas respiratórios e tosse no VHI quando o mesmo for aplicado em laringectomizados, devido a produção de muco traqueal dessa população.

Azevedo et al. (2011), pesquisadores brasileiros, realizaram um estudo com aplicação do IDV em indivíduos tratados de câncer avançado de laringe. Foram elegidos para a amostra 84 pacientes, 69 homens e 15 mulheres, média de idade de 62,89 anos com no

mínimo seis meses pós tratamento oncológico. Foram incluídos pacientes com laringectomia parcial, radioterapia concomitante com quimioterapia, laringectomia total, laringectomia total de resgate, faringolaringectomia total e faringolaringectomia total de salvamento. Dos pacientes, 32 apresentaram ensino fundamental incompleto, 79 eram fumantes e 69 consumiam álcool. O escore médio total foi de 31, Funcional de 13,15, Orgânico de 9,71 e Emocional de 8,41. Observou-se que os pacientes apresentam mais queixas quanto a serem compreendidos em lugares ruidosos ou quando chamam a família de outro cômodo da casa. Os pacientes com menor desvantagem vocal foram os que realizaram tratamento com quimioterapia e radioterapia concomitante. Os indivíduos que realizaram laringectomia total apresentaram maior desvantagem vocal, independentemente do método de reabilitação.

Os pesquisadores italianos Schindler et al. (2011) investigaram a desvantagem vocal de 96 pacientes (88 homens e 6 mulheres com média de idade de 67,9 anos) tratados de câncer de laringe comparando. Dos pacientes, 24 fizeram laringectomia total com média pós cirúrgica de 2,9 anos, 40 laringectomia supracricóidea parcial com média pós cirúrgica de 8,8 anos e 32 glotectomia horizontal com média pós cirúrgica de 3,3 anos. A média de resultados para o grupo de laringectomizados totais foi de 35,3 para o escore Total, 14,5 para Orgânico, 12,4 para Funcional e 8,5 para Emocional. Para o grupo que realizou laringectomia supracricóidea parcial os escores de VHI foram 30,1 para Total, 10,4 para Orgânico, 12,4 para Funcional e 7,1 para Emocional. Para o grupo pós laringectomia horizontal os escores obtidos foram 35,8 para total, 14,6 para aspecto Orgânico, 13,9 para aspecto Funcional e 6,5 para aspecto Emocional. Houve semelhança no resultado do questionário nos três grupos. Sobre a aplicação do VHI nos diversos grupos, os autores comentam que a pontuação do mesmo acompanha o histórico da doença. Antes do tratamento o paciente possui um resultado, com o início do tratamento há piora dos valores de qualidade

de vida e com o passar do tempo de reabilitação os pacientes voltam aos valores iniciais de desvantagem vocal.

Outro questionário também muito utilizado para investigar a relação da voz e qualidade de vida no câncer de laringe é o V-RQOL -*Voice-Related Quality of Life* (QVV - Questionário de qualidade de vida e voz). Este questionário possui 10 questões sobre situações comunicativas que podem prejudicar a qualidade de vida. Este questionário também foi elaborado para avaliação de indivíduos com disfonias laríngeas.

Os pesquisadores brasileiros Carmo et al. (2006) utilizaram o QVV em investigação dos indicativos de qualidade de vida em laringectomizados totais em fase final de atendimento fonoaudiológico. A amostra contou com 6 indivíduos com idade entre 42 e 75 anos do gênero masculino falantes por meio de voz esofágica ou traqueoesofágica. Não consta tempo pós cirúrgico. Como resultados para domínio Físico, obteve-se média de 63,19 e Sócio Emocional de 80,20 com valores de máximo em 100. Segundo os autores, estes dados revelam o desconforto em relação a voz. Os resultados obtidos na investigação apontaram que apesar da qualidade de vida ser um conceito subjetivo, há firme associação da voz com a satisfação em relação a vida. Os autores sugerem que os pacientes possam, por essa razão, opinar no decorrer do processo de construção de sua nova voz, pois apenas eles sabem as prioridades e necessidades vocais que se enquadram em seu contexto social. Diante dos resultados, os autores ressaltam o papel da Fonoaudiologia na reintegração social desta população uma vez que as vozes desenvolvidas são próximas às aceito pela sociedade.

Furia, R (2006) aplicou o questionário QVV a 31 pacientes, 29 homens e 2 mulheres, com média de idade de 63,48 anos que realizaram cirurgia parcial vertical a fim de comparar a relação da qualidade de vida desses pacientes com suas qualidades de voz. Dos pacientes, 77,4% tinham histórico de alcoolismo e 80,64% eram fumantes. O grau de escolaridade predominou entre 1º. grau completo, 7 (22,58%) pacientes e 1º. grau incompleto,

14 (45,16%) pacientes. Os valores de QVV Total foram de 77,02, aspecto Sócio Emocional foi de 83,67 e Funcionamento Físico de 72,58. O valor de auto-imagem vocal encontrado foi de 3,25 que corresponde ao paciente considerar suas vozes boas. Como conclusão houve o comentário de que a disfonia de pacientes submetidos à laringectomia vertical parcial tem impacto negativo sobre a qualidade de vida, visto que quanto maior a disfonia, piores os escores encontrados em QVV.

Deshpande et al. (2009) investigaram a relação entre qualidade de vida e voz com o questionário V-RQOL em 122 pacientes indianos, 118 homens e 4 mulheres, com média de idade de 56 anos tratados de câncer de laringe por laringectomia total ou faringolaringectomia. Não consta tempo pós cirúrgico. Considerando toda a amostra, a média de valores de V-RQOL total foi de 76,25, funcionamento físico de 75 e sócio emocional de 81,25. Os valores médios de escore global para laringectomia total foi de 72,5 enquanto para faringolaringectomia foi de 73,7. Considerando-se a idade, a qualidade de vida relacionada à voz do grupo de indivíduos com idade superior a 50 anos foi de 82,5 enquanto dos pacientes com idade inferior a 50 anos foi de 72,5. As vivências em relação ao próprio tratamento do câncer, também interferiu na qualidade de vida visto que os pacientes que passaram pela laringectomia total em cirurgia primária apresentaram melhores resultados do que os que a realizaram como cirurgia de resgate após insucesso de outros métodos de tratamento. Os autores não encontraram relação do gênero, localização do tumor e tipo de cirurgia com qualidade de vida. Para os autores faltam estudos que se concentrem na percepção do paciente laringectomizado total em relação a sua própria voz e o impacto desta percepção em sua qualidade de vida.

Os canadenses Moukarbel et al. (2011) investigaram o quão significativo é o impacto do câncer nos indivíduos laringectomizados totais. Os autores aplicaram o questionário V-RQOL em 75 pacientes, 51 homens e 24 mulheres, com média de idade de

64,1 anos e tempo médio pós cirurgia de 79 meses. Quanto ao método de reabilitação, 18 usavam laringe eletrônica, 15 voz esofágica e 42 pacientes voz traqueoesofágica. A média de escore Total dos pacientes quanto ao V-RQOL foi de 69,6. A média de domínio Sócio Emocional foi 72,5 e de Funcionamento Físico foi de 67,7. Os resultados para os falantes traqueoesofágicos foi de 76,5 para qualidade de vida Total, 80,1 Sócio Emocional e 74,2 para Funcionamento Físico. O grupo reabilitado por voz esofágica obteve média de escore total de 69,7, Sócio Emocional de 75,8 e Funcionamento Físico de 65,6. Os usuários de laringe eletrônica obtiveram resultado de escore total de 53,5, 52,1 para Sócio Emocional e 54,4 para Funcionamento Físico. O grupo de voz traqueoesofágica, que atualmente é considerado o método '*gold standard*' para reconstrução vocal possuiu maiores escores e o reabilitado com laringe eletrônica os piores escores. Os usuários de laringe eletrônica possuem, assim, maior deficiência vocal. Não houve diferença estatística significativa quando se compara os resultados da voz traqueoesofágica com a voz esofágica, por este motivo a voz esofágica foi considerada uma opção viável e alternativa ao método cirúrgico.

Foram encontrados dois estudos que aplicaram ambos os questionários V-RQOL e VHI nos casos acometidos por câncer de laringe.

Os alemães Kasper et al. (2011) estudaram a correlação dos resultados dos questionários VHI e V-RQOL em pacientes tratados de pequenos tumores de laringe. Participaram do estudo 65 pacientes com média de idade de 62,1 anos $\pm$ 10 anos, 58 homens e 7 mulheres. Os pacientes foram operados com técnicas de protocolos de preservação de órgãos e 10 deles foram submetidos a radioterapia pós operatória. Não consta tempo pós tratamento do câncer. Nenhum dos pacientes sofria de crescimento tumoral recorrente ou metástase. Nenhum dos indivíduos realizou traqueostomia. Os autores adaptaram a escala do questionário VHI de 0 a 120 para 0 a 100 para que fosse possível a correlação com a escala do V-RQOL. Os pacientes apresentaram escore de desvantagem vocal de $38,9 \pm 26$ (escala 0 a

100) no questionário VHI e qualidade de vida no V-RQOL $70,1 \pm 24,4$ (escala de 0 a 100). Cabe lembrar que os valores de qualidade de vida destes questionários são inversamente proporcionais uma vez que o VHI quantifica as desvantagens enquanto o V-RQOL quantifica qualidade de vida. A correlação entre os resultados dos questionários foi significativa. Por este motivo os autores concluíram que um questionário pode substituir ao outro.

O grupo de pesquisadores japoneses Oridate et al. (2009) procuraram determinar a qualidade de vida relacionada a voz em pacientes tratados de câncer de avançado de laringe. Foram recrutados para o estudo 137 pacientes, 127 homens e 10 mulheres, com idade média de 70 anos. Destes indivíduos, 63 receberam radioterapia, 29 receberam quimioradioterapia, 27 foram submetidos a laringectomia total e 14 foram submetidos a cirurgia a laser com laringomicroscopia, que consiste em tratamento local do câncer. O tempo médio pós cirúrgico foi de 38 meses. O resultado vocal após o tratamento do câncer de laringe é a rouquidão e suas consequências funcionais. A proporção de acometimento vocal varia de acordo com cada caso. Os questionários aplicados para obtenção dos dados de qualidade de vida foram o VHI e o V-RQOL. Após a aplicação dos questionários, foi feita a correlação do resultado dos questionários com a escala GRBAS, que é uma escala perceptivo-auditiva para identificação da qualidade de voz. Esta escala mede o grau de rouquidão, sopro, astenia e tensão. Como resultados o grupo que passou por radioterapia obteve média de escore Total de V-RQOL de 92,6, escore Sócio Emocional de 94,3, Funcionamento Físico de 90,7. O resultado do VHI para este grupo foi de 2,7. O grupo que passou por quimioradioterapia obteve escore Total do V-RQOL de 92,9, escore Sócio Emocional de 95,3, escore de Funcionamento Físico de 91,4 e média de escore total de VHI de 2,34. Os que realizaram cirurgia a laser obtiveram média de escore Total de V-RQOL de 85,5, média de escore Sócio Emocional de 90,2, média de escore de Funcionamento Físico de 82,4 e média de escore Total de VHI de 5,43. O grupo que realizou cirurgia de laringectomia total obteve

média de escore no V-RQOL de 68,4, valor de aspecto Sócio Emocional de 72,6, Funcionamento Físico de 65,7 e média de escore Total do VHI em 11,26. As análises das vozes após tratamento mostram resultados contraditórios. Os melhores resultados de voz foram encontrados tanto em indivíduos que passaram por radioterapia como nos casos cirúrgicos. Um aspecto relevante citado foi que para os indivíduos com bom resultados de qualidade de vida relacionada a voz, ter comunicação oral preservada é mais importante do que a qualidade da voz utilizada. Muitos fatores mostraram afetar a relação da percepção da voz pelo paciente com a qualidade de vida. Dentre estes fatores se encontram o aconselhamento que receberam antes do tratamento, gênero e estágio do tumor. Os autores comentaram que outros fatores, não controlados neste estudo, como: cultural, estado civil, exigências de trabalho e idade podem ter afetado o resultado.

3.2.2 Qualidade de Vida e Câncer de Cabeça e Pescoço

A qualidade de vida para pessoas com casos de câncer de cabeça e pescoço tem sido objeto de estudo de vários autores. São três os principais questionários que destinam-se a avaliar a qualidade de vida de indivíduos acometidos pelos tumores de cabeça e pescoço que apresentam versão traduzida e adaptada para o português brasileiro: o UWQOL - *University of Washington Quality of Life Questionnaire* (HASSAN; WEYMULLER, 1993) traduzido por Vartanian et al. (2004, 2006); o FACT-H&N *Functional Assessment of Cancer Therapy, Head & Neck* (CELLA et al., 1993) traduzido por Furia, C. et al. (2005) e o questionário QLQ-H&N35 desenvolvido pela EORTC - *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, validado em português por Vartanian et al. (2004).

O UWQOL - Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington avalia a qualidade de vida de indivíduos que passaram pelo câncer de cabeça e pescoço. Este questionário investiga os principais aspectos que podem estar alterados com a doença em 12 domínios: Dor, Aparência, Atividade, Recreação, Deglutição, Mastigação, Discurso, Paladar, funcionalidade do Ombro, Saliva, Humor e Ansiedade (VARTANIAN et al., 2007).

Os brasileiros Vartanian et al. (2004) utilizaram o UWQOL para analisar a qualidade de vida a longo prazo de indivíduos tratados de câncer de cabeça e pescoço. Foram investigados dados de 344 pacientes (251 homens), 140 com sobrevida de 2 a 5 anos, 125 que sobreviveram de 5 a 10 anos e 79 que estão vivos há mais de 10 anos desde o tratamento. Dos casos, 32% foram de indivíduos tratados de câncer de laringe. Segundo os autores, mesmo com os avançados métodos de diagnóstico e tratamento, as taxas de sobrevida dos pacientes permanece inalterada. Este fator ressalta a importância de se conhecer a qualidade de vida dos sobreviventes. Neste estudo o questionário UWQOL foi administrado por um profissional da saúde. Como resultados houve piores escores para indivíduos com avanço local da doença no momento do diagnóstico T3 e T4) em comparação aos com diagnóstico precoce (T1 e T2) quanto a Aparência, Recreação e Fala. Pacientes com metástases obtiveram piores resultados quanto a Mastigação, Deglutição e Ombro. Quando há associação do tratamento cirúrgico com radioterapia há agravos nos resultados de Aparência, Recreação, Mastigação, Deglutição e Ombro. Todos estes dados com diferença estatística significativa. Devido às características anatômicas das áreas afetadas, este câncer e seus tratamentos resultam em disfunções na Fala, Respiração, Deglutição e Aparência. Por essas dificuldades terem impacto sobre a auto imagem dos indivíduos é notado o comprometimento psicossocial na vida dos pacientes. Há muitas diferenças culturais entre o país onde o instrumento foi desenvolvido (Estados Unidos)

e o país onde o instrumento foi aplicado (Brasil). No entanto este estudo representou a primeira avaliação da qualidade de vida com este instrumento para a população brasileira.

Vilaseca et al. (2006), espanhóis, aplicaram o questionário de qualidade de vida UWQOL em um grupo de 49 pacientes, 54,2% homens, com mais de 2 anos após a laringectomia total. Como resultados obtiveram UWQOL Geral de 979, 85 de Ansiedade, 83 de Humor, 81 de Saliva, 72 de Paladar, 78 de Ombro, 80 de Fala, 89 de Mastigação, 86 de Deglutição, 78 de Recreação, 78 de Atividade, 73 de Aparência e 88 de Dor. Lembrando que para este questionário quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida e menores são as dificuldades vivenciadas. Observou-se que 40% dos pacientes não conseguiram engolir algum tipo de alimento, 20% referiram dificuldades quanto a mastigação, 51% têm dificuldades para pronunciar alguma palavra, mas ainda poderiam ser compreendidos mesmo ao telefone. Notou-se que pacientes mais jovens possuem mais queixas quanto a Aparência e Ansiedade e consideram as variáveis de Aparência e Recreação tão importantes quanto a Fala. Pacientes laringectomizados não mostram muitas queixas de dor a longo prazo, fato que ocorreu com indivíduos laringectomizados que realizaram quimioterapia. Quanto a eficácia do questionário, no entanto, os autores concluíram que além dos itens abrangidos pelo questionário UWQOL há necessidade de utilização de outros questionários com itens que abranjam atividade, recreação ou ainda a voz.

Os ingleses Kazi et al. (2007) aplicaram o questionário UWQOL em 55 pacientes (44 homens e 11 mulheres) laringectomizados totais com média de idade de 66 anos, que utilizavam válvula traqueoesofágica para se comunicar. Não foi descrito o valor geral do questionário, apenas estudados os domínios com maiores dificuldades. Entretanto, como este escore se dá através da somatória dos outros, o valor obtido foi de 930. Quanto aos domínios os escores foram 91 para Dor, 73 para Aparência, 77 para Recreação, 84 para Deglutição, 50 para Mastigação, 71 para Fala, 74 para Paladar, 87 para Ombro, 89 para

Saliva, 75 para Humor e 83 para Ansiedade. Os autores comentaram que o câncer de cabeça e pescoço e seu tratamento têm forte impacto sobre o bem estar físico e emocional dos pacientes. Referem que isto ocorre pois os laringectomizados aprendem a lidar com as situações, o que se refere ao sucesso da reabilitação vocal com válvula traqueoesofágica. Dessa forma, não encontraram relação estatística significativa ao comparar a qualidade de vida com o tempo pós cirúrgico. Sugerem que os escores dos domínios sejam analisados separadamente visto que os resultados dos tratamentos torna-se mais evidente. Os domínios do questionário mais afetados na população foram Fala, Aparência e Atividade. Os pacientes referiram que as dificuldades físicas são as responsáveis pelo afastamento social.

Os pesquisadores Deleyiannis et al. (1999), dos Estados Unidos, estudaram o quanto as desordens funcionais são importantes para a qualidade de vida do laringectomizado total. Para isto, aplicaram o questionário UWQOL em 10 indivíduos laringectomizado totais de ambos sexos. Não foram descritas as idades. A avaliação foi feita em três etapas do tratamento: pré laringectomia, 1 ano pós laringectomia e 2 anos pós laringectomia. Quanto aos domínios os escores foram 85 para Dor, 67 para Aparência, 70 para Recreação, 82 para Deglutição, 80 para Mastigação, 50 para Fala, 50 para Atividade e 80 para Ombro. Relataram piora da Aparência 50% dos pacientes. referem Os autores explicaram este fato com a hipótese de que os pacientes aprendem a lidar eficazmente com as consequências do tratamento de câncer. Apesar de não ter sido aplicado longitudinalmente, os autores acreditam que o questionário teria sensibilidade para as mudanças na adaptação que o paciente possui com o tratamento. Como conclusão houve a confirmação de que limitações funcionais da laringectomia não necessariamente se traduzem em pioras na qualidade de vida dos indivíduos.

Fang et al. (2004), um grupo de pesquisadores chineses, aplicaram o questionário UWQOL em pacientes tratados de câncer avançado de laringe a fim de verificar

sua qualidade de vida. Não consta características da amostra. Para a realização do estudo, compararam um grupo de pacientes com pior qualidades de voz, com um grupo de pacientes com melhor qualidade. Observaram diferença estatística significativa entre os grupos, com melhor qualidade de vida para os indivíduos com melhor qualidade vocal, principalmente nos aspectos de Fala, Atividade e Recreação. Os autores concluíram que a qualidade de vida dos com melhor qualidade de voz é melhor. Entretanto, acreditam que seja devido a característica de personalidade mais extrovertida, que os torna pessoas mais estáveis, adaptáveis e maduros, características estas que podem ter bons efeitos sobre o prognóstico do tratamento do câncer avançado de laringe.

Maclean et al. (2009), pesquisadores australianos, enviaram o questionário UWQOL a 197 indivíduos da lista de pacientes de uma associação de laringectomizados. Destes, retornaram 120 para estudo. Destes, 98 eram homens. A média de idade foi de 65 anos. Não consta tempo pós tratamento oncológico. Para a obtenção dos resultados, os autores dividiram os domínios do UWQOL em aspectos físicos, sociais e gerais, o que impede a utilização dos mesmos para comparação com o presente estudo. Os resultados apontaram que indivíduos com disfagia apresentaram mais depressão, ansiedade e estresse e dificuldades com a fala do que os outros laringectomizados. Os autores referem que a disfagia não é fator determinante da qualidade de vida desta população apesar de ter efeito negativo sobre o bem estar emocional, por causar depressão, ansiedade e estresse. Referem ainda que dificuldades com a alimentação resultam na dificuldade de participação dos indivíduos em atividades recreativas.

Os pesquisadores Vartanian e Kowalski (2009), brasileiros, estudaram o questionário UWQOL com a finalidade de avaliar a aceitação e qualidade de vida a longo prazo dos principais procedimentos cirúrgicos para câncer de cabeça e pescoço. Foram incluídos 273 pacientes no estudo, na maioria homens (74,4%) com média de idade de 56

anos. Comentaram que pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço estão mais dispostos a fazer um tratamento mais agressivo para aumentar as chances de cura. Apenas 5% dos pacientes comentou que preferiria um tratamento menos radical a fim de ter uma melhor qualidade de vida. Dos 273 pacientes, 92 (33,3%) tiveram câncer de laringe. No grupo com má aceitação houve prevalência de mulheres tratadas de câncer de laringe. Mulheres apresentaram maior queixa de Dor, os pacientes mais velhos apresentaram mais queixas quanto a dificuldades de manter as Atividades e quanto a Fala. Indivíduos com tumores diagnosticados tardiamente (T4) tiveram piores resultados quanto a Aparência. De todo o grupo estudado, no entanto, apenas 1 paciente obteve escore de qualidade de vida inferior a 50. Os resultados mostraram assim, boa aceitabilidade e boa qualidade de vida após procedimentos cirúrgicos o que pode estar relacionado a adaptação a nova situação física e funcional.

O questionário de qualidade de vida FACT-H&N *Functional Assessment of Cancer Therapy, Head & Neck* - possui uma lista de afirmações de vivências às situações normalmente presentes em pacientes que passaram pelo câncer de cabeça e pescoço. Estas afirmações se dividem em 5 áreas: 1) bem estar físico, 2) bem estar social e familiar, 3) bem estar emocional, 4) bem estar funcional e 5) preocupações adicionais (VARTANIAN et al., 2007). Segue abaixo os estudos realizados com o FACT-H&N para indivíduos tratados de câncer de laringe.

Ringash et al. (2000), pesquisadores Canadenses, estudaram a qualidade de vida por meio do FACT-H&N de indivíduos irradiados sobreviventes de câncer de laringe. O trabalho contou com 98 participantes com média de idade de 65 anos, sendo 83% homens. Dos pacientes estudados apenas 8% foram submetidos a laringectomia total, os demais passaram por radioterapia, por estar em fase inicial da doença. Como resultados de escores os autores obtiveram FACT-H&N total de 123, bem estar Social de 24, bem estar Emocional de

21, bem estar Funcional de 25, bem estar Físico de 23 e Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço de 28. Os pesquisadores identificaram que os questionários de qualidade de vida podem ser vistos de forma diferente pelos diferentes pacientes, de acordo com as interpretações de cada um. Mudanças persistentes nas formas de interpretação aos questionários pelos indivíduos corresponderiam ao que cada pessoa julga ser uma saúde perfeita, ou à comparação que muitos realizam com o estado prévio de saúde. Diante dos resultados, houve a conclusão de que a qualidade de vida destes indivíduos é alta indiferentemente das variáveis da doença.

Os americanos Palmer e Graham (2004) fizeram um trabalho a fim de relacionar a qualidade de vida de laringectomizados totais com e sem reabilitação vocal. Aplicaram o questionário FACT-H&N a 170 indivíduos, 118 homens e 52 mulheres. Dos pacientes, 30 tinham idade até 59 anos, 57 pacientes entre 60 e 69 anos, 68 pacientes com idade entre 70 e 79 anos e 15 pacientes com idade igual ou superior a 80 anos. Houve a conversão dos escores encontrados pelos autores no questionário para uma escala de 0 a 100, o que impede a comparação dos mesmos com o presente estudo. O sintomas mais comuns foram dificuldade para deglutir sólidos, fadiga e falta de ar. Os autores comentaram no estudo que homens e mulheres laringectomizados compartilham experiências semelhantes quanto ao tratamento, comunicação, percepções e necessidades de apoio. Ocorre, no entanto que as mulheres apresentam mais preocupações quanto ao físico e necessitam de maior suporte emocional durante o tratamento. Os pesquisadores referiram que existem muitos trabalhos sobre as características vocais dos laringectomizados como forma de ressaltar as dificuldades vividas por esse grupo. No entanto, julgaram mais importante a comunicação funcional do que as características acústicas de cada método. Assim, seu estudo focou na capacidade de se comunicar. A conclusão foi de que há relação mútua da capacidade comunicativa com a

recuperação física, social e emocional do indivíduo, assim a possibilidade de comunicação auxilia o paciente a se adaptar à nova condição.

Os chineses Lü et al. (2007) investigaram a qualidade de vida em 49 laringectomizados totais comparando as situações de ausência da voz a reabilitação vocal com voz esofágica três meses após o término da terapia vocal, utilizando o FACT-H&N. Não consta característica da amostra. O escore total anterior à reabilitação foi de 90 e após a reabilitação de 103. O questionário foi respondido por esses pacientes antes do treinamento de voz e três meses após o mesmo. Houve diferença estatística significativa quanto a qualidade de vida dos pacientes antes e após o treino de voz esofágica. Os autores concluíram que houve melhora da qualidade de vida dos pacientes após a reabilitação vocal por meio da voz esofágica.

Trivedi et al. (2008), pesquisadores da Índia, investigaram a qualidade de vida, com o questionário FACT-H&N em 29 indivíduos laringectomizados totais usuários de válvula traqueoesofágica, 27 homens e 2 mulheres, a fim de comparar com os tratados de câncer de laringe com quimioradioterapia (n=8 homens e 3 mulheres). A média de idade foi 60,4 anos. Não houve diferença estatística quanto a qualidade de vida geral e nos diversos aspectos estudados pelo questionário quando se compara os grupos de estudo. Como escores para os laringectomizados totais obteve FACT-H&N total de 98, bem estar Físico de 20, bem estar Social de 21, bem estar Emocional de 19, bem estar Funcional de 18 e Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço de 18. Tanto os laringectomizados totais quanto os que realizaram a quimioradioterapia obtiveram bons escores no FACT-H&N, fato que, segundo os autores, revela a boa qualidade de vida fornecida por ambos os tratamentos. Os autores comentaram que na Índia há um sistema de apoio e união social muito grande entre os membros da família que resulta numa maior aceitação social após laringectomia total. Além disso, ressaltaram que a perspectiva do paciente em relação a si mesmo e a vida sofrem

mudanças após o tratamento de câncer o que torna o paciente adaptado a nova situação inclusive e o auxilia a aceitar a nova aparência. Como conclusão, contrariamente a visão que possa se ter sobre o câncer de laringe e seu tratamento, a qualidade de vida não se altera após o tratamento do câncer e mantém boa independentemente da modalidade de tratamento.

Pesquisadores da Inglaterra, Loughran et al. (2005), realizaram um trabalho a fim de verificar se questionários de medida de qualidade de vida relacionada a voz e qualidade de vida geral relacionada à área de cabeça e pescoço são suscetíveis de serem aceitos para pacientes que tratados de câncer glótico de laringe em fase inicial. Participaram do estudo, 36 pacientes (18 tratados com radioterapia e 18 com excisão endoscópica do câncer com laser de CO₂, que consiste no tratamento local do tumor). A média de idade dos pacientes foi de 69,4 anos. Não consta proporção de homens e mulheres. Os pacientes responderam aos questionários VHI, UWQOL e FAC-H&N acrescidos de HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) utilizada para medir o grau de ansiedade e depressão de pacientes hospitalizados, VoiSS (*Voice Symptom Scale*) instrumento para auto avaliação da qualidade vocal e VPQ (*Vocal Performance Questionnaire*) desenvolvido para pacientes com disfonias laríngicas. Os pacientes tratados com radioterapia obtiveram média de escore 25,4, média de UWQOL de 89,1, média Emocional do FACT-H&N de 4,5 Funcional de 21,7, Físico de 2,8, Social de 21,1 e Preocupações Adicionais de 23,7. Os pacientes com cirurgia endoscópica obtiveram 22,2 de média no VHI, 89,9 no UWQOL, 4,4 de média para valor Emocional do FACT-H&N, 21, 3 para bem estar Funcional, 3 para bem estar Físico, 21, 9 para bem estar Social e 23,8 para Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço. O estudo demonstrou que a aplicação da bateria de questionários pode ser concluída de forma satisfatória para a população de estudo. Os pacientes conseguiram completar os questionários com pouca ou nenhuma assistência e não se queixaram do número excessivo de perguntas. Observaram que houve baixos índices de desvantagem vocal para a população de estudo, que

seria devido a tratamento precoce e bem sucedido do câncer de laringe, visto que a deficiência vocal a longo prazo é mínima. Quando analisados os resultados dos questionários relacionados à área de cabeça e pescoço, notou-se diminuição significativa da qualidade de vida após o tratamento precoce do câncer de laringe, mas os autores acreditam que estes valores de dificuldades não sejam tão grandes quando comparado com pacientes tratados de câncer em estágio avançado. Não houve diferença estatística significativa quando compara-se as medidas dos grupos estudados. Os autores concluíram que os questionários podem ser aplicados para os indivíduos tratados de câncer de laringe e fornecem dados fáceis de ser analisados.

O terceiro questionário traduzido para o português é o QLQ-H&N35 e avalia sete domínios: dor, deglutição, sentidos, fala, comer social, contato social e sexualidade, além de possuir 11 itens específicos: problemas dentários, trismo, xerostomia, saliva espessa, tosse, mal-estar, consumo de analgésicos, suplementos nutricionais, sonda para alimentação, e perda/ganho de peso (VARTANIAN et al., 2007).

O ideal para identificar a qualidade de vida da população que passou pelo câncer de cabeça e pescoço seria avaliação global. Para tanto deve-se levar em consideração tanto os aspectos genéricos quanto os específicos de qualidade de vida. Ocorre que este tipo de avaliação seria longa, o que sobrecarregaria os indivíduos e dificultaria a aceitação dos pacientes para respondê-los. Não há, segundo os autores, até o momento, um instrumento considerado o ideal, '*gold-standard*', que seja curto, conciso, fácil de entender, com mínimo gasto de tempo para o preenchimento e auto-aplicável pelos pacientes (VARTANIAN et al., 2007).

4.0 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Amaral Carvalho em Jaú/ São Paulo e a coleta de dados realizada entre fevereiro de 2009 e julho de 2010. Houve aprovação do Comitê de Ética do Hospital em fevereiro de 2009 (ANEXO A). Foram selecionados 24 pacientes do grupo de laringectomizados totais com idade de 49 a 77 anos ($\bar{x} = 60,6 \text{ anos} \pm 7,0 \text{ anos}$), 19 (79,2%) homens e 5 (20,8%) mulheres, que após o diagnóstico de câncer de laringe, passaram pela cirurgia de laringectomia total. Neste hospital, após a cirurgia de laringectomia, assim que os pacientes recebem alta hospitalar passam a integrar o grupo de laringectomizados, que acontece semanalmente, às sextas-feiras. Este grupo se inicia por volta das 8 horas da manhã com a Fonoaudióloga, posteriormente há a intervenção ou atividades com psicólogo que envolvem tanto o paciente quanto o familiar que queira acompanhar a atividade e para fechamento, por volta das 11 horas da manhã há atividade com Assistente Social para fornecimento de informações sobre transporte do município de origem à cidade do hospital ou para auxiliar no suporte aos pacientes. O trabalho fonoaudiológico neste grupo visa o aprendizado das novas vozes, a interação, a troca de experiências além de ser possível aos indivíduos compartilhar seus medos, frustrações e angústias relacionados ao processo de tratamento do câncer. No grupo há indivíduos recém saídos da cirurgia e os que já foram operados há mais tempo. Os laringectomizados já reabilitados de voz atuam de forma a auxiliar os companheiros a desenvolver suas novas vozes, seja ela esofágica ou por meio de laringe eletrônica. Este

modelo este de atendimento é gerenciado por Fúria, R (2006) no Hospital Amaral Carvalho de Jaú.

Os pacientes do grupo de laringectomizados participantes deste estudo foram distribuídos em 2 grupos:

- I- Grupos de Reabilitados (R): 12 (50%) pacientes, com idade de 49 a 66 anos ($\bar{x} = 57,9$ anos $\pm 5,0$ anos), 10 homens e 2 mulheres que realizaram fonoterapia e utilizam os métodos de restauração vocal para se comunicar em seu dia a dia. Este grupo foi subdividido de acordo com o método de reabilitação utilizado:
- a. Reabilitado por Voz Esofágica (RVE): grupo constituído por 7 indivíduos do sexo masculino
 - b. Reabilitado por Laringe Eletrônica (RLE): 5 pacientes, 3 do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

Obs: O estudo não possui indivíduos reabilitados com válvula traqueoesofágica por não ser utilizado este método de reabilitação da voz no hospital de estudo.

- II- Grupo de Não Reabilitados (NR): 12 (40%) pacientes, com idade de 49 a 77 anos ($\bar{x}=64,1$ anos $\pm 8,5$ anos), 9 homens e 3 mulheres que iniciaram terapia fonoaudiológica há pouco tempo ou ainda não se adaptaram a um dos métodos de reabilitação vocal e utilizam-se de movimentos articulatorios sem som para se comunicar.

FIGURA 6: Distribuição dos participantes nos grupos Não Reabilitado (NR) e Reabilitado (R) e nos subgrupos Reabilitado por Laringe Eletrônica (RLE) e Reabilitado por Voz Esofágica (RVE) de acordo com o sexo.

Os aspectos sócio-demográficos dos 24 pacientes laringectomizados totais participantes deste estudo quanto escolaridade, profissão, consumo de álcool e de tabaco encontram-se nas Figuras de 7 a 10.

FIGURA 7 – Distribuição da amostra quanto à escolaridade de acordo com os grupos.

FIGURA 8 – Distribuição da amostra quanto à profissão de acordo com os grupos.

FIGURA 9 – Distribuição da amostra quanto ao consumo de álcool.

Houve variação da quantidade de álcool ingerida de um aperitivo às refeições à 2 garrafas de pinga por dia.

FIGURA 10 – Distribuição da amostra quanto ao consumo de tabaco.

Os pacientes relataram ter fumado de 1 a 4 maços de cigarro por dia, por longa data antes do aparecimento do câncer (15 a 30 anos).

Quanto ao aspecto familiar dos pacientes estudados 19 (79,8%) referiram morar com um(a) companheiro(a) ou família e 5 (20,2%) pacientes referiram residir só.

Com relação ao tempo pós cirurgia no dia da entrevista para as respostas dos questionários, a mediana para grupo R foi 2 anos e para o grupo NR foi de 1 ano como ilustra a Figura 11.

FIGURA 11 - Distribuição dos pacientes dos grupos R e NR quanto ao tempo pós cirúrgico (em meses) no momento da realização da pesquisa.

4.2 PROCEDIMENTOS

Foi feito, inicialmente contato com o Grupo de Laringectomizados Totais do Hospital Amaral Carvalho de Jaú/São Paulo a fim de conhecer os pacientes, tomar ciência das etapas do processo de reabilitação em câncer de laringe, explicar a pesquisa e seus objetivos além de convidar os indivíduos a participarem do presente estudo.

Para realização da pesquisa, foi agendado um horário com o voluntário na mesma data em que possuía o Grupo de Laringectomizados Totais ou atendimentos referentes às diversas áreas da saúde no Hospital. Foi utilizada uma sala isolada e silenciosa do hospital. Foi primeiramente explicada a pesquisa e os objetivos do estudo e lido item a item, com o paciente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Posteriormente foram aplicados 4 questionários de qualidade de vida: dois relacionados à voz, IDV- Índice de Desvantagem Vocal e QVV - Qualidade de Vida e Voz e dois específicos para câncer de cabeça e pescoço, UWQOL - Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington e FACT-H&N - *Functional Assessment Cancer Therapy Head Neck*.

Os questionários de voz foram utilizados porque os instrumentos específicos para a área de cabeça e pescoço tratam de forma superficial as dificuldades de fala e o quanto elas podem afetar a qualidade de vida. Foram utilizados dois questionários de voz e dois de cabeça e pescoço.

Foi realizada também a gravação das vozes dos pacientes com relatos complementares aos dados fornecidos pelos questionários, a fim de obter respostas mais esclarecedoras sobre a população de estudo.

4.2.1 Questionário Índice de Desvantagem Vocal - IDV

O questionário IDV -Índice de Desvantagem Vocal- (SANTOS et al., 2007) (ANEXO C), consiste em uma versão do questionário VHI -*Voice Handicap Index*- (JACOBSON et al., 1997) traduzida para o português. Possui 30 afirmações que se dividem em questões funcionais, orgânicas e emocionais relacionadas à desvantagem vocal. O paciente, a partir da leitura da pesquisadora item a item do questionário, forneceu sua resposta com a indicação da frequência dos eventos citados no questionário acontecem em sua vida: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). Assim, quanto menor o valor atribuído para cada afirmação, menor é a desvantagem vocal vivenciada.

O IDV fornece resultado de escore total para desvantagem vocal, a partir do somatório de questões. A escala de valores para Total varia de 0 a 120. Quanto maior o valor resultante, maior a desvantagem vocal.

O questionário IDV também fornece resultados por área: Funcional (questões 1,3,5,6,8,11,12,16,19 e 22), Emocional (questões 7,9,15, 23, 24, 25, 27, 28, 29 e 30) e Orgânica (questões 2,4,10,13,14,17,18,20,21 e 26). A possibilidade de escore para cada área varia de 0 a 40. Quanto maior o resultado somatório, maior a desvantagem vocal.

4.2.2 – Questionário de Qualidade de Vida e Voz - QVV

O QVV (ANEXO D), Questionário de Qualidade de Vida e Voz (GASPARINI; BEHLAU, 2008) é a versão em português do questionário V-RQOL -*Voice-Related Quality of Life* (HOGIKYAN; SETHURAN, 1999). Este questionário possui uma questão isolada sobre auto imagem vocal (1- excelente, 2- muito boa, 3-boa, 4-razoável e 5-ruim) e dez itens que retratam situações normalmente vivenciadas por indivíduos com patologias vocais. Para cada questão o paciente deve responder o quanto cada situação apresentada é um problema. O indivíduo deve responder 1 quando a situação não for um problema, 2 para quando é um problema pequeno, 3 quando for um problema médio/moderado, 4 quando for um grande problema e 5 quando for um problema muito grande.

Os escores fornecidos pelo questionário envolvem QVV Global (envolve todas as questões), Funcionamento Físico – FF: (envolve as questões 1,2,3,6,7 e 9) e domínio Sócio Emocional – SE: (envolve as questões 4,5,8 e 10). Para o cálculo do domínio Global é utilizada a seguinte expressão proposta na literatura (HOGIKYAN; SETHURAN, 1999; GASPARINI; BEHLAU, 2008):

$$100 - \frac{(Q.1+Q.2+Q.3+Q.4+Q.5+Q.6+Q.7+Q.8+Q.9+Q.10 - 10)}{40} \times 100$$

Para cálculo do Funcionamento Físico (FF) é utilizada a seguinte expressão proposta em literatura (HOGIKYAN e SETHURAN, 1999; GASPARINI e BEHLAU, 2008):

$$100 - \frac{(\text{escore bruto} - 6)}{24} \times 100$$

O domínio Sócio Emocional (SE) é calculado de acordo com a seguinte expressão (HOGIKYAN e SETHURAN, 1999; GASPARINI e BEHLAU, 2008):

$$100 - \frac{(\text{escore bruto} - 4)}{16} \times 100$$

Assim, com exceção da questão isolada em que os escores variam de 1 a 5 (1 é o melhor resultado de auto-avaliação vocal e 5 o pior resultado), os demais valores fornecidos pelo QVV possuem uma escala de 0 a 100. Quanto maior o valor obtido pelas expressões, melhor a qualidade de vida do indivíduo para o aspecto estudado.

4.2.3 Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington - UWQOL

O questionário UWQOL – Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (HASSAN; WEYMULLER, 1993) validado para o português por Vartanian et al., (2006) (ANEXO E)- foi criado para a avaliação da qualidade de vida do indivíduo que passou pela laringectomia. Este questionário está dividido em 12 áreas: 1) Dor, 2) Aparência, 3) Atividade, 4) Recreação, 5) Deglutição, 6) Mastigação, 7) Fala, 8) Ombro, 9) Paladar, 10) Saliva, 11) Humor e 12) Ansiedade. Além dos questionamentos nessas áreas, há questões gerais referentes a comparação da vida atual com a anterior desenvolvimento do câncer, qualidade de vida nos últimos 7 dias e classificação da qualidade de vida geral. A pontuação deste questionário varia de 0 (presença acentuada da dificuldade) a 100 (ausência da dificuldade) para cada item. O valor total da qualidade de vida do UWQOL é realizada pela somatória dos itens (escala de 0 a 1200). Quanto maior o valor, melhor é a qualidade de vida do indivíduo.

4.2.4 Questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy, Head & Neck* - FACT-H&N

O questionário FACT-H&N - *Functional Assessment of Cancer Therapy, Head & Neck*- (CELLA et al., 1993), validado para o português por Furia, C. et al. (2005) e Furia C. (2006) possui uma lista de afirmações normalmente presentes em pacientes que passaram pelo câncer de cabeça e pescoço (ANEXO F). Estas afirmações se dividem em 5 áreas: 1) bem estar físico, 2) bem estar social e familiar, 3) bem estar emocional, 4) bem estar funcional e 5) preocupações adicionais. Para a análise de cada área de bem estar, para cada afirmação o paciente deve qualificar o quão verdade esta é em sua vida: 0 representa ‘nem um pouco’; o 1 representa ‘um pouco’; o 2 representa ‘mais ou menos’; o 3 representa ‘muito’; e o 4 representa ‘muitíssimo’. Existem, no entanto, afirmativas positivas como, por exemplo ‘durmo bem’, e afirmativas negativas como, por exemplo ‘tenho dores’. Para o cálculo total, cabe ressaltar que as afirmativas que trazem conteúdos negativos para o paciente, possuem somatório inverso, ou seja, quanto menos ocorrem para o paciente, maior é o resultado de qualidade de vida. A somatória de cada área do questionário varia de 0 a 28, enquanto que o resultado total varia de 0 a 140. Quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida.

4.2.5 Relato dos Laringectomizados Totais

Com a entrevista realizada, foi solicitado ao paciente que nos fornecesse algum comentário ou informação que acreditasse ser complementar aos dados dos questionários apresentados. Este discurso fornecido foi gravado com microfone AKG 440 (Viena, Áustria) posicionado a 3 cm da boca do paciente. Os arquivos de áudio foram gravados em uma taxa de amostragem de 44,1 kHz com o programa *Sound Forge 2009*, Sony.

A gravação dos relatos foram realizadas apenas com os pacientes do grupo reabilitado, tanto de voz esofágica, quanto de laringe eletrônica. O grupo não reabilitado, não foi gravado por não apresentar sinal acústico vocal.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ($p < 0,05$) para avaliar comparativamente a qualidade de vida dos grupos R (reabilitado de voz) e NR (não reabilitado de voz), exceto para qualidade de vida entre os métodos utilizados para a reabilitação, devido ao pequeno N das amostras (7 sujeitos com voz esofágica e 5 sujeitos usuários de laringe eletrônica). Os resultados obtidos para os subgrupos de reabilitados RVE (voz esofágica) e RLE (laringe eletrônica) foram analisados de forma descritiva.

5.0 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL - IDV

O questionário IDV foi aplicado tanto nos pacientes do grupo R quanto nos NR, mesmo tratando-se de desvantagem vocal. Os pacientes do grupo NR consideram os movimentos articulatórios (sem som) e expressões faciais utilizados na comunicação como sua voz.

Os resultados gerais e específicos obtidos com a aplicação do questionário IDV (Índice de desvantagem vocal) nos grupos R e NR encontram-se nas Figuras 12 e 13. Para a interpretação dos gráficos quanto maior o valor, maior a desvantagem vivenciada, pois o IDV mostra a frequência com que as dificuldades aparecem. Os valores detalhados dos aspectos estudados pelo questionário encontram-se nas Tabelas 1 a 8 do apêndice.

FIGURA 12: Escores Totais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos grupos R e NR. Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada. *($p < 0,05$)

Com o teste estatístico de Mann-Whitney observou-se que NR apresenta mais desvantagens vocais ($p=0,000$) que R.

FIGURA 13: Escores dos aspectos Orgânicos, Emocionais e Funcionais de desvantagem vocal dos indivíduos dos grupos R e NR, segundo o questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada. $*(p<0,05)$

A análise estatística indicou que NR possui mais desvantagens vocais que R no que se refere aos aspectos Orgânicos ($p=0,001$), Funcionais ($p=0,000$) e Emocionais ($p=0,002$).

Quanto aos aspectos Orgânicos que foram mais frequentes no grupo NR, os que apresentaram diferença estatística significativa com relação ao R foram: '*Sinto que tenho que fazer força para minha voz sair*' ($p=0,000$); '*Não consigo prever quando minha voz vai sair clara*' ($p=0,039$); '*Faço muito esforço para falar*' ($p=0,000$) e '*Minha voz falha no meio da fala*' ($p=0,003$).

Os aspectos Emocionais que foram mais frequentes no grupo NR e que apresentaram diferença estatística significativa com relação ao R foram: '*Meu problema de voz me chateia*' ($p=0,012$); '*Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem*' ($p=0,007$); '*Fico irritado quando as pessoas pedem para repetir o que falei*' ($p=0,028$) e '*Fico constrangido quando as pessoas pedem para repetir o que falei*' ($p=0,014$).

Do aspecto Funcional, os que foram mais frequentes no grupo NR, que apresentaram diferença estatística significativa com relação ao R foram: *'As pessoas tem dificuldade para me ouvir por causa da minha voz'* ($p=0,024$); *'Uso menos o telefone do que gostaria.'* ($p=0,006$); *'Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz'* ($p=0,008$); *'Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz'* ($p=0,000$); *'As pessoas pedem para repetir o que falo quando conversamos pessoalmente.'* ($p=0,003$); *'Meu problema de voz limita minha vida social'* ($p=0,000$) e *'Me sinto excluído das conversas por causa da voz'* ($p=0,028$).

Os resultados gerais e específicos obtidos com a aplicação do questionário IDV (Índice de desvantagem vocal) nos RLE e RVE podem ser visualizados nas Figuras 14 e 15.

FIGURA 14: Escores totais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.

Não foi possível realizar a comparação entre os subgrupos RLE e RVE, pois o número de pacientes foi insuficiente para o tratamento estatístico. Foram observados resultados numéricos melhores para o subgrupo RLE e houve maior variabilidade de dados no subgrupo RVE.

FIGURA 15: Escores dos aspectos Orgânicos, Emocionais e Funcionais do questionário IDV (Índice de Desvantagem Vocal) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Quanto maior o valor, maior desvantagem vivenciada.

Foram observados resultados numéricos da mediana semelhantes entre os subgrupos RLE e RVE no que se refere a aspectos Orgânicos, Emocionais e Funcionais. Observou-se maior variabilidade de resultados no grupo RVE.

Os itens do questionário IDV quanto aos aspectos Orgânicos que mostraram diferença numérica entre os subgrupos RVE e RLE foram: *‘Minha voz varia ao longo do dia.’*; *‘As pessoas perguntam o que tenho na voz.’*; *‘Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.’*; *‘Minha voz parece rouca e seca.’*; *‘Minha voz varia ao longo do dia’* e *‘Minha voz é pior no fim do dia’*. Mais frequentes em RVE. Os itens *‘não conseguir prever quando a voz vai sair clara’* ou *‘tentar fazer a voz sair diferente’* foram mais frequentes em RLE.

Quanto aos aspectos Emocionais, os itens do questionário IDV com maiores diferenças entre os grupos foram: *‘Fico tenso quando falo com os outros, por causa da minha voz’* e *‘Fiquei menos expansivo por causa da voz’*, mais frequentes no subgrupo RVE e *‘Acho que as pessoas não entendem meu problema de voz’*, mais frequente no subgrupo RLE.

Nos aspectos Funcionais, para os indivíduos do grupo R (RVE e RLE) não houve a queixa *‘Meu problema de voz limita minha vida social’*. Nos itens: *‘Minha família*

tem dificuldade de me ouvir quando chamo de outro cômodo da casa’ e ‘Uso menos o telefone do que gostaria’ houve mais queixas no RVE. Em ambos os subgrupos, houve queixa quanto a: *‘As pessoas tem dificuldade de me entender em lugares barulhentos’* e *‘As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente’*.

5.2 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA E VOZ - QVV

Os resultados do questionário QVV dos grupos de R e NR, podem ser visualizados nas Figuras de 16 a 18. A descrição detalhada dos itens dos aspectos estudados pelo questionário encontra-se nas Tabelas 9 a 16 do apêndice. No QVV a pessoa deve dizer o quanto as situações vivencias referentes à dificuldades vocais afetam a sua qualidade de vida. No entanto, para a interpretação dos resultados quanto maior o valor dos escores melhor a qualidade de vida.

FIGURA 16: Escore global do questionário QVV (Questionário de Qualidade de Vida e Voz) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. *(p<0,05)

A análise estatística do escore global do QVV indicou que o grupo R teve resultado melhor que NR ($p=0,001$).

FIGURA 17: Escores dos aspectos Sócio Emocional e Funcionamento Físico do questionário QVV dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. $*(p<0,05)$

O grupo R teve resultados estatísticos melhores que o grupo NR para os aspectos Sócio Emocional ($p=0,000$) e funcionamento físico ($p=0,001$).

Os itens do aspecto Sócio Emocional (SE) com diferença estatística entre os grupos R e NR foram: ‘Às vezes fico ansioso ou frustrado por causa da voz’ ($p=0,039$), ‘Evito sair socialmente por causa da minha voz’ ($p=0,001$) e ‘Tenho me tornado menos expansivo por causa da minha voz’ ($p=0,005$). No item ‘Às vezes fico deprimido por causa da voz’ não houve diferença estatística significativa entre os grupos; ocorreu, no entanto, diferença numérica com piores resultados de mediana e quartil superior para o grupo NR.

Quanto ao Funcionamento Físico (FF), houve melhores resultados estatísticos para o grupo R nos itens ‘Às vezes quando começo a falar, não sei como minha voz vai sair’ ($p=0,006$), ‘Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver a minha

profissão por causa da minha voz ($p=0,045$) e *‘Tenho que repetir o que falo para ser compreendido’* ($p=0,006$).

FIGURA 18: Resultado da autoimagem vocal dos indivíduos dos grupos R e NR segundo o questionário QVV. $*(p<0,05)$

Segundo cálculo estatístico, o grupo R possui auto-imagem vocal melhor que o grupo NR ($p=0,000$).

Os resultados do questionário QVV dos subgrupos reabilitados RLE e RVE podem ser visualizados nas Figuras de 19 a 21.

FIGURA 19: Escore global do questionário QVV dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Foi verificado semelhança numérica dos valores de qualidade de vida relacionada a voz entre os subgrupos RLE e RVE, entretanto houve maior variabilidade dos resultados para o grupo RVE.

FIGURA 20: Escores dos aspectos Sócio Emocional(SE) e Funcionamento Físico(FF) do questionário QVV dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida.

Quanto ao aspecto Sócio Emocional (SE) houve semelhança entre os valores nos subgrupos. Para Funcionamento Físico (FF) houve diferença numérica entre os grupos, com menores valores para RVE.

Nota-se que tanto para o aspecto SE quanto para FF, temos indivíduos em ambos os grupos de reabilitados que obtiveram os escores máximos do QVV .

Quanto aos itens de FF, para o subgrupo de RVE nota-se que as queixas mais frequentes foram: *‘O ar acabar rápido’*; *‘Falar sem saber como a voz vai sair’* e *‘Dificuldade de falar ao telefone por causa da voz’*, alguns participantes referiram ser fato rotineiro a pessoa do outro lado da linha desligar o telefone por acreditar que a ligação trata-se de um trote.

FIGURA 21: Resultado da autoimagem vocal dos indivíduos dos subgrupos de reabilitados RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica) segundo o questionário QVV.

5.3 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIVERSIDADE DE WASHINGTON - UWQOL

Os escores obtidos do questionário UWQOL nos grupos R e NR encontram-se nas Figuras de 22 a 25, os maiores valores indicam melhor qualidade de vida. Todos os aspectos estudados por este questionário encontram-se descritos nas Tabelas 17 e 18 do apêndice.

FIGURA 22: Escore geral do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. *($p < 0,05$)

A análise estatística do escore geral de qualidade de vida do questionário UWQOL indicou que o grupo R foi significativamente melhor que o NR ($p = 0,001$).

FIGURA 23: Escores de Dor, Aparência, Atividade e Recreação (itens 1 a 4) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Não houve diferença estatística significativa para nenhum dos 4 primeiros itens (Dor, $p = 0,052$, Aparência $p = 0,060$, Atividade $p = 0,347$ e Recreação $p = 0,198$). Observa-

se nestes aspectos que o grupo NR apresentou maior variabilidade nos resultados.

FIGURA 24: Escores de Deglutição, Mastigação, Fala e Ombro (itens 5 a 8) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. *($p < 0,05$)

Não houve diferença estatística significativa para os itens Deglutição ($p=0,266$), Mastigação ($p=,478$) e Ombro ($p=0,347$). O grupo R obteve, segundo estatística, resultados melhores para o item Fala ($p=0,001$). O valor de máximo para Fala encontrado no grupo NR, refere-se a uma paciente ($n=1$) que mora em uma fazenda com o esposo e os filhos sem contato com outras pessoas. Ela comunica-se por gestos articulatórios orais (sem som) e sente-se compreendida pelos familiares.

FIGURA 25: Escores de Paladar, Saliva, Humor e Ansiedade (ítes 9 a 12) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. *($p < 0,05$)

Quanto a análise estatística não houve diferença significativa entre os grupos R e NR no que se refere a Saliva ($p=0,266$), o grupo R obteve resultados melhores no que se refere ao Humor ($p=0,033$), Ansiedade ($p=0,039$) e Paladar ($p=0,017$).

Os escores obtidos do questionário UWQOL nos subgrupos RLE e RVE encontram-se nas Figuras de 26 a 29.

FIGURA 26: Escore geral do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Houve melhores resultados numéricos para qualidade de vida geral pelo questionário UWQOL para RVE em relação ao RLE.

FIGURA 27: Escores de Dor, Aparência, Atividade e Recreação (itens 1 a 4) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Os itens Dor e Aparência apresentaram valores máximo da mediana.

Nos itens de Atividade e de Recreação observou-se maior variabilidade dos resultados no subgrupo RLE.

FIGURA 28: Escores de Deglutição, Mastigação, Fala e Ombro (itens 5 a 8) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Notou-se diferença numérica das medianas entre os grupos subgrupo e RVE no que se refere a Deglutição.

Os itens Mastigação, Fala e Ombro apresentaram valores máximos da mediana tanto no subgrupo RLE quanto no RVE. Os valores relacionados às queixas do item Ombro apareceram na mesma proporção para os dois subgrupos.

FIGURA 29: Escores de Paladar, Saliva, Humor e Ansiedade (itens 9 a 12) do questionário UWQOL (Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington) dos

subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Para os aspectos Paladar, Saliva, Humor e Ansiedade do UWQOL observou-se valor máximo da mediana para ambos os subgrupos. Os itens Paladar e Ansiedade apresentaram maior variabilidade dos resultados no subgrupo RLE.

5.4 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO À ÁREA DE CABEÇA E PESCOÇO - FACT-H&N

As Figuras de 30 a 32 apresentam os resultados do questionário FACT-H&N dos grupos R e NR. Quanto maior os valores indicam melhor a qualidade de vida.

Os aspectos estudados pelo questionário encontram-se descritos nas Tabelas 19 a 30 do apêndice.

FIGURA 30: Escores Total do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. *($p < 0,05$)

A análise estatística do escore geral de qualidade de vida do questionário FACT-H&N indicou que o grupo R foi significativamente melhor que o NR ($p=0,001$).

FIGURA 31: Escores de bem estar Físico, Sócio familiar e Emocional do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida. $*(p<0,05)$

Dos abrangidos pela Figura 26, o grupo R obteve melhores resultados que NR quanto ao bem estar Físico ($p=0,033$) e Emocional ($p=0,01$). Das 7 questões de bem estar Físico a que apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos foi '*Tenho que me deitar durante o dia*' ($p=0,039$). No que se refere ao Bem estar emocional, a questão que apresentou diferença significativa ($p=0,006$) entre os grupos foi '*Sinto-me nervoso*', mais frequente no grupo NR.

Quanto ao bem estar Sócio familiar não houve diferença estatística significativa ($p=0,242$) entre os grupos R e NR.

FIGURA 32: Escores de bem estar Funcional e Preocupações adicionais em cabeça e pescoço do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos indivíduos dos grupos R e NR. Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Não houve diferença estatística significativa no que se refere a bem estar Funcional ($p=0,242$) e Preocupações adicionais em cabeça e pescoço ($p=0,052$) entre R e NR.

Apesar não de haver diferença significativa no resultado das ‘Preocupações adicionais em cabeça e pescoço’, houve diferença estatística significativa em duas das 12 questões: ‘A minha voz tem qualidade e forças habituais’ ($p=0,004$) e ‘Sou capaz de me comunicar com ou outros’ ($p=0,008$). As demais questões deste item, que não apresentaram diferença significativa, foram as relacionadas a alimentação, salivação, dor e aparência do pescoço.

As Figuras de 33 a 35 apresentam os resultados do questionário FACT-H&N dos subgrupos RLE e RVE.

FIGURA 33: Escore Total do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Houve maior variabilidade de resultados nos indivíduos reabilitados de voz por laringe eletrônica. A mediana do escore Total do questionário FACT-H&N foi numericamente maior para o grupo RVE do que para o RLE.

FIGURA 34: Escores de bem estar Físico, Sócio familiar e Emocional do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Os valores da mediana do bem estar Físico e Emocional foram iguais para os grupos RLE e RVE.

No aspecto Sócio familiar o grupo RVE apresentou maior valor de mediana.

FIGURA 35: Escores de bem estar Funcional e Preocupações adicionais em cabeça e pescoço do questionário FACT-H&N (Questionário de Qualidade de Vida relacionado à Área de Cabeça e Pescoço) dos subgrupos de reabilitados: RLE (laringe eletrônica) e RVE (voz esofágica). Maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Os resultados do bem estar ‘Funcional’ indicaram valor numérico da mediana maior para o subgrupo RLE. Para as ‘Preocupações adicionais em cabeça e pescoço’ o valor numérico da mediana foi maior para RVE, devido as dificuldades para respirar e para deglutir alimentos sólidos ter sido apresentada apenas no subgrupo RLE.

5.5 RELATOS DE PACIENTES

A seguir seguem os relatos de vivências dos pacientes do grupo reabilitado, tanto de voz esofágica, quanto de laringe eletrônica., a fim de auxiliar o leitor a compreender

melhor o universo ao qual esses indivíduos pertencem. O grupo não reabilitado, não foi gravado por não apresentar sinal acústico de voz.

Cabe ressaltar que devido ao fato de ter sido permitido ao paciente se expressar livremente, há tamanho diferente de relatos.

As gravações de 1 a 7 referem-se aos participantes do grupo RVE e as gravações de 8 a 12 aos do grupo RLE.

Paciente 1 – homem, 51 anos, 2 anos e 4 meses pós cirurgia - voz esofágica:

“Eu fiquei rouco seis meses. Ai vim aqui. Ai que operou, ai eu fiquei bom. Eu fumava bastante e bebia pinga, bastante. Bebia dois litros. E eu parei de tudo. Eu prefiro a voz esofágica. E o aparelho também é bom, né. Ajuda muitas vezes na hora que estiver no banco ou no médico. Ajuda muito bem a gente.”

Paciente 2 – homem, 61 anos, 2 anos pós cirurgia, voz esofágica:

“Ai percebi que é útil conversar com a família.”

Paciente 3 – homem, 55 anos, 5 anos pós cirurgia, voz esofágica:

“Eu não tinha medo da cirurgia não. Eu confiava que eu ia sarar. Só que quando eu fiz a primeira cirurgia, eu apaguei. Fui voltado com choque. Dali dois meses eu fiz outra cirurgia, daí eu tive muito medo de fazer a outra cirurgia e ai acontecer o mesmo que aconteceu na primeira. Mas além do mais, foi tudo bem. Como que eu me sinto depois da cirurgia: eu me sinto ótimo. Eu me sinto melhor do que eu era antes, porque antes eu era doente e hoje eu não sou mais. Sobre a voz? Eu nem me lembro da minha voz que eu tinha antes. Eu me adaptei muito bem com essa voz. Para ficar com a voz boa precisa de muito treino. Não pode ficar nervoso. Não pode ter vergonha de conversar. Tem que ter muita força de vontade, porque se não, não consegue.”

Paciente 4 – homem, 54 anos, 4 anos pós cirurgia, voz esofágica:

“Tem que treinar bastante. Se não treinar não sai voz. Porque a gente tem que ter força de vontade. Se não tiver, não tem voz. Melhorou porque a gente faz as coisas tudo do jeito que a gente quer. E ai tem mais: a gente faz o negócio que antes não podia fazer. Faz tudo que a pessoa entende. A pessoa cuida dos negócios. A mulher entende mais a gente. Porque antes não falava, a mulher não entendia. Agora dá muito bem para entender com o aparelho ou sem o aparelho. Agora uso mais o aparelho para falar no telefone. Porque tem hora que não é toda

“pessoa que tem paciência de ficar com você no telefone. Ele quer saber da resposta e ele não quer saber se você tem problema. Ele quer de você a resposta conforme ele liga. Ele quer saber da resposta que você vai dar para ele. Ai você tem que pegar o aparelho e falar com o aparelho. Daí sai mais rápido. Quando ele não entende, não identifica, ele bate o telefone na sua cara.”

Paciente 5- homem, 66 anos, 6 anos pós cirurgia, voz esofágica:

“Eu gosto de ajudar a casa de apoio. Eles são bons para mim. Eu me sinto bem em poder ajudá-los. Para mim é uma alegria. O segredo é ir treinando, né. Até conversar sozinho, mas ir conversando, perguntando as coisas. Sempre perguntando as coisas pra um pra outro: que horas são, que dias são e assim por diante. Ah, mudou tudo. O financeiro tudo. Me acomodei, me estabilizei. Tenho minha casinha sossegado. Não falta nada graças a Deus.”

Paciente 6- homem, 49 anos, 1 ano e 8 meses pós cirurgia, voz esofágica:

“Eu gosto muito de participar do grupo de voz. Mesmo já estando falando, pra mim é muito importante estar aqui junto deles. Porque são pessoas que fizeram a mesma cirurgia que eu. Pra mim é uma terapia estar aqui. Eu vou pra casa com o espírito sempre renovado quando saio daqui. Eu gosto muito de vir e estar aqui no meio deles.”

Paciente 7- homem, 63 anos, 7 anos pós cirurgia, voz esofágica:

“Pra mim não faz tanto falta a voz. Pra mim o que mais que me faz falta é o assovio. Que toda vida eu gostei muito de assoviar. E todas as minhas criação eu chamava só pelo assovio.

Pra conseguir falar alguma coisa eu sempre fiz bastante exercício de palavras como ‘pa’, ‘xa’, ‘ka’ e assim por diante. Eu aprendi a soltar e prender o ar. Eu aprendi a soltar e foi muito difícil de fazer sopro e apagar vela.”

Paciente 8, homem, 60 anos, 2 anos e 2 meses pós cirurgia, laringe eletrônica:

“Eu, antes de operar eu estava bom, não tinha nada. Nunca tive nada. Ai peguei um dia, trabalhando, começou a garganta ficar rouca. Ai passou uns dias tudo. Eu fumava, ai eu afoguei com a fumaça do cigarro. Ai eu achei que devia ter alguma coisa na garganta. Cada dia que passava ia piorando. Cada vez mais rouco. Ai eu fui no médico porque eu pensava que era uma gripe forte. Ele pegou, examinou e falou para mim que eu tinha um carocinho na garganta, um problema na garganta e que eu precisava operar rápido porque eu podia um dia dormindo morrer afogado, porque o tumor estava tapando a garganta. Ai passou na televisão, no aparelho. Mostrou pra mim como é que estava a minha garganta. Ai eu peguei e falei para ele assim: ‘Vamos operar, ué.’ Ai fui atrás dos

papéis no hospital. Ai passou uns quatro, cinco dias para arrumar os papéis. Já me operaram. Internei um dia, fiquei dois dias no hospital para fazer a biópsia. Aí fez a biópsia, constou que era maligno. Na outra semana eu internei na quinta feira, quando foi na sexta feira, me operaram. No domingo fui para o quarto. Na quarta feira fui embora para casa. Comia pela sonda. Quando foi no domingo a sonda entupiu. Na segunda feira cheguei no hospital. O médico falou: 'Vai tomar um copo de leite. ' Tomei o copo de leite. Depois me deu um prato de sopa, eu comi. Ai não passou nada para os pontos, não passou nada. Ele falou: 'Pode tirar a sonda, que não tem mais perigo'. Ai eu tirei a sonda e pra mim ficou normal porque eu nunca senti dor nem antes de operar nem na operação, nem na recuperação, em momento algum. Pra mim foi normal, que eu fiquei normal. A única coisa que tinha acontecido comigo é que eu tinha perdido a voz. E o médico falou no dia que eu não ia falar mais. Mas que eu podia falar com aparelho, que nem eu estou falando hoje, ou a voz esofágica. Assim eu to hoje dando esta entrevista, porque eu estou bem de saúde, não tenho dor, não tenho nada. Quando passou um ano que eu tinha operado, apareceu um coágulo, um carocinho no pescoço e o doutor mandou eu fazer quimioterapia. Ai eu fiz seis sessões. Meia dúzia de quimioterapia. Foi um pouquinho ruim porque era meio forte e eu sofri um pouquinho porque eu não comia e foi enfraquecendo. Mas, passou. Eu terminei e o carocinho sumiu. Não deu mais nada. Já fiz os exames todos de novo umas duas vezes. Não deu nada. E hoje eu estou bom graças a Deus e ao hospital, os médicos e enfermeiros que cuidaram de mim com bastante atenção. Como cuidam de mim e também de todos que estão aqui internados e estão aqui precisando desse hospital. O que eu tenho a dizer é isso."

Paciente 9- Mulher, 57 anos, 1 ano pós cirurgia, laringe eletrônica:

"Quando eu descobri, eu comecei a enlouquecer. E fiquei rouca 6 meses, pra daí procurar médico. Ai quando o médico descobriu que eu tinha um tumor nas cordas vocais, do lado esquerdo. Ai foi transferido pra cá. Ai o doutor falou que carecia tirar tudo as cordas vocais, porque eu já não tinha chance mais de ficar falando. Tinha que tirar tudo. E eu assinei que poderia tirar tudo. E foi daí que ele me internou no dia primeiro de fevereiro. Dia 2 ele me operou. Com a graça de Deus e os médicos. Hoje eu to bem graças a Deus. Pra ficar boa a voz, tem que arrumar bem o aparelho, pra que não fique frouxo no pescoço. E treinar muito."

Paciente 10- Mulher, 58 anos, 1 ano e 6 meses pós cirurgia, laringe eletrônica:

"Fiquei uns dois anos lá tratando lá mesmo com o médico. Ele falava que era nervoso. Eu já não podia mais. De noite me dava falta de ar. Eu precisava correr, erguer os braços, né. Eu não comia mais. Eu engasgava né. Eu ia no médico e ele falava que era nervoso. Ai eu fui no outro médico. Ele falou pra mim: 'Você está com câncer.' Já mandou eu pro Amaral. Ai eu vim aqui, o médico fez duas biópsia e não deu nada. Ai ele fez outro, deu. Ai eu comecei a fazer o tratamento e 39 rádio, né. Ai eu continuei fumando, né. Ai precisou

operar, né. Ai eu vim pra operar e eu tinha medo. Eu fui embora. O médico deu outra chance pra mim e disse ‘ Se você não operar, você vai morrer sufocada.’ Ai depois disso eu vim e operei. Depois que eu operei, eu não senti mais nada, graças a Deus. Eu engordei, sabe? Não senti mais nada. Tenho disposição pra andar pra todo lugar. Eu to boa graças a Deus.

Eu, agora com o aparelho, eu comunico com todo mundo, né. Eu vou no médico, às vezes precisa brigar. Antes eu precisava mandar minha cunhada. O que eu queria no médico a minha cunhada falava pro médico. Agora não, eu mesma chego, falo. Ainda ele até brinca comigo, né. Eu vou falar com a turma, tudo fala ‘Maria que bom! Agora dá pra entender você falar.’ Isso daí foi uma benção, porque eu falo até com meus filhos, né. Até meus filhos falam lá em casa: ‘Olha dá pra entender tudo o que a mãe fala agora. Agora está bom, dá até pra mãe brigar com nós, ficar brava, né.’ Eles brincam comigo. Na rua eu paro pra conversar com as pessoas e eles falam: ‘Ai Maria, você comprou o aparelho?’ Eu falo: ‘Não, meu patrão que me deu pra mim.’ Vai fazer dois meses que eu ganhei o aparelho já, né. Foi ele, porque se não desse eu não ia ter condição de comprar, porque é caro. Quase dois mil reais. Ele me dá até bateria para o aparelho. Caiu do céu pra mim.”

Paciente 11- homem, 61 anos, 2 anos e 2 meses pós cirúrgico, laringe eletrônica:

“Eu fui morar em São Paulo, mas eu vim do Paraná. Eu fiquei em São Paulo por 17 anos. Fiquei 3 anos morando pra tratar em Jaú.”

Paciente 12: homem, 57 anos, 9 meses pós cirúrgico, laringe eletrônica.

“Eu fumei bastante tempo. Beber também. Pinga. Eu operei em junho, julho do ano passado. Escureceu a vista. Então eu fiquei ruim. Começou a doer o pescoço cada vez mais. Tem que ir treinando um pouco. Conversar com os amigos o. Conversar com os amigos.”

6.0 DISCUSSÃO

As características da amostra deste estudo, quanto a ocorrência do câncer de laringe para o sexo masculino e após os 50 de idade anos estão de acordo com os relatados na literatura (VARTANIAN et al., 2004; FURIA R., 2006; INCA, 2007; BARROS et al., 2007; KASPER et al., 2007; ALVARENGA et al., 2008; MORSHED et al., 2008; DESHPAND et al., 2009; EVANS et al., 2009; LUNDSTRON et al., 2009; ORIDATE et al., 2009; EDEFONTI et al., 2010; AZEVEDO et al., 2011; MOUKARBEL et al., 2011; SHINDLER et al., 2011 e LUBIN et al., 2011). O mesmo foi observado quanto a etiologia mais frequente em etilistas e tabagistas (SARTOR et al., 2007; FURIA R., 2006; ALVARENGA et al., 2008; HORTENSE et al., 2008; INCA, 2011).

É possível verificar o exposto pelos relatos dos pacientes:

“Eu fumava bastante e bebia pinga, bastante. Bebia dois litros.” (Paciente1)

“Eu fumava, aí eu afoguei com a fumaça do cigarro. “ (Paciente 8)

“Eu fumei bastante tempo. Beber também. Pinga. “ (Paciente 12)

No que se refere aos riscos ocupacionais neste estudo houve predominância dos trabalhadores rurais e da construção civil. Na literatura, enquanto Sartor et al. (2007) não encontraram relação do uso de pesticidas com o câncer de laringe, Alvarenga et al. (2008) e Morshed et al. (2008) identificaram em seus estudos maior incidência do câncer de laringe nos agricultores. Quanto a construção civil Purdue et al. (2006) encontraram relação do amianto com o câncer de laringe, entretanto Sartor et al. (2007) não encontraram relação da doença com a exposição à poeira abrasiva, à poeira de concreto e ao tijolo.

O fato de 62,9% dos pacientes estudados possuírem baixa escolaridade (4,1% de analfabetos e 58,8% que não concluíram o ensino fundamental) pode refletir falta de informação, de centros especializados e de acessibilidade ao tratamento que pode ter levado

ao diagnóstico tardio da doença. O aspecto da falta de informação e acessibilidade é notado no relato dos pacientes 1, 9 e 10:

“Eu fiquei rouco seis meses. Aí vim aqui. Aí que operou, aí eu fiquei bom.” (Paciente 1).

“E fiquei rouca 6 meses, pra daí procurar médico.” (Paciente 9).

“Fiquei uns dois anos lá tratando lá mesmo com o médico. Ele falava que era nervoso. Eu já não podia mais. De noite me dava falta de ar. Eu precisava correr, erguer os braços, né. Eu não comia mais. Eu engasgava né. Eu ia no médico e ele falava que era nervoso. Ai eu fui no outro médico. Ele falou pra mim: ‘Você está com câncer.’”(paciente 10)

Quanto às análises da qualidade de vida do laringectomizado total, utilizou-se primeiramente o questionário de qualidade de vida relacionada a voz IDV (VHI), que de modo específico, aponta a frequência das desvantagens vocais no cotidiano.

No IDV (escore Total varia de 0 a 120 e os aspectos variam de 0 a 40, quanto maior o resultado maior desvantagem vocal vivenciada), o grupo R do presente estudo obteve menor desvantagem vocal que NR, com diferença estatística significativa, tanto no Escore Total quanto nos aspectos Orgânico, Emocional e Funcional (grupo R escore Total =25, O=10, E=2 e F=10 e grupo NR escore Total=76, O=26, E=25 e F=30). Não encontrou-se na literatura estudos que comparassem a qualidade de vida em pacientes laringectomizados totais com presença ou ausência de reabilitação vocal, com o questionário VHI (IDV).

Com relação aos pacientes reabilitados, observou-se menores escores de desvantagem vocal do grupo R (pacientes reabilitados por voz esofágica e por laringe eletrônica) do presente estudo (IDV escore total R=25) em comparação com os descritos nos estudos de Moermam et al. (2004) e Evans et al. (2009) com laringectomizados totais reabilitados por válvula traqueoesofágica e de Lundstron et al. (2009) com laringectomizados totais (n=48), 38 reabilitados por válvula traqueoesofágica, 5 por laringe eletrônica, 3 por voz esofágica e 2 sem reabilitação vocal (IDV escore Total = 40, 38 e 48 respectivamente). O menor escore de VHI encontrado na literatura em laringectomizados totais (VHI =35) foi relatado por Shindler et al. (2011), porém não descreveram se houve reabilitação vocal. Estas

diferenças observadas podem ser interpretadas como decorrentes da condição sócio cultural dos pacientes, suas expectativas de reabilitação, além das demandas comunicativas de cada país estudado (Brasil, Holanda, Inglaterra, Suécia e Itália).

Embora Azevedo et al. (2011), Kasper et al. (2011) e Loughran et al. (2005) tenham também aplicado o IDV em pacientes com câncer de laringe, não foi possível a comparação com os resultados deste estudo, visto que estes autores utilizaram outros métodos para o tratamento do câncer.

A comparação dos escores de IDV com a literatura quanto aos métodos laringe eletrônica e voz esofágica, (subgrupos RVE=30 e para o RLE=22) não pode ser realizada pois, os estudos não descreveram os resultados do VHI (IDV) para estes métodos. No presente estudo, mesmo com menor desvantagem vocal que NR, os falantes esofágicos ou laringe eletrônica sentem dificuldades em seu dia a dia de acordo com os métodos de reabilitação. Os reabilitados referem que as pessoas perguntam o que eles tem na voz e tem dificuldade para os ouvir em lugares barulhentos. As dificuldades notadas pelos reabilitados em se comunicar em lugares barulhentos se referem ao fato de tanto na voz esofágica quanto na laringe eletrônica a intensidade vocal ser limitada (BEHLAU et al., 2005; NEMR; LEHN, 2005). A queixa “*esforço para falar em lugares ruidosos ou ser ouvido de outro cômodo da casa*” esteve presente nos dois grupos deste estudo e foi maior para grupo NR comparada com o grupo R ($P<0,05$). Os autores Lundstrom et al. (2009) e Azevedo et al. (2011) comentaram ser esta a maior queixa dos indivíduos após o tratamento de câncer de laringe.

Inclusive há um relato do paciente 4 em que é possível observar que existem algumas dificuldades relacionadas com os métodos de reabilitação:

“Agora uso mais o aparelho para falar no telefone. Porque tem hora que não é toda pessoa que tem paciência de ficar com você no telefone. Ele quer saber da resposta e ele não quer saber se você tem problema. Ele quer de você a resposta conforme ele liga. Ele quer saber da resposta que você vai dar para ele. Ai você tem que pegar o aparelho e falar com o aparelho. Daí sai mais rápido. Quando ele não entende, não identifica, ele bate o telefone na sua cara.”

Tanto os falantes esofágicos quanto os usuários de laringe eletrônica tiveram queixas quanto a “*necessitar repetir o que falam quando conversam pessoalmente*”. Isto trouxe a reflexão de que bons ouvintes poderiam reduzir esta situação de desvantagem vocal, além de aumentar o sentimento de inclusão pós laringectomia. Faz-se necessário assim, informar e esclarecer a população geral sobre a limitação vocal dos laringectomizados totais, como faz a Associação Portuguesa de Limitados da Voz (APLV, 2011).

Com relação aos pacientes sem reabilitação vocal do presente estudo, observou-se maior desvantagem vocal tanto no escore total quanto nos aspectos: Orgânico, Funcional e Emocional (escore Total=76, O=26, E=25 e F=30), em comparação com os escores do IDV (NR escore Total=53, O=17, E=14 e F=22) descritos por Barros et al. (2007). Nestes dois estudos brasileiros, praticamente todos os aspectos da distribuição da amostra (número do pacientes, idade e tempo pós cirúrgico) foram equivalentes. Assim, pode-se inferir que o aspecto relevante para justificar esta diferença do escore do IDV seja o fato de que no presente estudo o grupo NR foi composto por homens e mulheres, enquanto no estudo de Barros et al. (2007) apenas por homens. Segundo Barros et al. (2007), o gênero é um dos aspectos que podem influenciar na qualidade de vida. Para Barros et al. (2007) os pacientes vêem a perda vocal como sequela inerente ao processo de cura do câncer, pois estar vivo e sem doença é mais importante do que a perda da voz. Como complemento a esta afirmação, este estudo mostra que as vozes dos reabilitados de voz, são vistas como dádivas e vitória contra o câncer. Assim, compreende-se que a falta da voz é um fator gerador de agravos a qualidade de vida do paciente.

Segundo Schindler et al. (2011) os resultados do questionário VHI acompanham as etapas do adoecimento e recuperação do câncer de laringe, estas etapas não foram consideradas como variável neste estudo.

No entanto, de acordo com presente estudo, a reabilitação vocal também mostrou-se como um fator de melhora na pontuação deste questionário. As etapas pelas quais passa o indivíduo e a voz como aspecto importante da fase de recuperação e superação do câncer podem ser notadas nos relatos da paciente 9 e do paciente 5:

“Quando eu descobri, eu comecei a enlouquecer e fiquei rouca 6 meses, pra daí procurar médico. Aí quando o médico descobriu que eu tinha um tumor nas cordas vocais, do lado esquerdo. Aí fui transferido pra cá. Aí o doutor falou que carecia tirar tudo as cordas vocais, porque eu já não tinha chance mais de ficar falando. Tinha que tirar tudo. E eu assinei que poderia tirar tudo. E foi daí que ele me internou no dia primeiro de fevereiro. Dia 2 ele me operou com a graça de Deus e os médicos. Hoje eu to bem graças a Deus. Pra ficar boa a voz, tem que arrumar bem o aparelho, pra que não fique frouxo no pescoço. E treinar muito.”(Paciente 9)

“Eu não tinha medo da cirurgia não. Eu confiava que eu ia sarar. Só que quando eu fiz a primeira cirurgia, eu apaguei. Fui voltado com choque. Dali dois meses eu fiz outra cirurgia, daí eu tive muito medo de fazer a outra cirurgia e aí acontecer o mesmo que aconteceu na primeira. Mas além do mais, foi tudo bem. Como que eu me sinto depois da cirurgia: eu me sinto ótimo. Eu me sinto melhor do que eu era antes, porque antes eu era doente e hoje eu não sou mais. Sobre a voz? Eu nem me lembro da minha voz que eu tinha antes. Eu me adaptei muito bem com essa voz. Para ficar com a voz boa precisa de muito treino...”(Paciente 5)

Os achados deste estudo mostraram, ainda que o VHI permitiu além de avaliar a desvantagem vocal nos casos de laringectomia (MOERMAM et al., 2004), comparar as diversas situações do tratamento (presença e ausência de voz e os diferentes métodos de reabilitação vocal).

Quanto às análises da qualidade de vida do laringectomizado relacionada a voz, o segundo questionário aplicado foi o QVV (V-RQOL), que de modo específico, aponta o quanto as situações de dificuldades de utilização da voz são um problema no cotidiano do paciente.

No QVV (escore Global e aspectos variam de 0 a 100, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida), o grupo R do presente estudo obteve melhor qualidade

de vida relacionada a voz que o NR, com diferença estatística significativa, tanto no Escore Global quanto nos aspectos Sócio Emocional e Funcionamento Físico (grupo R escore global =92, SE=100 e FF=89 e grupo NR escore Total=47, SE=62 e FF=43). Não encontrou-se na literatura estudos que comparassem a qualidade de vida em pacientes laringectomizados totais com presença ou ausência de voz, por meio do questionário V-RQOL (QVV).

Com relação ao escore Global do QVV dos pacientes laringectomizados totais com reabilitação vocal, o grupo R (voz esofágica e laringe eletrônica) do presente estudo, apresentou melhor resultado de qualidade de vida relacionada a voz (QVV escore global R=92) em comparação com os pacientes descritos por Carmo et al. (2006) em grupo de estudo com voz esofágica e traqueoesofágica (V-RQOL Global=71) e por Moukarbel et al. (2011) com laringe eletrônica, voz esofágica e traqueoesofágica (V-RQOL Global=69). Estes bons resultados podem ser interpretados pelo fato dos pacientes reabilitados, do presente estudo, terem sido inseridos no grupo de laringectomizados totais logo após a alta médica. Esta inserção pode ter possibilitado maior interação entre os seus pares e facilitado a aceitação e a adaptação às novas condições físicas e de comunicação. Pois, sabe-se que antes do acometimento do câncer, estes pacientes, em sua maioria alcoolistas e tabagistas, apresentavam isolamento social que no grupo de reabilitação foi remediado pela presença dos outros laringectomizados totais.

Interessante notar que os escores de qualidade de vida pelo questionário QVV para laringectomizados parciais atendidos no mesmo Hospital (QVV=77,02; SE=83,67 e FF=72,58) descritos por Furia, R (2006) foram piores que os obtidos para laringectomizados totais do grupo R (QVV=92, SE=100 e FF=89) e melhores que os do grupo NR (QVV=47, SE=62 e FF=43). Como resultado de auto imagem vocal, os escores mostrados por Furia, R (2006) indicaram que os laringectomizados parciais consideram suas vozes boas (Escore 3,25). No presente estudo observa-se que laringectomizados totais antes da reabilitação vocal

consideraram suas vozes razoáveis (Escore 4) e que após a reabilitação consideraram suas vozes excelentes (Escore1). Estes resultados indicaram que a perda vocal resultante da laringectomia total não é o fator preponderante para a qualidade de vida, mas é a reabilitação vocal que favorece o bem estar.

Quanto aos métodos de reabilitação vocal, os escores dos subgrupos reabilitado por laringe eletrônica e por voz esofágica (QVV Global de RLE=95 e de RVE=90) deste estudo foram maiores que os descritos por Moukarbel et al. (2011) com escore de V-RQOL Global 53 para laringe eletrônica, 69 para voz esofágica e 76 para traqueoesofágica. Mesmo com a boa qualidade de vida relacionada a voz obtida nos questionários IDV e QVV, no presente estudo os pacientes reabilitados de voz esofágica referiram variações de qualidade vocal ao longo do dia. Segundo eles a qualidade vocal depende da flexibilidade do esôfago *‘esôfago mais molinho ou duro’* e os principais fatores que interferem são: hidratação, mudança de temperatura, alimentação e quadros alérgicos.

Os autores Deshpande et al. (2009) e Oridate et al. (2009) também aplicaram o V-RQOL em laringectomizados totais (V-RQOL Global=76 e 68 respectivamente), no entanto, não descreveram se houve ou não reabilitação vocal dos indivíduos. Os escores do QVV observados nos pacientes deste estudo (grupo R escore Global =92 e grupo N=47) com diferença estatisticamente significativa, apontou a relevância de se considerar a condição de comunicação do laringectomizado total ao avaliar a qualidade de vida.

Kasper et al. (2011) e Oridate et al. (2009) também avaliaram a qualidade de vida com o V-RQOL, no entanto em indivíduos tratados de câncer de laringe, por outros métodos como radioterapia, quimioterapia e protocolos cirúrgicos de preservação de estruturas, o que impossibilitou a comparação dos escores com o do presente estudo.

Ainda que tanto o IDV quanto o QVV investiguem a qualidade de vida relacionada a voz, no presente estudo com laringectomizados totais, nota-se que há diferença qualitativa entre um e outro questionário. Esta visão difere da de Kasper et al. (2011) que afirmaram ao avaliar indivíduos tratados precocemente de câncer de laringe, que um questionário poderia substituir ao outro em uma avaliação de qualidade de vida. Observa-se que enquanto o IDV indicou a frequência das situações de desvantagem vocal, foi o QVV que mostrou se tais situações poderiam ou não ocasionar diminuição da qualidade de vida. Para os laringectomizados totais, não necessariamente um aspecto frequente de desvantagem vocal se mostrou como prejudicial à sua percepção de bem estar em relação à vida. Isto porque tiveram que desenvolver a capacidade de se ajustar a novas situações, lapidada no decorrer do processo de adoecimento e reabilitação.

Esta boa qualidade de vida relacionada a voz para os indivíduos reabilitados do presente estudo, pode estar relacionada, também, ao aconselhamento realizado pelo Hospital Amaral Carvalho de Jaú aos pacientes. A importância do aconselhamento também foi descrita por Oridate et al. (2009). As informações recebidas sobre as possibilidades e limitações de cada método de reconstrução vocal torna os laringectomizados, conforme Carmo et al. (2006), ativos no processo de construção de sua voz, moldando as possibilidades de reabilitação com suas necessidades sociais. Estes aspectos tornam o aconselhamento essencial no processo de reabilitação, visto que facilita o processo de adaptação que segundo Deleyiannis et al. (1999), Trivedi et al. (2008) e Vartanian e Kowalski (2009), é o grande trunfo dos laringectomizados totais. A Associação Portuguesa de Limitados da Voz (2011) sugeriu as etapas para o aconselhamento, que acredita-se poder ser seguidas pensando-se em programas voltados à essa população: 1) aconselhamento pré-cirúrgico de laringectomizados e familiares; 2) aconselhamento e acompanhamento pós-operatório visando a integração

social e estabilização psicológica; 3) apoio psicológico e emocional aos laringectomizados e 4) visitas hospitalares e domiciliares .

O primeiro questionário aplicado para a análise da qualidade de vida do laringectomizado total relacionada ao tratamento por câncer de cabeça e pescoço foi o UWQOL. Este instrumento, de modo específico, aponta o quanto as sequelas do tratamento de câncer na região de cabeça e pescoço afetam a qualidade de vida dos pacientes.

No UWQOL (escore Geral de 0 a 1200 e aspectos variam de 0 a 100, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida), o grupo R do presente estudo obteve melhor qualidade de vida que o NR, com diferença estatística significativa ($p < 0,01$) para o Escore Geral (R=1129 e NR= 808). Estes dados indicaram boa qualidade de vida aos pacientes laringectomizados após a reabilitação vocal. Não foram encontrados na literatura estudos que tenham comparado o UWQOL entre as situações de presença e ausência da reabilitação vocal. No entanto, o grupo R obteve alto escore de qualidade de vida, assim como os descritos por Kazi et al. (2007) ao aplicar o UWQOL em laringectomizados totais reabilitados de voz com válvula traqueoesofágica e por Vilaseca et al. (2006) em laringectomizados totais reabilitados com voz esofágica, laringe eletrônica e voz traqueoesofágica (UWQOL= 930 e 979 respectivamente). Fang et al. (2004) relataram que a qualidade de vida é melhor em indivíduos com melhor comunicação oral. Os autores compararam indivíduos após reabilitação de câncer avançado de laringe nas situações de pior e melhor comunicação oral por meio do UWQOL. Para estes autores os bons comunicadores tem características de personalidade extrovertida, são emocionalmente mais estáveis e maduros o que favorece uma melhor qualidade de vida. Enquanto a metodologia do estudo de Fang et al. (2004) investigou a qualidade de vida entre os melhores e os piores falantes, o presente estudo subdividiu o grupo de reabilitados quanto ao método de comunicação. Apesar da diferença metodológica

entre os estudos, ambos apontaram que quanto melhor o indivíduo se comunica, melhor será o prognóstico para o tratamento do câncer avançado de laringe.

Algumas características de comportamento que podem ter auxiliado neste processo de reabilitação podem ser notadas nos relatos dos pacientes 3 e 4:

“Não pode ficar nervoso. Não pode ter vergonha de conversar. Tem que ter muita força de vontade, porque se não, não consegue.” (Paciente 3)

“Porque a gente tem que ter força de vontade.” (Paciente 4).

O último questionário aplicado para avaliação da qualidade de vida dos laringectomizados totais deste estudo foi o FACT-H&N. Este questionário avalia qualidade de vida pós tratamento do câncer de cabeça e pescoço, considerando as várias áreas de bem estar que constituem a vida do indivíduo .

Quanto ao FACT-H&N (escore Total varia de 0 a 140 e aspectos de 0 a 28, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida), no presente estudo foram observados excelentes escores para ambos grupos de laringectomizados totais (Escore Total R =126 e NR=112). Entretanto, vale a pena ressaltar que o grupo R obteve melhor qualidade de vida que o NR, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$). Este resultado concorda com os descritos por Lü et al. (2007) que realizaram a análise qualidade de vida na presença e ausência da voz em laringectomizados. Estes autores aplicaram o FACT-H&N em um grupo de laringectomizados totais antes (FACT-H&N=90) e 3 meses após o treinamento da voz esofágica (FACT-H&N=103). Os autores concluíram que a restauração vocal trouxe a melhora da qualidade de vida dos indivíduos. A importância da reabilitação vocal na qualidade de vida dos pacientes laringectomizados foi observada ainda por Trivedi et al. (2008). Estes autores comparam reabilitados de voz por válvula traqueoesofágica com os tratados de câncer de laringe por quimioradioterapia, que não perderam suas laringes (FACT-H&N=98 e 101, respectivamente). Os autores concluíram que a qualidade de vida manteve-se boa independente do tratamento realizado. Bons resultados de qualidade de vida também

foram descritos por Palmer e Graham (2004) em laringectomizados totais com e sem reabilitação vocal (FACT-H&N=80 – escala com conversão dos valores de 0 a 100). No estudo de Ringash et al. (2000) também foram encontrados altos índices de qualidade de vida (FACT-H&N=123) em indivíduos tratados de câncer de laringe, independentemente da modalidade do tratamento. Concordamos com Trivedi et al. (2008) que estes os bons resultados estão relacionados ao fato do câncer mudar a perspectiva do paciente em relação a si mesmo e a vida.

Considerando-se que tanto o questionário UWQOL quanto o FACT-H&N são voltados ao câncer de cabeça e pescoço e foram aplicados para laringectomizados totais, os domínios específicos que se interrelacionam serão analisados em conjunto.

Apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos R e NR apenas os domínios específicos Fala, Humor, Ansiedade e Paladar do UWQOL (escore Geral de 0 a 1200 e aspectos variam de 0 a 100, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida). Os bons escores dos domínios da Fala, Humor e Ansiedade do UWQOL dos laringectomizados do grupo R (110, 100 e 100 respectivamente) também foram descritos por Vilaseca et al. (2006) em laringectomizados totais reabilitados com voz traqueoesofágica, esofágica e laringe eletrônica (Fala 80, Humor 83 e Ansiedade 85) e por Kazi et al. (2007) em laringectomizados totais com voz traqueoesofágica (Fala 71, Humor 75 e Ansiedade 83).

No FACT-H&N (escore dose aspectos de 0 a 28, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida), houve diferença estatística significativa entre os grupos R e NR no Bem Estar Emocional (na queixa *‘sinto-me nervoso’*), no Físico (na queixa *‘desejo me deitar durante o dia’*) e nos sub itens *‘a minha voz tem qualidade e forças habituais’* e *‘sou capaz de me comunicar com os outros’* do aspecto “preocupações adicionais”. Bons escores de bem estar Emocional do FACT-H&N (R=28 e NR=23) foram também descritos por Trivedi et al. (2008), em laringectomizados totais reabilitados com voz traqueoesofágica

(FACT-H&N Emocional=19) e por Ringash et al. (2000) para indivíduos tratados de câncer de laringe, (FACT-H&N Emocional=21 - os autores não comentaram o método de tratamento e se houve ou não reabilitação vocal). Quanto ao aspecto de bem estar Físico do FACT-H&N (R=27 e NR=25), provavelmente a queixa '*desejo me deitar durante o dia*', seja uma maneira de fuga dos indivíduos sem reabilitação vocal das situações de interação com o meio. Foram descritos por Trivedi et al. (2008) escores de bem estar Físicos do FACT-H&N para laringectomizados reabilitados com voz traqueoesofágica (escore físico= 20) e por Ringash et al. (2000), para indivíduos tratados de câncer de laringe, sem comentar o método de tratamento e se houve ou não reabilitação da voz (escore Físico= 24).

Embora os autores tenham descrito bons escores para os domínios de fala, humor e ansiedade e paladar do UWQOL e de bem estar Emocional e Físico do FACT-H&N, observou-se que o grupo R do presente estudo apresentou melhor escore que os descritos na literatura. É fato que enquanto o grupo R tem a possibilidade de expressar ao mundo seus anseios, embora com uma voz adaptada, o grupo NR não a tem. Esta diferença pode ter grande influência no humor e na ansiedade (UWQOL), ou seja, no bem estar emocional do indivíduo (FACT-H&N). Faz-se importante a reabilitação vocal do laringectomizado total (BEHLAU et al., 2005; NEMR; LEHN, 2005), pois a comunicação oral auxilia na reinserção do indivíduo ao suprir sua necessidade de contato social (CHOMSKY, 2006; LASSWELL, 2007). Estes dados mostraram concordância com os comentários de Palmer e Graham (2004), de que a capacidade comunicativa tem relação mútua com a recuperação social e emocional do indivíduo, uma vez que a comunicação auxilia na adaptação à nova condição.

Quanto à diferença dos escores do domínio Paladar no UWQOL (escore dos domínios variam de 0 a 100, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida), entre os grupos deste estudo (Paladar R=100 e NR=67), dentre outros fatores pode estar relacionada ao sentido do olfato, que atua de forma complementar ao paladar na alimentação. Os pacientes

larinctomizados totais, pelo fato da respiração se dar pelo traqueostoma acabam por não inserir ar na cavidade nasal, o que prejudica o sentido do olfato. No grupo R nenhum dos falantes com voz esofágica apresentou queixas quanto ao paladar, pois apesar de respirarem pelo traqueostoma, aprenderam a inserir ar na região oral e conseqüentemente também na cavidade nasal, fato que favoreceu o sentido do olfato. Esta queixa de paladar é notada para os indivíduos usuários de laringe eletrônica. Também foram descritos por Vilaseca et al. (2006) tendo estudado o UWQOL (Paladar=72) em pacientes laringectomizados totais com voz traqueoesofágica, esofágica e laringe eletrônica e por Kazi et al. (2006) com voz traqueoesofágica (Paladar=74). Os menores escores observados nos laringectomizados reabilitados dos estudos de Vilaseca et al. (2006) e Kazi et al. (2006) pode, também, estar relacionado aos métodos de reabilitação utilizados em seus trabalhos.

Quanto aos escores do UWQOL (variando de 0 a 100, quanto maior, melhor a qualidade de vida) dos domínios Dor, Mastigação e Salivação e do FACT-H&N (escore dos aspectos de 0 a 28, quanto maior o resultado melhor qualidade de vida) nas questões específicas de bem estar Funcional e nas de saúde relacionadas a Preocupações Adicionais de Cabeça e pescoço, não houve diferença estatística significativa entre os grupos R e NR e toda a amostra obteve altos escores de qualidade de vida. Os bons escores de bem estar Funcional (R=25 e NR=25) e preocupações adicionais em cabeça e pescoço (R=25, NR=23) também foram descritos por Trivedi et al. (2008), tendo estudado o FACT-H&N (Funcional=18 e Preocupações Adicionais=18) em pacientes laringectomizados totais reabilitados com voz traqueoesofágica e por Ringash et al. (2000) para indivíduos tratados de câncer de laringe, sem comentar o método de tratamento e se houve ou não reabilitação vocal (Funcional=25 e Preocupações Adicionais=28). Estes dados indicam que laringectomia apesar de trazer ao indivíduo sequelas físicas, funcionais e profissionais (RAMIREZ, 2003), os pacientes saem do hospital com um bom quadro de saúde. Nota-se que os pacientes, mesmo antes da

reabilitação vocal, sentem bem estar funcional geral com poucas queixas de cansaço físico, dores e enjoos, que os levam a afirmar conseguir executar tarefas referentes a trabalho, mesmo em casa. O trabalho faz com que o homem construa vínculos sociais e sua identidade (FELIPE, 2008). A falta do trabalho gera sentimentos diversos ao indivíduo como a perda do ideal de ego, a sensação de inutilidade, tristeza, desvalorização e baixa auto-estima (FLEIG et al., 2005). A amostra deste estudo, que conta com maioria de homens com idade a partir de 49 anos, passa por aposentadoria precoce, que pode trazer temor quanto a perda do status social, perda da estabilidade econômica e da jovialidade. Estes sentimentos podem vir acompanhados da perda de referências, de contatos sociais e do poder de consumo. Reinserir os indivíduos que passaram por aposentadoria precoce no mercado de trabalho, consiste em grande fator motivacional (Mota, Oliveira e Rocha, 2005) capaz de melhorar ainda mais a qualidade de vida da população reabilitada de voz.

A necessidade de realizar alguma atividade faz com que alguns dos pacientes, após a reabilitação vocal, passem a fazer trabalho voluntário na casa de apoio do hospital, que é o local onde as famílias dos indivíduos hospitalizados ou os indivíduos de outras cidades que necessitam estar durante alguns dias na cidade para o tratamento, ficam hospedados.

Neste relato observa-se os benefícios da realização de atividade voluntária:

“Eu gosto de ajudar a casa de apoio. Eles são bons para mim. Eu me sinto bem em poder ajudá-los. Para mim é uma alegria (Paciente 5).”

Quanto ao bem estar Sócio Familiar do FACT-H&N, também não foram encontradas diferenças entre R e NR (R=25 e NR=21). O escore Sócio Familiar do grupo R foi semelhante ao descrito por Trivedi et al. (2008) que também estudaram laringectomizados totais reabilitados, embora com voz traqueoesofágica (Sócio Familiar=21). Bom resultado do domínio Sócio Familiar foi apresentado por Ringash et al. (2000) para indivíduos tratados de

câncer de laringe, sem comentar o método de tratamento e se houve ou não reabilitação vocal (Sócio Familiar=24). Pedrolo e Zago (2001), Ramirez et al. (2003) e Trivedi et al. (2008) afirmaram que o apoio recebido da família, sociedade e profissionais da saúde é determinante no aumento da confiança e satisfação do paciente. A presente pesquisa realizada no Hospital Amaral Carvalho de Jaú indicou que a convivência com indivíduos que se encontram nas mesmas circunstâncias pode auxiliar, também no ajustamento à nova condição, aumentando o bem estar e satisfação em relação à vida.

Também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos R e NR com relação aos domínios do UWQOL Aparência (R=100 e NR=100), Atividade (R=100 e NR=87), Recreação (R=100 e NR=75), Deglutição (R=100 e NR=67) e Ombro (R=100 e NR=66) embora as queixas tenham sido mais frequentes no grupo NR. Os escores destes domínios foram descritos por Vilaseca et al. (2006) em pacientes laringectomizados totais com voz traqueoesofágica, esofágica e laringe eletrônica (Aparência=73, Atividade=78, Recreação=78, Deglutição=86 e Ombro=78), por Kazi et al. (2006) com voz traqueoesofágica (Aparência=73, Atividade=77, Recreação=77, Deglutição=84 e Ombro=87) e por Deleiyannis (1999) tendo estudado laringectomizados totais, sem descrever se houve ou não reabilitação vocal (Aparência=67, Atividade=70, Recreação=70, Deglutição=82 e Ombro=50). Novamente os melhores escores do presente estudo em relação à aparência, atividade e recreação, se deva provavelmente ao grupo de laringectomizados totais, que passa igualmente a ser considerado uma atividade e momento de descontração para os indivíduos da pesquisa. Percebe-se que esta diferença entre os escores dos domínios Atividade, Recreação, Deglutição e Ombro entre R e NR não resultou diferença estatística, mas, caso o presente estudo tivesse sido com maior número de indivíduos nas amostras, possivelmente poderia ter sido notada diferença entre os grupos. Em seu trabalho com indivíduos que passaram por diversos cânceres de cabeça e pescoço Vartanian et al.

(2004) identificaram dificuldades com a auto imagem capaz de gerar agravos psicossociais aos indivíduos. A diferença entre seus comentários e os escores deste estudo pode se relacionar ao fato de que em outros cânceres de cabeça e pescoço podem existir ressecções mais amplas e que acometam inclusive a região da face. Maclean et al. (2005) referiram que as dificuldades deglutiórias também podem afastar os indivíduos das atividades sociais. Considerando as queixas de deglutição mais frequentes em NR, provavelmente esta dificuldade pode trazer mais prejuízo à inserção dos indivíduos.

A seguir serão analisados os dados dos questionários UWQOL e FACT-H&N para os subgrupos de reabilitados (RLE e RVE).

Quanto ao escore geral do UWQOL para os subgrupos laringe eletrônica e voz esofágica (RLE=1076 e RVE=1167) não foram encontrados na literatura autores que descreveram tais resultados para estes métodos separadamente. Interessante foi observar que no presente estudo os indivíduos reabilitados por voz esofágica não apresentaram queixas quanto a Aparência, Recreação, Deglutição, Ansiedade e Paladar. O fato de não haver mulheres no subgrupo de voz esofágica pode ter contribuído para alguns destes resultados. Isto porque a laringe eletrônica pode aumentar a preocupação com a aparência, pois realça a mutilação sofrida. A aparência, de modo especial, é um aspecto relevante para a feminilidade. A preocupação com a mesma, pode aumentar a ansiedade e reduzir as atividades recreativas por interferir no bem estar perante a sociedade. Os pacientes comentam que as pessoas sempre os questionam sobre a laringe eletrônica: *‘Algumas pessoas acham que é um microfone’* e *‘As crianças pedem para eu emprestar, porque acham que é um brinquedo.’* (sic paciente subgrupo RLE).

Os resultados de ausência de queixas deglutiórias no subgrupo de voz esofágica leva a inferir que haja uma melhor manutenção do tônus esofágico para estes indivíduos. Dantas et al. (2001) observaram que a contração esofágica durante a deglutição é

menor para os laringectomizados totais que conseguem desenvolver a voz esofágica. Fato que acredita-se ter estreita relação com a boa deglutição desta população. Assim, indivíduos com grande tensão muscular terão maior dificuldade na aquisição da voz esofágica e mais queixas na deglutição. Os indivíduos reabilitados com laringe eletrônica, portanto, são aqueles com dificuldades para desenvolvimento da voz esofágica e que podem apresentar maiores dificuldades inclusive deglutitórias. Tanto o aumento como a diminuição do tônus do esôfago dificultam a injeção de ar no mesmo, o que prejudica a qualidade e inteligibilidade da fala com este método. No hospital onde foi realizado o presente estudo é dada preferência à reabilitação por voz esofágica, visto que a laringe eletrônica não é fornecida pelo SUS e o seu alto custo dificulta a sua aquisição.

6.1 COMENTÁRIOS FINAIS

Os laringectomizados totais do presente trabalho não se queixaram do número excessivo de perguntas dos questionários aplicados. Isto tornou a associação de questionários para avaliação da qualidade de vida uma ferramenta exequível neste estudo. No entanto, na prática clínica e hospitalar isto pode ser inviável devido ao tempo disponível do profissional. Loughran et al. (2005) foram os únicos autores encontrados em literatura que aplicaram uma bateria de questionários a pacientes tratados de câncer de laringe, composta tanto por questionários de voz, quanto questionários específicos para a avaliação em cânceres de cabeça e pescoço.

Os resultados do presente estudo e a sua comparação com os dados de outros autores, indicaram que os laringectomizados totais saem do tratamento de retirada do

câncer com bom estado de saúde. Isto pode estar relacionado também à inserção precoce dos indivíduos em grupos de pacientes. Este tipo de intervenção poderia, portanto, ser adotada por outros centros. Nota-se ainda, que apesar da boa condição de saúde, os pacientes quando não reabilitados apresentam maiores dificuldades emocionais e relacionadas a situações sociais que requerem comunicação oral. Estes aspectos tornam imprescindível a reabilitação vocal após a laringectomia total.

Com a reabilitação vocal há melhora da qualidade de vida também nos aspectos emocionais e na inserção do indivíduo em atividades cotidianas relacionadas à interação. Existem algumas dificuldades vividas após a reabilitação vocal pelos pacientes de acordo com o método de reabilitação empregado. No entanto, estas dificuldades, apesar de frequentes, são vistas pelos próprios pacientes como inerentes à nova condição, o que não afetou a sua percepção em relação à qualidade de vida. Todos os questionários auxiliaram a investigar aspectos da vida dos laringectomizados totais. Entretanto, os questionários de voz mostraram maior capacidade de indicar as dificuldades específicas resultantes da perda da voz. Entre os dois questionários aplicados, IDV e QVV, o que mais se relacionou ao quanto o indivíduo se sente prejudicado pelas questões de dificuldades expressivas, foi o QVV.

Tanto o FACT-H&N quanto o UWQOL mostram os aspectos gerais da qualidade de vida pós tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço. No entanto, como no laringectomizado total a maior perda se refere às dificuldades comunicativas, o UWQOL mostrou-se mais sensível a esta questão. Enquanto o UWQOL descreve um domínio específico para a Fala o FACT-H&N aborda a fala em dois subitens do aspecto “*Preocupações Adicionais*”. O aplicador deve estar atento para os itens específicos dos questionários. Segundo Vartanian et al. (2007) para a utilização dos questionários de qualidade de vida em cabeça e pescoço, deve-se considerar tanto os aspectos gerais, quanto os específicos das patologias. Os autores Vilaseca et al. (2006) referiram eficácia do questionário

UWQOL para laringectomizados totais. Afirmaram, no entanto, que o mesmo é insuficiente para auxiliar na descrição das dificuldades comunicativas vivenciadas pelos indivíduos que passaram por este tratamento cirúrgico. Deve-se, assim, somar o UWQOL a algum questionário de qualidade de vida relacionado à voz.

Sugerimos que os profissionais que atuam na reabilitação dos laringectomizados totais utilizem na sua rotina os questionários que se mostraram mais específicos às sequelas inerentes à laringectomia total e aos agravos: o UWQOL em conjunto ao QVV. Os dois questionários somam 22 questões, dessa forma economizam tempo e não submetem os pacientes a excessivos questionamentos. Esta associação de questionários traz importantes informações sobre o impacto da doença e dos tratamentos na vida dos indivíduos, podendo ser ferramenta auxiliar do planejamento e das condutas mais adequadas para cada caso.

6.2 COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Os questionários de qualidade de vida utilizados não possuem questões referentes a religiosidade. Cabe ressaltar que a OMS incluiu este aspecto como parte inerente à avaliação da qualidade de vida (WHO, 1994 ; WHO, 1996 e FLECK et al., 1999). Apesar da ausência de questões sobre este aspecto nos questionário de estudo, a religiosidade tem se mostrado, de acordo com Aquino e Zago (2007) algo que redireciona a atenção dos indivíduos que adoeceram por câncer e pode o levar a perceber as experiências segundo um novo ponto de vista. Esta variável não investigada no presente estudo pode estar relacionada, também, à boa qualidade de vida ligada a saúde, quando se aplica os questionários de cabeça e pescoço

aos indivíduos não reabilitados de voz participantes da pesquisa. O papel da espiritualidade e da religião na experiência do câncer tem sido cada vez mais reconhecida. A explicação reducionista da medicina dá lugar aos sistemas religiosos que oferecem uma explicação para a doença integrada ao contexto cultural e social do paciente (AQUINO; ZAGO, 2007). A espiritualidade segundo Trivedi et al. (2008) muda a perspectiva do paciente em relação a si mesmo e a vida no momento do tratamento do câncer. Esta mudança de perspectiva é um comentário constante dos indivíduos da população do presente estudo e pode ser percebida no convívio com os mesmos no Hospital Amaral Carvalho de Jaú. Aquino e Zago (2006) afirmaram que os profissionais da saúde devem estar cada vez mais conscientes da importância da religiosidade ao prestar assistência aos sobreviventes de câncer. Segundo os autores este comportamento da equipe de saúde por cultivar o respeito às crenças dos pacientes, aumenta a confiança dos mesmos em relação ao tratamento.

6.3 NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE LARINGE

Há necessidade de se pensar políticas públicas nacionais capazes de evitar a perda da laringe na população, relacionada ao consumo de álcool e tabaco. Políticas municipais voltadas, também à população laringectomizada a fim de auxiliar no acesso ao tratamento de reabilitação de voz, seja por meio da voz esofágica, da prótese traqueoesofágica ou da laringe eletrônica. Observa-se no relato da paciente 10 esta necessidade de o paciente ou familiar adquirir a laringe eletrônica:

“Eles brincam comigo. Na rua eu paro pra conversar com as pessoas e eles falam: ‘Ai Maria, você comprou o aparelho?’ Eu falo: ‘Não,

meu patrão que me deu pra mim.' Vai fazer dois meses que eu ganhei o aparelho já, né. Foi ele, porque se não desse eu não ia ter condição de comprar, porque é caro. Quase dois mil reais. Ele me dá até bateria para o aparelho. Caiu do céu pra mim (paciente 10)."

Verifica-se a necessidade de divulgação dos benefícios da abordagem grupal na reabilitação dos laringectomizados totais, a fim de que este método seja implementado em outros hospitais, clínicas e centros que trabalhem com pacientes nestas condições uma vez que demonstrou favorecer a melhora de qualidade de vida dos pacientes.

Os benefícios do atendimento em grupo são tão grandes que vários dos pacientes mesmo após a reabilitação vocal, continuam freqüentando-o como co-terapeutas, pelo auxílio no desenvolvimento das novas vozes. Como exemplo temos o relato do paciente 6:

"Eu gosto muito de participar do grupo de voz. Mesmo já estando falando, pra mim é muito importante estar aqui junto deles. Porque são pessoas que fizeram a mesma cirurgia que eu. Pra mim é uma terapia estar aqui. Eu vou pra casa com o espírito sempre renovado quando saio daqui. Eu gosto muito de vir e estar aqui no meio deles."

7.0 CONCLUSÃO

Os escores gerais dos questionários de qualidade de vida UWQOL e FACT-H&N e IDV e QVV apontaram melhor qualidade de vida para os pacientes com reabilitação vocal.

Todos os escores dos aspectos específicos dos questionários de qualidade de vida relacionados à voz, IDV (Orgânico, Funcional e Emocional) e QVV (Sócio Emocional e Funcionamento Físico) apontaram melhor qualidade de vida para os pacientes com reabilitação vocal.

Os domínios específicos dos questionários de qualidade de vida relacionados ao câncer de cabeça e pescoço UWQOL (Fala, Humor, Ansiedade e Paladar) e FACT-H&N (Emocional e Físico) apontaram melhor qualidade de vida para os pacientes com reabilitação vocal.

Tanto a reabilitação por laringe eletrônica quanto por voz esofágica, trouxeram melhoras para a qualidade de vida. As dificuldades específicas referentes a cada método de reabilitação foram vistas pelos pacientes como inerentes ao processo de cura do câncer.

Observou-se que a ausência da voz trouxe agravos emocionais e à inserção social dos laringectomizados totais que acabaram por afetar sua qualidade de vida global. A reabilitação vocal tanto por RVE quanto por RLE, trouxe melhora da qualidade de vida após excisão da laringe.

Notou-se ainda a necessidade de criação de políticas públicas tanto para prevenção do câncer de laringe, como para auxiliar os pacientes já laringectomizados totais a restaurar suas vozes e serem reintegrados ao meio social.

Um dos aspectos que se mostrou relevante tanto para o favorecimento da reabilitação vocal, quanto possivelmente para a melhora dos aspectos relacionados a qualidade de vida dos pacientes foi a inserção dos indivíduos em atendimento em grupo.

Referências

.0 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L.M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com cancer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** v.7, n.1, 2008.

APLV. Cuidados gerais para pessoas laringectomizadas e traqueotomizadas. [1988] Associação Portuguesa de Limitados da Voz- Laringectomizados. Disponível em: <<http://www.aplvoz.org>>. Acesso em 01 de maio. 2011.

APLV. Sabe o que é um laringectomizado? [1988] Associação Portuguesa de Limitados da Voz- Laringectomizados. Disponível em: <<http://www.aplvoz.org>>. Acesso em 01 de maio. 2011.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Rev. Lat-Am Enfermagem.** v.15, n.1, p.42-47, 2007.

AZEVEDO, E.H.M. et al. Vocal handicap and quality of life after treatment of advanced squamous carcinoma of the larynx and/or hypopharynx. **Jornal of Voice.** 2011

BARROS, A.P.B et al. Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço.** v.36, n.1, p.32-37, 2007.

BEHLAU, M et al. O. Disfonias por câncer de cabeça de pescoço. In: BEHLAU, M. Voz: O livro do especialista. V. II. Editora Revinter. p.213-277, 2005.

CACIOPPO JT, HAWKLEY L.C. Social isolation and health, with an emphasis on Underlying Mechanisms. **Perspectives in Biology and Medicine.** v.46, n.3, 2003.

CARMO, R.D.; CAMARGO, Z.; NEMR, K. Relação entre qualidade de vida e auto percepção da qualidade vocal de pacientes laringectomizados totais: Estudo Piloto. **Revista CEFAC.** v.8, n.4, p.518-528, 2006.

CELLA, D.F. et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. **J Clin Oncol.** v.11, n.3, p.570-579, 1993.

CHOMSKY, N. Language and Mind. **Cambridge University Press.** Third Edition. 2006.

COELHO, F.M.R.; SAWADA, N.O. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. **Rev. latin-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.7, n.5, p.103-107, dezembro, 1999.

DANGELO, G.J.; FATTINI, C.A. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. Editora Atheneu. 3ª Edição. Rio de Janeiro. 2006.

DANTAS, R.O et al. Pressão intra-esofágica durante a produção da voz esofágica em pacientes laringectomizados com e sem recuperação da capacidade de comunicação oral. **Arq Gastroenterol.** v.38, n.1, p. 158-161, 2001

DELEYIANNIS, F.W.B et al. Quality of life after laryngectomy: are functional disabilities important?, **Head & Neck** , Jul, 1999

DESHPANDE, M.S et al. Validation and assessment of voice-related quality life in Indian patients undergoing total laryngectomy and primary tracheoesophageal puncture. **Head & Neck.** v.31, n.1, p. 37-44, 2009.

EDEFONTI, V.; BRAVI, F.; GARAVELLO, W. Nutrient-based dietary patterns and laryngeal cancer: evidence from an exploratory factor analysis. **Cancer Epidemiol. Biomarkers.**v. 19, n.1, p.18-27, 2010.

EVANS, E.; CARDING, P.; DRINNAN, M. The voice handicap index with post laryngectomy male voices. **Int. J. Lang.Comm. Dis.** v.44,n.5, p.575-586, 2009.

FANG, W.Q et al. [Quality of life, personality, coping style in the patients with advanced laryngeal cancer.] **Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi** , v.39, n.4, p.227-231.,2004.

FELIPE, KF. O desemprego e suas consequências na subjetividade. **Rev. Humanidades Fortaleza.** v.23, n.1, p.57-62, 2008.

FLECK, M.P.A et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v.21, n.1,p.19-28.1999.

FLEIG, D.G et al. Reestruturação Produtiva e Subjetividade: a análise interpretativa do significado do desemprego. **O&S.** v.12, n.33, abril/jun. 2005.

FONSECA, A.C. Laringectomizado-aprenda a se conhecer. Editora Maio, Curitiba, 2002.

FURIA, C.L.B et al. Qualidade de vida em câncer de cabeça e pescoço: validação do FACT-H&N para o português. [Resumo] **Anais do 4 Congresso da Fundação de Otorrinolaringologia**; 2005, Curitiba, p.81.

FURIA, C.L.B. Qualidade de vida em câncer de boca, faringe e laringe em São Paulo. [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

FURIA, R. O impacto da alteração de voz na qualidade de vida de pacientes submetidos a laringectomia parcial vertical. [Dissertação Mestrado]. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC; 2006

GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Quality of Life: Validation of the Brazilian Version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure. **Journal of of Voice**, in press. 2008.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n.5, p. 1207-1214, 2002.

GROLMAN, W. Medical Illustrations. 1998 Disponível em: <<http://www.origin8.nl/medical/index.htm>>. Acesso em 19 de jul. 2011.

HASSAN, S.J.; WEYMULLER, E.A. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck*. v.15, n.6, p.485-496, 1993.

HAWKLEY, L.C.; CACCIPOPO, J.T. Loneliness and pathways to the disease. **Brain, Behavior and Immunity**, v.17, p.98-105, 2003.

HOGIKYAN, N.D; SETHURAMAN, G. – Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). **J. Voice**, 13:557-69, 1999.

HORTENSE, F.T.P.; CARMAGNANI, M.I.S.; BRÊTAS, A.C.P. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Rev. Bras Enferm**. V.61, n.1, p.24-30, Brasília, Jan-Fev, 2008.

IARC – International Agency for Research on Cancer. Hypopharynx, larynx and trachea. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors, WHO. World Health Organization Classification of Tumors. IARC Press. p.107-162, 2005.

INCA. Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. **INCA- Instituto nacional de Câncer**. Rio de Janeiro, 2007.

INCA. Estimativa 2010. Incidência de câncer no Brasil. **INCA- Instituto nacional de Câncer**. Rio de Janeiro. 2009.

INCA. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. **INCA- Instituto nacional de Câncer**. v.4,n.1, Rio de Janeiro, 2010.

INCA. Tipos de Câncer - Laringe. Disponível em : <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe>> . Acesso em 15 de jun. 2011.

JACOBSON, B. H. The voice handicap index: development and validation. **American Journal of Speech- Language Pathology**, v.6, p.66-70, 1997.

JORGE, M.S.; GREGIO, F.N.; CAMARGO, Z. Qualidade Vocal de Indivíduos Submetidos à Laringectomia Total: Aspectos Acústicos de Curto e Longo Termo em Modalidades de Fonação Esofágica e Traqueoesofágica. **Rev. Cefac**. São Paulo. v.6, n.3, 319-328, Jul-set.2004

KAZI, R. et al. Quality of life following Total Laryngectomy: Assessment using the UWQOL Scale. **ORL**. v.69, n.1,p. 100-106, 2007.

KASPER, C et al. Voice handicap index and voice-related quality of life in small laryngeal carcinoma. **Eur. Arch Otorhinolaryngol**. v.268, n.1, p. 401-404, 2011.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Qualidade de vida – Aspectos Conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v.1, n.1, 2007.

LASSWELL, H. The structure and function of communication in society. **Iletisim kuram ve arastirma dergisi Sayi**. Kis-Bahar. v. 24., 2007

LIMA, RA. ; et al. Câncer de laringe- Diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2008.

LOUGHRAN, S. et al. Quality of life and voice following endoscopic resection or radiotherapy for early glottic cancer. **Clinical Otolaryngology**. v.30, n.1, p.42-47, 2005.

LUBIN, J.H. et al. An examination of male and female odds rats by BMI, cigarette smoking and alcohol consumption for cânceres of the oral cavity, pharynx, and larynx in pooled data from 15 case-control studies. **Cancer Causes Control**, 2011.

LÜ, C.M. et al. [Esophageal voice training and quality of life in laryngectomees]. **Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi**. v.42, n.5, p.353-356, 2007.

LUNDSTROM, E.; HAMMABERG, B.; MUNCK-WIKLAND, E. Voice handicap and health-related quality life in laryngectomees:Assesment with the use of VHI and EORTC Questionnaires. **Folia Phoniatica et Logopaedica**. v.61, v.1, p.83-92, 2009.

MACLEAN, J.; COTTON, S.; PERRY, A. Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality life, functional, and psychological well being. **Dysphagia**. v.24, n.1, p.314-321, 2009.

MANFRO, G. et al. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida de pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.52, n.1, p.17-24, 2006.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOERMAM, M.; MARTENS, J.P.; DEJONCKERE, P. Application of voice handicap index in 45 patients with substitution voicing after total laryngectomy. **Eur. Arch. Othorinolaryngol**. v.261, n.1, p.423-428, 2004.

MOTA, M.S.; OLIVEIRA, C.R.; ROCHA, R.A. Aposentadoria precoce e reintegração do aposentado no Mercado de trabalho: as motivações dos servidores aposentados da UFSM/RS. XII SIMPEP – 2005.

MORSHED, K. et al. Laryngeal cancer in farmers from Lublin region of Poland. **Ann Agric Environ Med**. v.15, n.1, p.13-19, 2008.

MOUKARBEL, R.V. et al. Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) outcomes in laryngectomee. **Head & Neck**. v.33, n.1, p.31-36, 2011.

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

OLIVEIRA, A.P.; GOMES, A.M.T. A estrutura representacional do câncer para seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.16, n.4, p. 525-531, 2008.

OLIVEIRA, Y.C. Identidade, Subjetividade e Sintoma na era contemporânea. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.16, n. 1-2, p. 44-53, 2003.

ORIDATE, N. et al. Voice-related quality of life treatment of laryngeal cancer. **Arch Otolaryngol Head and Neck Surg**. v. 135, n.4, 2009.

PALMER, A.D.; GRAHAM, M.S. The relationship between communication and quality life in alaryngeal speakers. **Journal Speech Language Pathology and Audiology**.v.28, n.1, p.6-24, 2004.

PARK, N.; PETERSON, C.; SELIGMAN, M.E.P. Strengths of character and well-being. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol. 23, No. 5, p.603-619, 2004.

PEDROLO, F.T.; ZAGO, M.M.F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.48, n.1, p. 49-58, 2002.

PLATT, L. Assessing the impact of illness, caring and ethnicity on social activity. **Centre For Analysis of Social Exclusion**. London School of Economics. London: 2006.

PURDUE, M.P. et al. Occupational exposures and head and neck cancers among Swedish construction workers. v.32, n.4, p.270-275, 2006.

RAMIREZ, M.J.F. et al. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. **Otorinolaringology- Head and Neck Surgery**. v.129, n.1, p. 92-97, 2003.

RINGASH, J. et al. Quality of life and utility in irradiated laryngeal cancer patients. **Int. J. Radiat. Oncol Biol Phys**. v.47, p.875-881, 2000.

SANTANA, J.J.R.A.; ZANIN,C.R.; MANIGLIA, J.V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**. V.18, n.40, p.371-384, 2008.

SANTOS, L.M.; GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Validação do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV) no Brasil. São Paulo, Monografia. **Centro de Estudos da Voz**. 2007.

SARTOR, S.G et al. P. Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, p. 1473-1481, 2007.

SCHINDLER, A et al. Voice-related quality of life in patients with total e partial laryngectomy. **Auris Nasus Larynx**. 2011

SMITH, R.V.; FRIED, M.P. Advanced Cancer of Larynx. Head and Neck Surgery – Otolaryngology. 4 Edição. Editora Lippincott Williams & Wilkins, 2006. Disponível em: <http://www.msd.com.mx/msdmexico/account/signin.html?request_url=ebooks/HeadNeckSurgeryOtolaryngology/sid937886.html>. Acesso em 20 de jul. 2011.

SIQUEIRA, M.M.M.; PADOVAM, V.A.R. Bases teóricas de bem estar subjetivo, bem estar psicológico e bem estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24 n. 2, p. 201-20, 2008.

TRIVEDI, N.P. et al. Comparison of quality of life in advanced laryngeal cancer patients after concurrent chemoradiotherapy vs total laryngectomy. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**. v.139, n.1, p. 702-707, 2008.

UICC- International Union Against Cancer. TMN – Classification of Malignant Tumors. 6 Ed. Switzerland. Wiley-Liss. P.38-42, 2002.

VARTANIAN, J.G. et al. Long term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. **Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surgery**, v. 130, n.1, p.1209-1213, 2004.

VARTANIAN, J.G. et al. Questionários para avaliação de qualidade de vida em pacientes com cancer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.36, n.2, p.108-115, 2007.

VARTANIAN, J.G. et al. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. **Head Neck**, v.28, n.12, p.1115-1121, 2006.

VARTANIAN, J.G.; KOWALSKI, L.P. Acceptance of major surgical procedures and quality of life among long term survivors of advanced head and neck cancer. **Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surgery**.v.135, n.4, p. 376-379, 2009.

VILASECA, I.; CHEN, A.Y.; BACKSCHEIDER, A.G. Long term quality life after total laryngectomy. **Head and Neck**. v. 10. n.1, p.313-320, 2006.

WHO. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In J. Orley and W. Kuyken (Eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag. 1994.

WHO. Group. What is Quality of Life? World Health Forum. **Who**:Geneva;1996, p.354-356.

WHO: Banco de dados da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 15 de jun. 2011.

ZAGO, M.M.F. et al. O adoecimento pelo câncer de laringe. **Rev. Esc. Enf. USP**. V.35, n.2, p. 108-114,junho, 2001.

9.0 APÊNDICE

9.1 TABELAS COM RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO IDV

TABELA 1: Índice de desvantagem vocal (IDV) dos aspectos Orgânicos, Funcionais e Emocionais de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.

IDV	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil		
Orgânicos	10	0	20	8	15	7	26	9	40	15	33	18	0,001*
Funcionais	5	1,5	20	4	17	12	30	16	40	23	37	14	0,000*
Emocionais	2	0	14	0,5	9,5	9	25	2	40	9,0	36,5	27,5	0,002*
Total	25	4	52	18	38,5	20,5	76,5	27	114	52,5	101	48,5	0,000*

Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal.

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 2: Vivências a dificuldades orgânicas relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.

IDV -Aspectos Orgânicos -		GRUPOS												p*
		R (n=12)						NR (n=12)						
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
O2	Fico sem ar quando falo	0	0	2	0	1,5	1,5	0	0	4	0	2	2	0,590
O4	Minha voz varia ao longo do dia	0	0	4	0	3	3	2	0	4	0	4	4	0,514
O10	As pessoas perguntam: "O que você tem na voz?"	2,5	0	4	2	4	2	2	0	4	0	4	4	0,514
O13	Minha voz parece rouca e seca.	1,5	0	4	0	2,5	2,5	4	0	4	1,5	4	2,5	0,052
O14	Sinto que tenho que fazer força para minha voz sair	0	0	2	0	0	0	4	0	4	2	4	2	0,000*
O17	Não consigo prever quando minha voz vai sair clara	0	0	4	0	2	2	3	0	4	0,5	4	3,5	0,039*
O18	Tento modificar minha voz para que ela saia diferente.	2	0	4	0	2	2	3	0	4	1,5	4	2,5	0,078
O20	Faço muito esforço para falar	0	0	2	0	0	0	3	0	4	0	4	4	0,000*
O21	Minha voz é pior no final do dia	0	0	4	0	1	1	0	0	4	0	4	4	0,410
O26	Minha voz falha no meio da fala.	1,5	0	4	0,5	2	1,5	3	0	4	2,5	4	1,5	0,003*

Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal – Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 3: Vivências a dificuldades funcionais relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.

IDV -Aspectos Funcionais -		GRUPOS												p*
		R (n=12)						NR (n=12)						
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
F1	As pessoas têm dificuldade de me ouvir por causa da minha voz	2	0	4	0	2	2	3,5	1	4	2	4	2	0,024*
F3	As pessoas têm dificuldade de me entender em locais barulhentos.	2,5	0	4	2	4	2	4	2	4	4	4	0	0,060
F5	Minha família tem dificuldade em ouvir quando chamo de outro cômodo da casa.	1,5	0	4	0	4	4	3	0	4	2	4	2	0,242
F6	Uso menos o telefone do que eu gostaria.	0,5	0	4	0	3	3	4	2	4	3	4	1	0,006*
F8	Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz.	0	0	2	0	1	1	3	0	4	1	4	3	0,008*
F11	Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz.	0	0	2	0	1	1	4	2	4	4	4	0	0,000*
F12	As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente.	2	0	3	2	2	0	4	2	4	2	4	2	0,003*
F16	Meu problema de voz limita minha vida social.	0	0	0	0	0	0	3	0	4	2	4	2	0,000*
F19	Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.	0	0	2	0	1	1	2	0	4	0	4	4	0,028*
F22	Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.	0	0	4	0	0	0	3	0	4	0	4	4	0,060

Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal – Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 4: Vivências a dificuldades emocionais relacionadas a desvantagem vocal de indivíduos laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz.

IDV -Aspectos Emocionais -		GRUPOS												p*
		R (n=12)						NR (n=12)						
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
E7	Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz	0	0	4	0	2	2	2	0	4	0	4	4	0,128
E9	As pessoas parecem se irritar com minha voz	0	0	2	0	2	2	3	0	4	0	4	4	0,052
E15	Acho que as pessoas não entendem meu problema de voz	0	0	4	0	1,5	1,5	3	0	4	2	4	2	0,003*
E23	Meu problema de voz me chateia	0	0	3	0	0	0	4	0	4	0	4	4	0,012*
E24	Fiquei menos expansivo por causa da voz	0	0	4	0	0	0	3,5	0	4	0	4	4	0,100
E25	Minha voz faz com que me sinta em desvantagem	0	0	1	0	0	0	4	0	4	0	4	4	0,007*
E27	Fico irritado quando as pessoas pedem para repetir o que falei.	0	0	4	0	2	2	3	0	4	1	4	3	0,028*
E28	Fico constrangido quando as pessoas pedem para repetir o que falei	0	0	2	0	0	0	3	0	4	0	4	4	0,014*
E29	Minha voz me faz sentir incompetente	0	0	4	0	0	0	1	0	4	0	4	4	0,089
E30	Tenho vergonha do meu problema de voz	0	0	4	0	0	0	1	0	4	0	4	4	0,143

Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal – Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 5: Índice de Desvantagem Vocal (IDV) de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE)

IDV	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Orgânicos	10	7	12	8	10	2	13	0	20	8	17	11
Funcionais	10	4	19	6	12	6	11	4	20	4	18	14
Emocionais	2	1	8	2	8	6	2	0	14	0	14	14
Total	22	18	33	18	28	10	30	4	52	12	47	35

Obs: Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 6: Vivências a dificuldades orgânicas relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE)

IDV -Aspectos Orgânicos -	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
O2 Fico sem ar quando falo	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	2
O4 Minha voz varia ao longo do dia	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0	4	4
O10 As pessoas perguntam: "O que você tem na voz?"	4	2	4	2	4	2	2	0	4	0	4	4
O13 Minha voz parece rouca e seca.	0	0	4	0	1	1	2	0	4	0	3	3
O14 Sinto que tenho que fazer força para minha voz sair	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
O17 Não consigo prever quando minha voz vai sair clara	2	0	4	0	2	2	0	0	2	0	0	0
O18 Tento modificar minha voz para que ela saia diferente.	2	0	4	0	2	2	2	0	2	0	2	2
O20 Faço muito esforço para falar	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
O21 Minha voz é pior no final do dia	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	2
O26 Minha voz falha no meio da fala.	1	0	2	1	2	1	2	0	4	0	2	2

Obs: Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal- Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 7: Vivências a dificuldades funcionais relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE)

IDV -Aspectos Funcionais		GRUPO R											
		RLE (n=5)						RVE (n=7)					
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
F1	As pessoas tem dificuldade de me ouvir por causa da minha voz	2	0	4	1	2	1	2	0	3	0	2	2
F3	As pessoas tem dificuldade de me entender em locais barulhentos.	2	2	4	2	4	2	3	0	4	2	2	0
F5	Minha família tem dificuldade em ouvir quando chamo de outro cômodo da casa.	0	0	2	0	2	2	4	0	4	0	4	4
F6	Uso menos o telefone do que eu gostaria.	0	0	2	0	1	1	2	0	4	0	4	4
F8	Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
F11	Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz.	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	0	0
F12	As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente.	2	1	3	2	3	1	2	0	2	2	2	0
F16	Meu problema de voz limita minha vida social.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F19	Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	2
F22	Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0

Obs: Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal- Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 8: Vivências e dificuldades emocionais relacionadas a desvantagem vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE)

IDV -Aspectos Emocionais -		GRUPO R											
		RLE (n=5)						RVE (n=7)					
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
E7	Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0	2	2
E9	As pessoas parecem se irritar com minha voz	1	0	2	0	2	2	0	0	2	0	2	2
E15	Acho que as pessoas não entendem meu problema de voz	1	0	4	0	2	2	0	0	2	0	0	0
E23	Meu problema de voz me chateia	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2
E24	Fiquei menos expansivo por causa da voz	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	4
E25	Minha voz faz com que me sinta em desvantagem	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E27	Fico irritado quando as pessoas pedem para repetir o que falei.	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	2	2
E28	Fico constrangido quando as pessoas pedem para repetir o que falei	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
E29	Minha voz me faz sentir incompetente	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
E30	Tenho vergonha do meu problema de voz	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	2

Obs: Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal- Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

9.2 TABELAS COM RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO QVV

TABELA 9: Qualidade de vida, aspectos Sócio Emocionais (SE) e Funcionamento Físico (FF) relacionado a voz de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz segundo o questionário QVV

QVV	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
SE	100	62,5	100	93,75	100	6,25	62,5	0	93,8	0	71,88	71,875	0,000*
FF	89,6	73,8	100	70,8	100	29,2	43,7	0	95,8	24,95	50	25,05	0,000*
Total	92,5	50	100	73,75	100	26,25	47,5	0	95	15	66,25	51,25	0,001*

Maiores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida- Escala de 0 a 100

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 10: Problemas sócio emocionais vivenciados por laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário QVV.

QVV- Aspectos Sócio emocionais		GRUPOS												p*
		R (n=12)						NR (n=12)						
		Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
SE4	Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	1	1	3	1	2	1	3	1	5	1	5	4	0,039*
SE5	Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz)	1	1	5	1	1	0	2,5	1	5	1	5	4	0,0780
S8	Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	1	1	1	1	1	0	3	1	5	1,5	5	3,5	0,001*
SE10	Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	1	1	1	1	1	0	3	1	5	1	5	4	0,005*

Maiores valores de mediana indicam mais dificuldades vivenciadas- escala de 1 a 5

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 11: Problemas de funcionamento físico vivenciados por laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário QVV.

QVV- Funcionamento Físico	GRUPOS												p*	
	R (n=12)						NR (n=12)							
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil		
FF1	Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos	1	1	4	1	3	2	3	1	5	1,5	4,5	3	0,068
FF2	O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo	1	1	3	1	1	0	2,5	1	5	1	5	4	0,089
FF3	Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair.	1	1	4	1	1,5	0,5	3	1	5	2	5	3	0,006*
FF6	Tenho dificuldade em falar ao telefone (por causa da minha voz)	1	1	5	1	2,5	1,5	4	1	5	1	5	4	0,052
FF7	Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz).	1	1	3	1	1	0	3	1	5	1	5	4	0,045*
FF9	Tenho que repetir o que falo para ser compreendido.	1	1	3	1	1,5	0,5	4	1	5	2	5	3	0,006*

Maiores valores de mediana indicam mais dificuldades vivenciadas- escala de 1 a 5

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 12: Auto avaliação da qualidade vocal de laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados (NR) de voz segundo o questionário QVV.

QVV	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Auto Avaliação	1,5	1	4	1	2,5	1,5	4,5	2	5	4	5	1	0,000*

Menores resultados indicam melhor qualidade vocal

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 13: Qualidade de vida, aspectos Sócio Emocionais (SE) e Funcionamento Físico (FF) relacionado a voz de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV

QVV	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
SE	100	62,5	100	87,5	100	12,5	100	75	100	100	100	0
FF	100	85	100	87,5	100	12,5	83,3	45,8	62,5	100	100	0
Total	95	77,5	100	85	100	15	90	50	100	67,5	100	32,5

Obs: Maiores valores de mediana indicam maior desvantagem vocal- Escala de 0 a 100
 Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 14: Auto avaliação da qualidade vocal de laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV.

QVV	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Auto Avaliação	1	1	2	1	2	1	2	1	4	1	3	2

Maiores valores de mediana indicam pior qualidade vocal – escala de 1 a 5

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 15: Problemas Sócio Emocionais vivenciados por laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV

QVV- Aspectos Sócio emocionais	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
SE4 Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	1	1	3	1	3	2	1	1	3	1	1	0
SE5 Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz)	1	1	5	1	1	0	1	1	3	1	1	0
S8 Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
SE10 Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0

Maiores valores de mediana indicam pior qualidade vocal – escala de 1 a 5

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 16: Problemas de Funcionamento Físico vivenciados por laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE) segundo o questionário QVV

QVV- Funcionamento Físico	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
FF1 Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos	1	1	4	1	3	2	1	1	3	1	3	2
FF2 O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	2	1
FF3 Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair.	1	1	1	1	1	0	1	1	4	1	3	2
FF6 Tenho dificuldade em falar ao telefone (por causa da minha voz)	1	1	1	1	1	0	2	1	5	1	3	2
FF7 Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz).	1	1	3	1	1	0	1	1	3	1	1	0
FF9 Tenho que repetir o que falo para ser compreendido.	1	1	2	1	1	0	1	1	3	1	3	2

Maiores valores de mediana indicam pior qualidade vocal – escala de 1 a 5

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

9.3 TABELAS COM RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO UWQOL

TABELA 17: Qualidade de vida relacionada aos diversos problemas vivenciados pós-laringectomia total em reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), pelo questionário UWQOL.

UWQOL	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
1 Dor	100	25	100	100	100	0	75	50	100	50	100	50	0,052
2 Aparência	100	75	100	100	100	0	75	25	100	50	100	50	0,060
3 Atividade	100	50	100	75	100	25	87,5	50	100	50	100	50	0,347
4 Recreação	100	25	100	75	100	25	75	25	100	62,5	100	37,5	0,198
5 Deglutição	100	67	100	67	100	33	67	33	100	67	100	33	0,266
6 Mastigação	100	50	100	100	100	0	100	0	100	50	100	50	0,478
7 Fala	100	33	100	100	100	0	33	0	100	33	33	0	0,001*
8 Ombro	100	33	100	67	100	33	66,5	0	100	33	100	67	0,347
9 Paladar	100	67	100	100	100	0	67	0	100	33	100	67	0,017*
10 Saliva	100	33	100	100	100	0	100	33	100	33	100	67	0,266
11 Humor	100	75	100	100	100	0	50	25	100	25	100	75	0,033*
12 Ansiedade	100	67	100	100	100	0	50	33	100	33	100	67	0,039 *
Total	1129	834	1200	1063	1171	108	808	448	1133	682,5	991,5	309	0,001*

Maiores valores de média e mediana indicam melhor qualidade de vida e menores problemas vivenciados

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 18: Qualidade de vida relacionada aos diversos problemas vivenciados pós-laringectomia total em indivíduos reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário UWQOL.

UWQOL	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
1 Dor	100	25	100	100	100	0	100	75	100	100	100	0
2 Aparência	100	75	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0
3 Atividade	75	50	100	75	100	25	100	75	100	100	100	0
4 Recreação	75	25	100	75	100	25	100	100	100	100	100	0
5 Deglutição	67	67	100	67	100	33	100	100	100	100	100	0
6 Mastigação	100	50	100	100	100	0	100	50	100	100	100	0
7 Fala	100	67	100	100	100	0	100	33	100	100	100	0
8 Ombro	100	33	100	67	100	0	100	33	100	67	100	33
9 Paladar	100	67	100	67	100	33	100	100	100	100	100	0
10 Saliva	100	33	100	100	100	0	100	67	100	100	100	0
11 Humor	100	75	100	100	100	0	100	75	100	100	100	0
12 Ansiedade	100	67	100	67	100	33	100	100	100	100	100	0
Total	1076	834	1175	934	1092	158	1167	1050	1200	1108	1200	92

Obs: Quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida e menores são os problemas vivenciados

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

9.4 TABELAS COM RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO FACT-H&N

TABELA 19: Escores de qualidade de vida Total e por área, de pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), pelo questionário FACT-H&N.

FACT-H&N	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Bem-estar físico	27	15	28	26,5	28	1,5	25	13	28	22,5	27	4,5	0,033*
Bem-estar sócio familiar	25	14	28	22,5	27,5	5	21,5	4	28	17	26	9	0,242
Bem-estar emocional	28	21	28	26,8	28	1,2	23,9	4,6	28	16,3	26,8	10,5	0,010*
Bem-estar funcional	25,7	21	28	22	28	6	25	14	28	18	27	9	0,242
Preocupações adicionais	25,4	21,7	28	23,2	27,2	4,05	23,3	10,1	27,2	17,5	25,25	7,8	0,052
Total	126,7	111,1	139	120	135,1	14,95	112,7	66,7	137,2	92,9	128	35,05	0,039*

Maiores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida e menores problemas vivenciados

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 20: Situações referentes ao bem estar Físico vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR FÍSICO	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Estou sem energia	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0,219
Fico enjoado	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0,755
Por causa do meu estado físico tenho dificuldades em atender as necessidades da minha família.	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0,5	0,5	0,319
Tenho dores	0	0	4	0	0,5	0,5	1,5	0	4	0	3	3	0,143
Sinto-me incomodado com os efeitos secundários do tratamento	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	2	2	0,443
Sinto-me doente	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	0,5	0,5	0,514
Tenho que me deitar durante o dia	0	0	1	0	0,5	0,5	1	0	4	0	2	2	0,039*

Menores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida – Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 21: Qualidade de vida Total e por área, de pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), pelo questionário FACT-H&N.

FACT-H&N	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Bem-estar físico	27	15	28	26	28	2	27	26	28	27	28	1
Bem-estar sócio familiar	24	16	28	24	27	3	26	14	28	21	28	7
Bem-estar emocional	28	21	28	26,8	28	1,2	28	26,8	28	27	28	1
Bem-estar funcional	28	22	28	23,3	28	4,7	22,1	21	28	22	28	6
Preocupações adicionais	23	21,7	28	22,5	27,2	4,7	26	23,3	28	24	27,2	3,2
Total	119	111	139	113	135	22	127	122	137	125	135	10

Obs: Valores maiores indicam melhor qualidade de vida

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 22: Situações referentes ao bem estar Sócio Familiar vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR SÓCIOFAMILIAR	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Sinto que tenho boa relação com meus amigos	4	2	4	3	4	1	3,5	2	4	3	4	1	0,799
Recebo apoio emocional da minha família	4	2	4	4	4	0	4	0	4	2,5	4	1,5	0,443
Recebo apoio emocional dos meus amigos	4	2	4	3	4	1	3,5	1	4	2	4	2	0,410
A minha família aceita a minha doença	4	2	4	3	4	1	2	0	4	1	4	3	0,101
Estou satisfeito com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	4	2	4	3,5	4	0,5	4	0	4	4	4	0	0,799
Sinto-me próximo de meu parceiro ou da pessoa que me dá apoio	3,5	1	4	2	4	2	3,5	0	4	2	4	2	0,843
Estou satisfeito com minha vida sexual	3,5	1	4	2	4	2	2	0	4	2	4	2	0,319

Maiores valores de mediana indicam melhor qualidade de vida – Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 23: Situações referentes ao bem estar emocional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR EMOCIONAL	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Sinto-me triste	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	4	0,219
Estou satisfeito com a maneira com que enfrento a doença	4	0	4	3,5	4	0,5	4	0	4	2,5	4	1,5	0,799
Estou perdendo a esperança na luta contra minha doença	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0,514
Sinto-me nervoso	0	0	2	0	0	0	2	0	4	0,5	4	3,5	0,006*
Estou preocupado com a idéia de morrer	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0,755
Estou preocupado que o meu estado venha a piorar	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0,713
Obs: 0 não acontece													

Obs: 0 não acontece

4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 24: Situações referentes ao bem estar funcional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR FUNCIONAL	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Sou capaz de trabalhar	4	1	4	2	4	2	4	2	4	2,5	4	1,5	0,755
Sinto-me realizado com o trabalho- inclusive em casa	4	2	4	3	4	1	4	2	4	2,5	4	1,5	0,887
Sou capaz de sentir prazer em viver	4	3	4	4	4	0	4	2	4	2,5	4	1,5	0,143
Aceito a minha doença	4	2	4	3	4	1	3,5	0	4	2,5	4	1,5	0,551
Durmo bem	4	2	4	3,5	4	0,5	4	2	4	3	4	1	0,887
Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	4	2	4	3	4	1	4	0	4	2	4	2	0,478
Estou satisfeito com a qualidade da minha vida neste momento	4	3	4	3,5	4	0,5	4	2	4	2	4	2	0,266

Obs: 0 não acontece → 4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 25: Preocupações adicionais em cabeça e pescoço de pacientes laringectomizados totais reabilitados (R) e não reabilitados de voz (NR), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS EM CABEÇA E PESCOÇO	GRUPOS												p*
	R (n=12)						NR (n=12)						
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	
Posso comer os alimentos que gosto	4	2	4	4	4	0	4	2	4	3,5	4	0,5	0,514
Tenho dificuldade em respirar	0	0	2	0	2	2	2	0	4	0	2,5	2,5	0,266
Tenho a boca seca	0	0	2	0	0,5	0,5	0	0	4	0	0,5	0,5	0,977
A minha voz tem a qualidade e a força habituais	4	2	4	3,5	4	0,5	1	0	4	0,5	3	2,5	0,004*
Posso comer tanto quanto quero	4	2	4	4	4	0	4	2	4	4	4	0	0,755
Estou descontente com o aspecto do meu rosto/pescoço	0	0	2	0	0	0	1,5	0	4	0	2,5	2,5	0,052
Posso engolir bem e facilmente	4	0	4	2	4	2	3	0	4	2	4	2	0,671
Fumo cigarros ou outros produtos a base de tabaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,000
Tomo bebidas alcoólicas	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,755
Sou capaz de comunicar com os outros	4	3	4	4	4	0	3	2	4	2	4	2	0,008*
Posso comer alimentos sólidos	4	0	4	2	4	2	2	0	4	0,5	4	3,5	0,114
Tenho dores na boca, garganta e pescoço.	0	0	4	0	0,5	0,5	1	0	4	0	2	2	0,178

Obs: 0 não acontece → 4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

* Estatisticamente significativo a 5% de probabilidade

TABELA 26: Situações referentes ao bem estar Físico vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de comunicação vocal por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR FÍSICO	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Estou sem energia	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Fico enjoado	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Por causa do meu estado físico tenho dificuldades em atender as necessidades da minha família.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tenho dores	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	1	1
Sinto-me incomodado com os efeitos secundários do tratamento	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Sinto-me doente	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tenho que me deitar durante o dia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1

Menores valores por item indicam melhor qualidade de vida - Escala de 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 27: Situações referentes ao bem estar Sócio Familiar vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR SÓCIOFAMILIAR	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Sinto que tenho boa relação com meus amigos	4	2	4	3	4	1	4	2	4	3	4	1
Recebo apoio emocional da minha família	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	1
Recebo apoio emocional dos meus amigos	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	4	1
A minha família aceita a minha doença	4	2	4	3	4	1	4	2	4	3	4	1
Estou satisfeito com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	4	3	4	4	4	0	4	2	4	3	4	1
Sinto-me próximo de meu parceiro ou da pessoa que me dá apoio	4	1	4	2	4	2	4	1	4	2	4	2
Estou satisfeito com minha vida sexual	4	1	4	2	4	2	4	1	4	2	4	2

Maiores valores por item indicam melhor qualidade de vida – Escala 0 a 4

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 28: Situações referentes ao bem estar Emocional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR EMOCIONAL	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Sinto-me triste	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Estou satisfeito com a maneira com que enfrento a doença	4	4	4	4	4	0	4	0	4	0	4	4
Estou perdendo a esperança na luta contra minha doença	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sinto-me nervoso	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Estou preocupado com a idéia de morrer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estou preocupado que o meu estado venha a piorar	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Obs: 0 não acontece → 4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 29: Situações referentes ao bem estar funcional vivenciadas por pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - BEM ESTAR FUNCIONAL	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Sou capaz de trabalhar	4	2	4	2	4	2	4	1	4	1	4	3
Sinto-me realizado com o trabalho- inclusive em casa	4	2	4	3	4	1	4	2	4	3	4	1
Sou capaz de sentir prazer em viver	4	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	0
Aceito a minha doença	4	3	4	3	4	1	4	2	4	3	4	1
Durmo bem	4	4	4	4	4	0	4	2	4	3	4	1
Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	4	3	4	4	4	0	4	2	4	3	4	1
Estou satisfeito com a qualidade da minha vida neste momento	4	3	4	4	4	0	4	3	4	3	4	1

Obs: 0 não acontece → 4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

TABELA 30: Preocupações Adicionais em Cabeça e Pescoço de pacientes laringectomizados totais reabilitados de voz por Laringe Eletrônica (RLE) e Voz Esofágica (RVE), segundo o questionário FACT-H&N.

FACT-H&N - PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS EM CABEÇA E PESCOÇO	GRUPO R											
	RLE (n=5)						RVE (n=7)					
	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil	Mediana	Mínimo	Máximo	Quartil Inferior	Quartil Superior	Amplitude Interquartil
Posso comer os alimentos que gosto	4	2	4	4	4	0	4	4	4	4	4	0
Tenho dificuldade em respirar	2	0	2	0	2	2	0	0	2	0	2	2
Tenho a boca seca	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1
A minha voz tem a qualidade e a força habituais	4	4	4	4	4	0	4	2	4	2	4	2
Posso comer tanto quanto quero	4	2	4	4	4	0	4	4	4	4	4	0
Estou descontente com o aspecto do meu rosto/ pescoço	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1
Posso engolir bem e facilmente	2	2	4	2	3	1	4	0	4	4	4	0
Fumo cigarros ou outros produtos a base de tabaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tomo bebidas alcoólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Sou capaz de comunicar com os outros	4	4	4	4	4	0	4	3	4	4	4	0
Posso comer alimentos sólidos	2	0	4	2	4	0	4	2	4	4	4	0
Tenho dores na boca, garganta e pescoço.	0	0	4	0	2	2	0	0	1	0	0	0

Obs: 0 não acontece → 4 acontece muito

Maior amplitude interquartil indica maior variabilidade dos resultados

10.0 ANEXOS

10.1 Anexo A

COMITE DE ETICA EM PESQUISA Fundação Hospital Amaral Carvalho

Rua Dr. Miranda Junior, 16, Jardim Alvorada – CEP 17.210-300 – Jauú / SP - ☎ (014) 3602-1194 – Ramal - 1552.

Parecer CEPFHAC – 19/09.

Protocolo de Estudo

"Voz e Qualidade de Vida em Laringectomizados Totais"

Documentos avaliados:

✓ Projeto de Pesquisa Completo.

Pesquisador Responsável:

Autoria: Giovanna Castilho Davatz – Fonoaudióloga

Orientação: Renata Fúria Sanchez – Chefe do Departamento de Fonoaudiologia - HAC

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho analisou os documentos supracitados na 45ª reunião ordinária realizada no dia 06 de fevereiro de 2009. Segue abaixo as considerações feitas pelo relator:

"Este projeto de pesquisa tem como objetivos: verificar a relação entre avaliação vocal (acústica e perceptivo auditiva), e o impacto da auto-imagem vocal na qualidade de vida de indivíduos que passaram pela cirurgia de laringectomia total.

Após a laringectomia total, existem três possibilidades de reabilitação vocal: a voz esofágica, a laringe eletrônica e válvula traquiesofágica.

Trata-se de um estudo qualitativo, e participarão pacientes do sexo masculino com idade entre 45 e 80 anos, reabilitados de câncer de laringe pelo H.A.C., no período de janeiro a julho de 2009.

Como instrumental técnico para a coleta de dados, serão aplicados questionários, contendo perguntas fechadas e avaliação acústica através da gravação de voz de aproximadamente 01 minuto.

Ressalta-se que no cronograma a pesquisa será realizada com pacientes do hospital Amaral Carvalho e Aconchego, já no projeto é citado apenas o H.A.C. Não está, também, especificado o número de pacientes que participarão da pesquisa.

A pesquisa contempla os termos de confidencialidade e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está claro. Não haverá despesas para o H.A.C. e sua realização está autorizada pelo chefe de departamento.

Sugiro aprovação após a resolução das pendências aqui descritas."

Diante do exposto, manifestamo-nos pela aprovação sem restrições dos documentos avaliados.

Informamos que os referidos documentos são rubricados pelo colaborador do CEPFHAC, Ricardo Augusto Sartori, e que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar relatórios semestrais referentes à evolução do estudo.

Jaú, 06 de fevereiro de 2009.

Dr. Ederson Roberto de Mattos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Fundação Hospital Amaral Carvalho

10.2 Anexo B

CARTA DE INFORMAÇÃO

Convidamos você a participar da pesquisa “Reabilitação Vocal e Qualidade de Vida em Laringectomizados Totais”, que possui como objetivo, verificar a relação entre avaliação vocal (acústica e perceptivo auditiva), e o impacto da auto-imagem vocal na qualidade de vida de indivíduos que passaram pela cirurgia de laringectomia total.

Para análise dos dados, necessitaremos que você responda a questões relacionadas à sua qualidade de vida, e, será gravada uma emissão da vogal ‘a’, contagem de 1 a 10, e, um trecho de um minuto de conversa espontânea, visando contribuir para a determinação de que se a qualidade de vida de uma forma geral reflete na auto-imagem vocal, ou, se a qualidade da voz irá interferir em sua qualidade de vida.

É importante ressaltar que os procedimentos utilizados não são invasivos, ou seja, não utilizará de medicação, cirurgias ou algo que cause dor.

Com o trabalho poderemos beneficiar os laringectomizados totais, por permitir aos fonoaudiólogos melhor atuação na expressividade vocal de pacientes como você. Em qualquer momento, você poderá fazer perguntas relacionadas ao estudo, bem como terá a liberdade de retirar seu consentimento e deixar de autorizar a sua participação no estudo, sem prejuízo de continuidade de seu tratamento nesta instituição. Sua participação no estudo é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem lhe trazer algum prejuízo.

Fica assegurado que você não será identificado por nome, mantendo-se a informação confidencial. Caso você queira apresentar reclamações em relação a sua participação no estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Fundação Hospital Amaral Carvalho de Jaú, pelo endereço da Rua Dona Silvéria, 150, pelo telefone (14)3602-1200; com o pesquisador responsável Dr. Éder Roberto de Mattos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Jau-SP, _____ de _____ de .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor
Fga. Giovanna Castilho Davatz

10.3 Anexo C

ÍNDICE DE DESVANTAGEM VOCAL (IDV)

JACOBSON, B. H.; et al.. The voice handicap index: development and validation. American Journal of Speech-Language Pathology, v.6, p.66-70, 1997.

Santos LM, Gasparini G, Behlau M. Validação do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV) no Brasil. São Paulo, 2007/Monografia. Centro de Estudos da Voz.

Nome _____ Data: _____ Sexo _____ Idade _____ Profissão _____

Instruções: “As afirmações abaixo são usadas por muitas pessoas para descrever suas vozes e o efeito de suas vozes na vida. Circule a resposta que indica o quanto você compartilha da mesma experiência”.

0 = nunca 1 = quase nunca 2 = às vezes 3 = quase sempre 4 = sempre

	0	1	2	3	4
F1. As pessoas têm dificuldade de me ouvir por causa da minha voz.					
O2. Fico sem ar quando falo.					
F3. As pessoas têm dificuldade de me entender em locais barulhentos.					
O4. Minha voz varia ao longo do dia.					
F5. Minha família tem dificuldade em ouvir quando chamo de um outro cômodo da casa.					
F6. Uso menos o telefone do que eu gostaria.					
E7. Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz.					
F8. Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz.					
E9. As pessoas parecem se irritar com a minha voz.					
O10. As pessoas perguntam: “ O que você tem na voz?”					
F11. Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz.					
F12. As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente.					
O13. Minha voz parece rouca e seca.					
O14. Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair.					
E15. Acho que as pessoas não entendem o meu problema de voz.					
F16. Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal.					
O17. Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.					
O18. Tento modificar a minha voz, para ver se ela sai diferente.					
F19. Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.					
O20. Faço muito esforço para falar.					
O21. Minha voz é pior no final do dia.					
F22. Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.					

E23. Meu problema de voz me chateia.					
E24. Fiquei menos expansivo por causa do meu problema de voz.					
E25. Minha voz faz com que me sinta em desvantagem.					
O26. Minha voz falha no meio da fala.					
E27. Fico irritado quando as pessoas me pedem para repetir o que falei.					
E28. Fico constrangido quando as pessoas pedem para repetir o que falei.					
E29. Minha voz me faz sentir incompetente.					
E30. Tenho vergonha do meu problema de voz.					

10.4 Anexo D

Protocolo de Qualidade de Vida em Voz - QVV

Hogikyan, N.D. e Sethuraman, G. – Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J. Voice*, 13:557-69, 1999.

Validação para o português: Gasparini, G.; Behlau, M. Quality of Life: Validation of the Brazilian Version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure. *Journal of Voice*, in press. 2008.

Nome _____ Data: _____

Sexo _____ Idade _____ Profissão _____

Questão adicional, não pertencente ao protocolo QVV:

Circule como você avalia sua voz: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Ruim

Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a gravidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo o tamanho do problema que você tem. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1 = não é um problema
- 2 = é um problema pequeno
- 3 = é um problema moderado/médio
- 4 = é um grande problema
- 5 = é um problema muito grande

Por causa de minha voz, O quanto isto é um problema?

1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos. 1 2 3 4 5
2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo. 1 2 3 4 5
3. Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair. 1 2 3 4 5
4. Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5
5. Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5
6. Tenho dificuldades em falar ao telefone (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5
7. Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5
8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5
9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido. 1 2 3 4 5
10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz). 1 2 3 4 5

10.5 Anexo E

Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida **durante os últimos sete dias**. Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

1. Dor (marque uma alternativa [])

- 100 [] Eu não tenho dor
- 75 [] Há dor leve não necessitando de medicação
- 50 [] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- 25 [] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- 0 [] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [])

- 100 [] Não há mudança na minha aparência
- 75 [] A mudança na minha aparência é mínima
- 50 [] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo
- 25 [] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência
- 0 [] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [])

- 100 [] Eu estou tão ativo quanto sempre estive
- 75 [] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente
- 50 [] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa
- 25 [] Eu não saio de casa porque eu não tenho força
- 0 [] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

4. Recreação (marque uma alternativa [])

- 100 [] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
- 75 [] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir
- 50 [] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso
- 25 [] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV
- 0 [] Eu não posso fazer nada agradável

5. Deglutição (marque uma alternativa [])

- 100 [] Eu posso engolir tão bem como sempre
- 67 [] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
- 33 [] Eu posso engolir somente comidas líquidas
- 0 [] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação (marque uma alternativa [])

- 100 [] Eu posso mastigar tão bem como sempre
- 50 [] Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas
- 0 [] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

7. Fala (marque uma alternativa [])

- 100 [] Minha fala é a mesma de sempre
- 67 [] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone
- 33 [] Somente minha família e amigos podem me entender
- 0 [] Eu não sou entendido pelos outros

8. Ombro (marque uma alternativa [])

- 100 [] Eu não tenho problemas com meu ombro
- 67 [] Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força
- 33 [] Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho

0 ☐ Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

9. Paladar (marque uma alternativa ☐)

- 100 ☐ Eu sinto sabor da comida normalmente
 67 ☐ Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
 33 ☐ Eu posso sentir o sabor de algumas comidas
 0 ☐ Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

10. Saliva (marque uma alternativa ☐)

- 100 ☐ Minha saliva é de consistência normal
 67 ☐ Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente
 33 ☐ Eu tenho muito pouca saliva
 0 ☐ Eu não tenho saliva

11. Humor (marque uma alternativa ☐)

- 100 ☐ Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
 75 ☐ Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
 50 ☐ Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer
 25 ☐ Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer
 0 ☐ Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade (marque uma alternativa ☐)

- 100 ☐ Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
 67 ☐ Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
 33 ☐ Eu estou ansioso por causa do meu câncer
 0 ☐ Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?

- Marque ☐ em até 3 alternativas
☐ Dor ☐ Deglutição ☐ Paladar
☐ Aparência ☐ Mastigação ☐ Saliva
☐ Atividade ☐ Fala ☐ Humor
☐ Recreação ☐ Ombro ☐ Ansiedade

Questões gerais

Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde (marque uma alternativa: ☐)

- ☐ Muito melhor
☐ Um pouco melhor
☐ Mais ou menos o mesmo
☐ Um pouco pior
☐ Muito pior

Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa ☐)

- ☐ Excelente
☐ Muito boa
☐ Boa
☐ Média
☐ Ruim
☐ Muito ruim

De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: ☐)

- ☐ Excelente
☐ Muito boa
☐ Boa

- ☐ Média
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais, se necessário).

10.6 Anexo F

FACT – HN (Versão 4.0)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes.

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor correspondia ao seu lado durante os últimos 7 dias.

BEM ESTAR FÍSICO	NEM UM POUCO	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	MUITÍSSIMO
Estou sem energia	0	1	2	3	4
Fico enjoado					
Por causa do meu estado físico, tenho dificuldades em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
Tenho dores	0	1	2	3	4
Sinto-me incomodado pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
Sinto-me doente	0	1	2	3	4
Tenho que me deitar durante o dia	0	1	2	3	4

BEM ESTAR SOCIAL/FAMILIAR	NEM UM POUCO	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	MUITÍSSIMO
Sinto que tenho uma boa relação com meus amigos	0	1	2	3	4
Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
Recebo apoio emocional dos meus amigos	0	1	2	3	4
A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
Estou satisfeito com a maneira com que minha família fala da minha doença	0	1	2	3	4
Sinto-me próximo do meu parceiro ou da pessoa que me dá apoio	0	1	2	3	4
Estou satisfeito com minha vida sexual	0	1	2	3	4

BEM ESTAR EMOCIONAL	NEM UM POUCO	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	MUITÍSSIMO
Sinto-me triste	0	1	2	3	4
Estou satisfeito com a maneira com que enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
Estou perdendo a esperança na luta contra minha doença	0	1	2	3	4
Sinto-me nervoso	0	1	2	3	4
Estou preocupado com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
Estou preocupado que meu estado de saúde venha a piorar	0	1	2	3	4

BEM ESTAR FUNCIONAL	NEM UM POUCO	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	MUITÍSSIMO
Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
Sinto-me realizado com meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
Durmo bem	0	1	2	3	4
Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
Estou satisfeito com minha qualidade de vida no momento	0	1	2	3	4

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS EM CABEÇA E PESCOÇO	NEM UM POUCO	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	MUITÍSSIMO
Posso comer os alimentos que gosto	0	1	2	3	4
Tenho a boca seca	0	1	2	3	4
Tenho dificuldade para respirar	0	1	2	3	4
A minha voz tem a qualidade e força habituais	0	1	2	3	4
Posso comer o tanto quanto quero	0	1	2	3	4
Estou descontente com o aspecto do meu pescoço	0	1	2	3	4
Posso engolir bem e facilmente	0	1	2	3	4
Fumo cigarros ou outros produtos a base de tabaco	0	1	2	3	4
Tomo bebida alcoólica	0	1	2	3	4
Sou capaz de comunicar com os outros	0	1	2	3	4
Posso comer alimentos sólidos	0	1	2	3	4
Tenho dores na boca, garganta ou pescoço	0	1	2	3	4