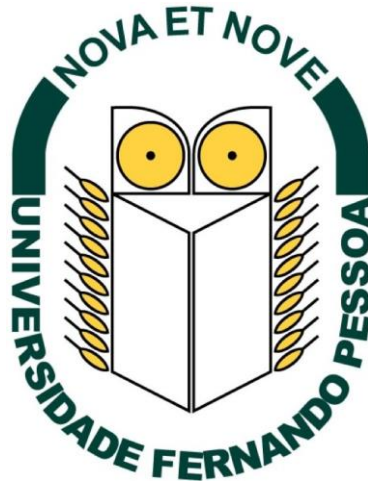


Ana Filipa Moreira Teixeira



Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Ana Filipa Moreira Teixeira

Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados

Atesto a originalidade do trabalho:

(Ana Filipa Moreira Teixeira)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de licenciatura em Terapêutica da Fala,
sob orientação da Prof. Doutora Susana Vaz
Freitas.

Sumário

O cancro da laringe atinge milhares de pessoas em todo o mundo e a laringectomia é, muitas vezes, a única solução para salvar a vida do doente. Este ato cirúrgico acarreta imensas alterações na vida destes indivíduos quer a nível familiar, ocupacional, vocal, respiratório, olfativo e do paladar, assim como dificuldades na deglutição, disfunções psicológicas e sociais.

Este estudo tem como objetivo analisar as limitações comunicativas dos doentes laringectomizados acompanhados por Terapia da Fala em 2016, no serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, no qual participaram 17 pacientes.

A recolha de dados foi realizada através de três questionários, o SECEL, o CAPAL e o questionário de caracterização do paciente. Os resultados revelaram que a idade média desta patologia são os 60 anos de idade e que os níveis de analfabetismo são muito elevados.

Foram descritos os vários meios de comunicação utilizados por estes doentes e foi comprovado que a Fala Murmurada é o meio comunicativo mais comum, o que dificulta mais a perceção da mensagem pelos recetores.

A voz é descrita como o fator mais importante para a qualidade de vida destes doentes e, tendo em conta as suas dificuldades a este nível, foram explorados outros contextos de comunicação, para as quais também ainda existem barreiras como por exemplo o falar ao telefone e falar em locais ruidosos, que deverão ser ultrapassadas com a ajuda de profissionais, familiares, amigos e a sociedade em geral.

Assim, com esta investigação foi possível reconhecer melhor essas barreiras inerentes ao processo comunicativo e alertar para uma intervenção mais eficaz por parte dos profissionais e adaptações da comunidade em geral.

Palavras chave: Laringectomizados, comunicação, voz, fala e barreiras comunicativas

Abstract

Laryngeal cancer is a collection of thousands of people around the world and a laryngectomy is often a unique solution to save the patient's life. This surgical act brings immense points to the life of patients who want a familiar, occupational, vocal, respiratory, olfactory and palate level, as well as difficulties in swallowing, psychological and social dysfunctions.

This study aims to analyze the communicative limitations of laryngectomized patients accompanied by Speech Therapy in 2016, at the Otorhinolaryngology Service of the Hospital Center of Porto - Santo António Hospital, in which 17 patients participated.

Data were collected through three questionnaires, the SECEL, CAPAL and the patient characterization questionnaire. The results revealed that the average age of this condition is 60 years of age and that illiteracy levels are very high.

The various means of communication used by these patients has been described and it has been proven that the Murmured Speech is the most common communication medium, which makes it more difficult for the receivers to perceive the message.

Voice is described as the most important factor for the quality of life of these patients and, in view of their difficulties at this level, other communication contexts have been explored, for which there are also barriers such as talking on the phone and Talk in noisy places, which should be overcome with the help of professionals, family, friends and society in general.

Thus, with this research, it was possible to better recognize these barriers inherent to the communicative process and to alert to a more effective intervention on the part of the professionals and adaptations of the community in general.

Keywords: Laryngectomized, communication, voice, speech and communicative barriers

Agradecimentos

À minha família que me ajudou a chegar até aqui e que sem eles nada disto era possível.

Ao Flávio que sempre me apoiou incondicionalmente e sempre esteve ao meu lado.

Às minhas amigas que sempre me incentivaram e acreditaram que eu era capaz.

A todas as docentes que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, pelos ensinamentos e pelo exemplo que sempre foram para mim.

À minha orientadora Professora Doutora Susana Vaz Freitas, um agradecimento especial, por todo o apoio, empenho, disponibilidade e dedicação ao longo da realização deste projeto.

Ao Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António pela permissão da realização do estudo nas suas instalações e aos doentes que se disponibilizaram para participar no mesmo.

INDÍCE

Sumário.....	iii
Abstract	iv
Agradecimentos.....	v
INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. Anatomia e Fisiologia da Laringe.....	2
2. Etiologia e Incidência de Neoplasias da Laringe.....	3
3. Sinais e Sintomas.....	4
4. Classificação TNM e TNRGLV.....	5
5. Laringectomia Total – Tratamento e Reabilitação Oncológica.....	8
6. Impacto na Qualidade de Vida decorrente das alterações comunicativas.....	9
7. A Qualidade Vocal e as diferentes alternativas de Voz.....	11
8. Tradução e adaptação dos questionários SECEL e CAPAL	15
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	20
1. Tipo de Estudo.....	20
2. Objetivo.....	21
3. População/Amostra.....	22
4. Variáveis.....	22
5. Recolha de dados.....	23
6. Análise e tratamento de dados.....	24
III. RESULTADOS.....	25
DISCUSSÃO.....	49
CONCLUSÃO.....	60
BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Imagem sem laringectomia total (Grolman cit. in Davatz, 2011).....	12
Figura 2: Imagem após a laringectomia total, descrição para a entrada de ar para a produção de voz esofágica (Grolman cit. in Davatz, 2011).....	12
Figura 3: Imagem do paciente após a laringectomia total e uso da laringe eletrônica (Grolman, cit. in Davatz, 2011).....	13
Figura 4: A- Imagem do paciente laringectomizado total com implantação de prótese traqueoesofágica; B – Imagem da oclusão digital do traqueostoma para produção da voz traqueoesofágica (Grolman cit. in Davatz, 2012).....	14
Figura 5: Imagem de paciente laringectomizado total com kit mãos livres (Provox 4th Edition).....	15

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Comparação de valores médios de respostas de vários estudos, a cada uma das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com os meios de comunicação utilizados	19
Tabela 2: Média, mínimo e máximo de idades	25
Tabela 3: Frequência e percentagens das idades	25
Tabela 4: Principais Meios de Comunicação utilizados.....	26
Tabela 5: Escolaridade	28
Tabela 6: Frequência e percentagem do estado civil.....	28
Tabela 7: Situação profissional	29
Tabela 8: Respostas às questões sobre o trabalho dos Laringectomizados inquiridos.....	30
Tabela 9: Frequência e percentagem de respostas da questão 35 do questionário SECEL.....	34
Tabela 10: Auto percepção do problema de fala.....	44
Tabela 11: A fala afeta as características de comunicação	46
Tabela 12: Somatório de respostas, de cada paciente, das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com o meio de comunicação utilizados	48
Tabela 13: Médias de resposta, das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL de cada grupo de pacientes com o mesmo meio de comunicação	48
Tabela 14: Comparação de valores médios de respostas de vários estudos, a cada uma das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com os meios de comunicação utilizados	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relação da idade com os principais meios de comunicação utilizados	27
Gráfico 2: Média e moda das questões gerais do questionário SECEL.....	31
Gráfico 3: Média e moda das questões ambientais/sociais do questionário SECEL.....	32
Gráfico 4: Média e moda das questões atitudinais do questionário SECEL	33
Gráfico 5: Repetição da conversação	36
Gráfico 6: Falar ao telefone.....	37
Gráfico 7: Falar em locais barulhentos/ruidosos.....	38
Gráfico 8: Falar num grupo de pessoas por várias questões diferentes.....	39
Gráfico 9: Atividades de lazer/encontros sociais	40
Gráfico 10: Sentimentos relacionados com a fala.....	41
Gráfico 11: Conhecer/falar com pessoas novas/estranhos	42
Gráfico 12: Baixa auto-estima, deprimido ou frustrado	43
Gráfico 13: Afeta a sua auto-imagem. Sente-se diferente ou peculiar.....	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização do estudo ao Departamento de Ensino, Formação e Investigação e Comissão de Ética do Hospital de Santo António.....	69
Anexo II – Autorização do Hospital de Santo António para a realização do estudo.....	70
Anexo III – Termo de Consentimento Informado.....	71
Anexo IV – Questionário SECEL.....	72
Anexo V – Questionário CAPAL	73
Anexo VI – Questionário de Caraterização	77

INTRODUÇÃO

O tema deste projeto de graduação é “As barreiras comunicativas dos doentes laringectomizados”. A escolha do tema foi influenciada por motivos pessoais: o interesse pela área oncológica e a curiosidade da autora por esta patologia, cada vez mais frequente nos nossos dias. Além disso, o facto de a investigadora não ter experiência na área também contribuiu para a escolha do tema.

O presente trabalho tem como objetivo identificar as limitações mais comuns inerentes ao processo de comunicação eficaz destes doentes. A partir deste estudo pretende-se alertar para a importância das mesmas, assim como para a sua interferência na qualidade de vida destes pacientes.

A amostra que compõe este estudo é constituída por 17 pacientes laringectomizados que foram acompanhados por terapia da fala em 2016, no serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António.

Os instrumentos utilizados para a recolha de informação acerca da perspetiva destes pacientes sobre o seu problema de comunicação são o SECEL (*Self Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy*) e o CAPAL (*Communication Activity and Participation after Laryngectomy*) traduzidos por Freitas (2012). Também se usou um questionário de caracterização da amostra, construído para o efeito.

De seguida está exposto o enquadramento teórico, que irá abarcar informações referentes à laringectomia. Posteriormente, será descrito o estudo empírico, abrangendo informações relacionadas com a metodologia de investigação, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, estão apresentadas as conclusões do estudo, assim como as limitações do mesmo e propostas para investigações futuras.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para abordar a patologia referente a Laringectomias é fundamental definir o termo assim como perceber quais as causas para a realização das mesmas. De ressaltar também a importância da sua etiologia, sinais e sintomas, classificação diferencial dos tumores, tratamento/reabilitação e alterações na comunicação diária destes doentes.

1. Anatomia e Fisiologia da Laringe

A laringe pode ser entendida como um cilindro membranoso e muscular, ímpar, mediano, situado anteriormente no pescoço, revestido internamente por mucosa, que mede, em média 4,5 cm nos homens e 3,5 cm nas mulheres e que se fixa superiormente no osso hióide e inferiormente na traqueia (Carvalho, 2001, *cit. in* Preto 2004).

Contém músculos e cartilagens e é um órgão com múltiplas funções, permitindo a ligação da traqueia à faringe. É também conhecida por víscera da fonação, projetada para a produção vocal (Dedivitis, 2002; Ghirardi & Ferreira, 2008). É na laringe que se inicia a separação entre o trato digestivo e o trato respiratório, sendo um órgão muito importante na respiração, deglutição, tendo também uma função esfínteriana. É na laringe que se localizam as pregas vocais. Quando o ar passa na laringe, provoca uma vibração conjunta das pregas vocais produzindo o som da nossa voz (Dedivitis, 2002; Smith & Kayser, 2008; Cancer research UK, 2011).

Segundo Shim (2004) a laringe é subdividida em 3 regiões:

- Região supraglótica – inclui a epiglote, pregas vocais falsas ou bandas ventriculares e ventrículos (porção entre as pregas ventriculares acima e pregas vocais abaixo);
- Região glótica – inclui as pregas vocais verdadeiras, desde a comissura anterior à posterior;
- Região subglótica – inicia-se 1 cm abaixo das pregas vocais verdadeiras e alonga-se até à borda inferior da cartilagem cricóide ou primeiro anel traqueal.

Esta subdivisão da laringe torna-se importante pois as manifestações dos tumores da laringe, que são distintas em função da região afetada, bem como da evolução e comportamento da doença (Sennes, Tsuji & Guimarães, 1998). Na Laringe o cancro ocorre comumente na região glótica (2/3 destes tumores), seguindo-se a região supraglótica (1/3 dos tumores) e, depois, a subglótica (Shim, 2004; Lima *et al.*, 2008 *cit. in* Antunes 2012).

2. Etiologia e Incidência de Neoplasias da Laringe

Segundo Antunes (2012) os tumores malignos localizados na laringe afetam milhares de pessoas em todo o mundo. Se forem detetados numa fase inicial têm probabilidade de cura, no entanto, numa fase avançada, é uma doença cujos tratamentos acarretam muitas comorbilidades e até a morte.

Existem diferenças geográficas a nível mundial na taxa de incidência desta patologia: no norte da Europa, Austrália, Nova Zelândia e leste da Ásia e África as taxas são baixas; sul e região central da Europa, Brasil e Uruguai apresentam incidências muito elevadas (Wunch, 2004).

Segundo Pisani *et al.*, (2002) anualmente o cancro da laringe é responsável por aproximadamente 73 500 mortes em todo o mundo. É um cancro com uma incidência de 156 000 novos casos por ano no mundo. A sobrevivência relativa está entre 60% a 70% na Europa e na América do Norte, podendo ser mais baixa em países em desenvolvimento (Lima *et al.*, 2008).

Em Portugal, é um dos mais frequentes a atingir a cabeça e pescoço, representando cerca de 25% das neoplasias que atingem esta zona (Johnson, 2001; Lore & Medina, 2004).

O cancro da laringe, segundo os últimos dados do Registo Oncológico 2014, encontra-se em 7º lugar dos tumores mais frequentes, no sexo masculino. Expressou 2,85% (105 pessoas) dos casos oncológicos masculinos e 0,15% (5 pessoas) dos casos oncológicos femininos. A taxa de incidência mais elevada regista-se na faixa etária dos 55-59 anos.

A sua etiologia está relacionada com variados fatores: tabaco, álcool e exposição a alguns químicos de risco ocupacional, como amianto, ácidos inorgânicos fortes, a poeira de cimentos e a sílica cristalina livre. No entanto, vários estudos também apontam como cofatores de risco a baixa escolaridade, a infeção com o Vírus do Papiloma Humano (HPV) e o refluxo gastroesofágico. Verifica-se a associação entre o desenvolvimento destes cancros e o consumo de álcool e tabaco (Antunes, 2012).

3. Sinais e sintomas

O sintoma cardinal do paciente com cancro da laringe é a rouquidão. No entanto, em menor número de casos podem ocorrer, como sintomas isolados ou associados, a dor à deglutição – odinofagia, com dor reflexa no ouvido ipsilateral; dificuldades respiratórias – dispneia, com ou sem obstrução da coluna aérea e hemoptises ocasionais (Carvalho, 2001).

Os tumores glóticos geralmente causam rouquidão, os supraglóticos estão frequentemente associados a odinofagia e os subglóticos a dispneia. Enquanto que a rouquidão se manifesta desde o início da lesão, a odinofagia e a dispneia podem ocorrer apenas em estágios mais avançados da doença (Behlau, 2005).

Kowalski (2000) descreve que a maior evolução de um tumor maligno é, por vezes, totalmente assintomática e indetetável pelos atuais métodos de diagnóstico. Segundo o mesmo autor, somente quando atinge cerca de um centímetro é que se deteta uma lesão no aparelho laríngeo.

4. Classificação TNM e TNRGLV

Para que se possa orientar devidamente o tratamento dos tumores da laringe, e para que seja possível comparar os resultados obtidos com os diferentes tipos de tratamento, é fundamental que se faça a sua descrição de maneira uniforme (Spiessl *et al.*, 1993 *cit. in* Behlau *et al.* 2005).

A classificação tumoral internacional TNM utilizada segue a seguinte forma:

Estadiamento TNM	Supraglote	Glote	Subglote
<p>T Tumor Primário; Tx Tumor primário não pode ser avaliado; T0 Não há evidência de tumor primário; Tis Carcinoma <i>in situ</i>.</p>	<p>T1 Tumor limitado a uma sublocalização anatómica da supraglote, com mobilidade normal da corda vocal; T2 Tumor que invade a mucosa de mais do que uma sublocalização anatómica adjacente da supra-glote ou à glote ou região externa à supraglote (por exemplo, a mucosa da base da língua, a valécula, a parede medial do seio piriforme), sem fixação da laringe; T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou invasão de qualquer uma das seguintes estruturas: área pós-cricóide, espaço pré-</p>	<p>T1 Tumor limitado à(s) corda(s) vocal(ais) (pode envolver a comissura anterior ou posterior), com mobilidade normal da(s) corda(s); T1a Tumor limitado a uma corda vocal; T1b Tumor que envolve ambas as cordas vocais; T2 Tumor que se estende à supraglote e/ou à subglote, e/ou com mobilidade diminuída da corda vocal; T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal e/ou que invade o espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tiroideia; T4a Tumor que invade completamente a</p>	<p>T1 Tumor limitado à subglote; T2 Tumor que se estende à(s) corda(s) vocal(ais), com mobilidade normal ou reduzida; T3 Tumor limitado à laringe, com fixação da corda vocal; T4a Tumor que invade a cartilagem cricóide ou tiroideia e/ou estende-se a outros tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos, profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), tiróide e esófago; T4b Tumor que invade o</p>

Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados

	<p>epiglótico, espaço paraglótico, e/ou com erosão mínima da cartilagem tiroideia;</p> <p>T4a Tumor que invade toda a cartilagem tiroideia e/ou estende-se aos tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), alça muscular, tiroideia e esófago;</p> <p>T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastínicas ou adjacente à artéria carótida;</p>	<p>cartilagem tiroideia, ou que se estende aos tecidos além da laringe, por exemplo, traqueia, partes moles do pescoço, incluindo músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), tórax e esófago;</p> <p>T4b Tumor que invade o espaço pré-vertebral, estruturas mediastínicas ou adjacente à artéria carótida;</p>	<p>espaço pré-vertebral, estruturas mediastínicas ou adjacente à artéria carótida.</p> <p>N0 Sem invasão linfática;</p> <p>N1 Tumor com invasão de um nódulo linfático do mesmo lado que o tumor inicial, sendo o nódulo linfático inferior a 3 cm;</p> <p>N2a Tumor com invasão de um nódulo linfático do mesmo lado que o tumor inicial, sendo o nódulo linfático entre 3 a 6 cm;</p> <p>N2b Disseminação do tumor para mais de um dos gânglios linfáticos do mesmo lado que o tumor inicial, não sendo nenhum dos nódulos superiores a 6 cm;</p> <p>N2c Disseminação do tumor para os nódulos linfáticos em ambos os lados do pescoço, não sendo nenhum superior a 6 cm;</p> <p>N3 Disseminação do tumor para um gânglio linfático, sendo este superior a 6 cm.</p> <p>M - Metástases à distância</p> <p>M0 Sem metastização à distância;</p> <p>M1 Com metastização para outros órgãos.</p>
--	---	--	---

O estadiamento da doença é realizado mediante a combinação destes três parâmetros, sendo conhecida pela classificação TNM:

Estadio I -T1 N0 M0

Estadio II -T2 N0 M0

Estadio III -T1 3N1 M0 ou T3 N0 M0

Estadio IV A -T4 N0 1M0 ou qualquer T, N2 M0

Estadio IV B - qualquer T, N3 M0

Estadio V - qualquer M1

Segundo a *Union International Cancer Control* existem outros parâmetros como:

G (1-4): o grau das células cancerosas (isto é, são de "baixo grau" parecem semelhantes às células normais e "elevado grau" parecem pouco diferenciadas)

S (0-3): elevação de marcadores tumorais séricos

R (0-2): a integridade da operação (resseção-fronteiras livres de células cancerosas ou não)

L (0-1): invasão em vasos linfáticos

V (0-2): invasão na veia (não, microscópica, macroscópica)

C (1-5): um modificador da certeza (qualidade) do último parâmetro mencionado

Modificadores de prefixo

C: estágio dado pelo exame clínico de um paciente. O c-prefixo está implícito na ausência do p-prefixo

P: estágio dado pelo exame patológico de uma amostra cirúrgica

Y: estágio avaliado após quimioterapia e / ou radioterapia; Por outras palavras, o indivíduo teve terapia neoadjuvante.

R: estágio para um tumor recorrente, num indivíduo que teve algum período de tempo livre da doença.

A: estágio determinado na autópsia.

U: estágio determinado por ultrassonografia ou endosonografia. Os clínicos usam frequentemente este modificador, embora não seja definido oficialmente.

Para os parâmetros T, N e M existem subclassificações para alguns tipos de cancro (por exemplo, T₁₁, T₁^o, N₁₁).

5. Laringectomia Total – Tratamento e Reabilitação Oncológica

O cancro é uma doença prejudicial para a laringe, podendo ser necessária a sua extração (Ghirardi & Ferreira 2008). A laringectomia é a cirurgia que a realiza, sendo na maior parte dos casos a primeira abordagem médica, seguida de radioterapia e/ou quimioterapia, o que compromete a qualidade de vida dos doentes (Dietz et al., 2004 cit. in Antunes, 2012). As opções são cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo que em muitos casos é utilizada a combinação de várias modalidades terapêuticas (Calistro, 2006; Maciel *et al.*, 2010). Estes tratamentos vão depender do estadiamento do tumor, da sua localização, do seu tamanho, do seu tipo histológico e do envolvimento ou não de nódulos cervicais ósseo e muscular, das características macroscópicas do tumor, do estado físico, social e ocupacional do doente e da sua idade.

A Laringectomia total consiste na exérese da glote, supraglote e subglote, com ablação de todas as estruturas interpostas entre a base da língua (incluindo o osso hióide e a epiglote) até ao segundo/terceiro anel traqueal. Segundo Andrews *et al.* (*cit. in* Vieira & Monteiro, 2009) a traqueia é suturada ao pescoço, criando-se um estoma permanente. Durante o ato cirúrgico, o cirurgião pode efetuar também uma miotomia do músculo cricofaríngeo, uma neurtomia do plexo faríngeo ou o encerramento não-muscular para melhorar a qualidade vocal no pós-operatório. Durante o procedimento pode ser criada uma punção traqueo-esofágica para confecção de um shunt fonatório e colocação de uma prótese vocal; Para encerramento/reconstrução, as paredes faríngeas são suturadas entre si – encerramento primário, ou pode ser necessário utilizar retalhos miocutâneos na dependência do músculo peitoral, ou retalho livre de jejuno.

Há importantes sequelas – alterações de fala, da respiração, do paladar, do olfato e mesmo estéticas decorrentes da laringectomia. No campo da deglutição podem

observar-se alterações no gradiente de pressões e do trânsito esofágico, ou retrações cicatriciais com estenose.

O tratamento cirúrgico é uma técnica invasiva em que é realizada a extração parcial ou total da laringe. A Radioterapia é o tratamento por radiação do tumor, que impede o crescimento das células tumorais ou que diminui o tamanho do tumor e, a quimioterapia é a administração sistémica de citostáticos que permitem destruir a lesão tumoral, impedir o seu crescimento e diminuir as dimensões do tumor para posterior aplicação de outras modalidades terapêuticas (Calistro, 2006).

No início do século XX o cancro da laringe surge como um dos primeiros cancros a ser tratado e curado por radioterapia. A radioterapia passou a ser usada para lesões primárias e pequenas e, também, para tumores avançados de forma paliativa (Shim, 2004). Tumores classificados como T3 têm sido tratados, primariamente, com radioterapia concomitantemente com quimioterapia neoadjuvante, em indivíduos com bom estado clínico geral (Johansson, 2010). Esta combinação também tem sido utilizada para reduzir as dimensões do tumor e os sintomas (Shim, 2004).

Em tumores classificados como T4 com envolvimento da cartilagem, e em alguns tumores T3, o tratamento primário é a laringectomia total com pré ou pós-operatório de radioterapia. A laringectomia total também tem sido utilizada para recidivas, após radioterapia (Johansson, 2010), ou em casos de condroradionecrose.

6. Impacto na qualidade de vida decorrente das alterações comunicativas

Definir qualidade de vida não é fácil nem imediato. Cada pessoa caracteriza-a de forma pessoal. O conceito é muito complexo, ambíguo, lato, volúvel, dependendo da cultura, da época e de cada ser humano. Mesmo para o mesmo indivíduo este conceito vai mudando ao longo do seu ciclo vital, variando com as suas necessidades e ideais. Está relacionada com vários fatores individuais e pode ser avaliada mediante critérios específicos como a educação, atividade profissional, otimismo, necessidades pessoais... que cada um de nós individualmente valoriza (Leal, 2008). É pessoal e depende tanto de cada um, que só o próprio é capaz de um juízo de valor sobre a mesma (Pimentel, 2003). A qualidade de vida é assim algo pessoal, onde cada indivíduo atribui um significado próprio e único (Antunes, 2012).

Segundo Finizia *et al.* & Batalha *et al.* (*cit. in* Antunes, 2012) a laringectomia causa sérias implicações na comunicação oral. Este tipo de disfunção provoca assim problemas neste aspeto e, conseqüentemente, na interação com os outros. A capacidade de comunicar é essencial à vida humana. É isto que nos permite interagir em sociedade e responder às necessidades básicas de cada um. O doente com laringectomia vive um processo de rutura comunicativa, sendo esta drasticamente alterada comprometendo todo o tipo de interação com as outras pessoas, podendo resultar em disfunções psicológicas e sociais.

A comunicação oral, que utiliza os sons vocais, integra o indivíduo no meio, o que possibilita que este se expresse de forma mais completa, 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 *et al.* 2004).

Os pacientes laringectomizados totais perdem definitivamente a possibilidade de comunicação oral por meio de voz laríngea. Esta sequela funcional gera impactos emocionais e sociais. O indivíduo possui, então, necessidade de suporte para adaptação à nova situação para não se sentir alheio ao meio em que vive (Davatz, 2011).

7. A Qualidade Vocal e as diferentes alternativas de Fala Alaríngea

Quando o indivíduo é laringectomizado 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 eletrónica e a voz traqueoesofágica (Davatz, 2011).

Segundo Behlau *et al.* (*cit. in* Davatz, 2011) a voz esofágica consiste na utilização do esófago 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 às características morfológicas e de tónus do esfíncter esofágico. Este método é tido como o procedimento de reabilitação mais natural e eficaz. Um aspeto negativo deste método consiste na dificuldade do paciente aprender a injetar ar no esófago.

As tentativas de comunicação do paciente laringectomizado podem tender para a produção de duas vozes: a voz bocal (ou fala murmurada), uma alternativa de voz alaríngea em que a boca é utilizada como reservatório de ar e fonte sonora, sendo emitidos sons curtos provocados por estalos de lábios e língua associados a movimentos da mandíbula; e a voz faríngea, que utiliza a orofaringe como reservatório de ar e a língua, o palato mole e as paredes faríngeas como fonte de vibração. A inteligibilidade da fala murmurada é extremamente reduzida e o seu uso frequente tende a aumentar o reflexo de encerramento do esfíncter esofágico, o que vai dificultar a aprendizagem da Voz Esofágica. Deste modo, o terapeuta da fala deve orientar o paciente para o abandono desta, assim que identificada. A qualidade vocal derivada da voz faríngea tende a ser áspera e aguda, com inteligibilidade também limitada, porém melhor que a fala murmurada (Augusto, 2012).

Pinho (*cit. in* Augusto, 2012) acrescenta que a Voz Esofágica é a melhor opção para o paciente submetido a Laringectomia, visto consistir no procedimento alternativo mais

natural e eficaz de fonação, que utiliza o esófago como nova fonte sonora, embora esta não possua características acústicas iguais às de uma voz laríngea.

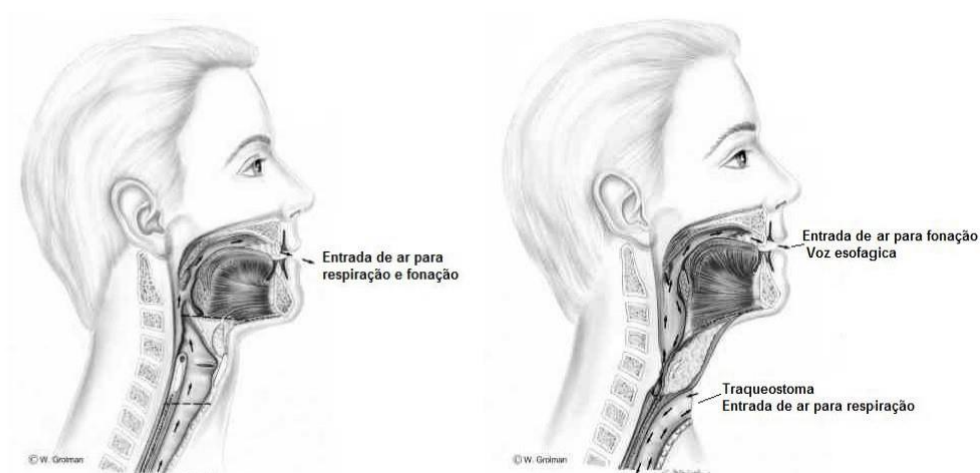


Figura 1: Imagem sem laringectomia total; **Figura 2:** Imagem após a laringectomia total; descrição da entrada de ar para a produção de voz esofágica (Grolman *cit. in* Davatz, 2011).

A Laringe Eletrónica consiste num pequeno aparelho também chamado de vibrador laríngeo, constituído por um tubo com uma membrana vibrátil na sua extremidade superior, um botão para ativação da vibração e um compartimento para inserir pilhas ou a bateria. A parte superior desse tubo, que é vibrátil, deve ser acoplada na região do pescoço, um pouco acima da localização do osso hióide que existiu anteriormente à Laringectomia Total. A laringe eletrónica produz um som contínuo de característica mecânica e artificial, identificada como um som robotizado. Este som não permite inflexões ou curvas melódicas e, quando utilizada em tecidos com fibrose (rígidos), há perda de sonoridade (Behlau et al., 2005 *cit. in* Davatz, 2011).

Segundo Gonçalves e Behlau (*cit. in* Augusto, 2012), o bom manuseio deste aparelho depende muito do controlo digital do utilizador. Assim, um paciente com problemas motores nos membros superiores apresentará muitas dificuldades na utilização correta da laringe eletrónica.

As principais vantagens do uso deste aparelho são: o favorecimento da comunicação durante a aprendizagem da voz esofágica; auxiliar o desenvolvimento de uma melhor articulação para a fala; possibilitar uma fala audível ao indivíduo laringectomizado

analfabeto; promover a comunicação no paciente idoso, fisicamente doente, com cirurgias extensas ou com múltiplas deficiências (Behlau et al, *cit. in* Augusto, 2012).

Carvalho (*cit. in* Augusto, 2012) afirma que o uso de uma Laringe Eletrônica apresenta como desvantagens: o ruído eletrônico que mascara a fala e o retorno auditivo da própria emissão; a necessidade de uma área cervical flexível e a boa articulação, o custo para aquisição e manutenção e o uso sistemático de uma mão disponível para elevar o aparelho ao pescoço.



Figura 3: Imagem do paciente após a laringectomia total e uso da laringe eletrônica (Grolman, *cit. in* Davatz, 2011)

A Voz Traqueoesofágica resulta da colocação cirúrgica de uma válvula entre a traqueia e o esófago. Ao ocluir o traqueostoma, o ar proveniente dos pulmões é injetado no esófago, o que faz vibrar o esfíncter esofágico superior. Esta voz assemelha-se com a voz esofágica pelo facto de ambas serem produzidas por vibração esofágica, com som resultante aperiódico e de frequência grave. Possui, no entanto, as vantagens do uso do ar pulmonar, o que aumenta o tempo máximo de fonação, que consiste no tempo de fonação entre uma inspiração e outra. Neste método, há o 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, só no modo de oclusão digital. Por outro lado poderá utilizar o kit mãos livres, se recorrer ao uso de válvula. Há a necessidade de limpeza da cânula, da válvula, que faz a ligação entre a traqueia e o esófago, que quando não realizada de forma adequada pode

levar a infecções e comprometer a qualidade vocal final (Nemr & Lehn, *cit. in* Davatz, 2011).

A prótese Traqueoesofágica é uma opção para alguns pacientes que não adquirem a Voz Esofágica, e também para pacientes que necessitem ou desejem uma comunicação audível a curto prazo. No estudo de Augusto (2012) a voz Traqueoesofágica comparada com a Laringe Eletrônica e Voz Esofágica predominam, pois os pacientes obtêm uma voz aceitável e tornam-se capazes de comunicar praticamente em todas as circunstâncias sociais.

Para Kazi et al. (*cit. in* Augusto, 2012) o restabelecimento da voz alaríngea com sucesso pode ser alcançado com qualquer uma das três opções de fala, ou seja, a Voz Esofágica, Traqueoesofágica ou Laringe Eletrônica. Embora nenhum método possa ser considerado o melhor para todos, a Traqueoesofágica tornou-se o método preferido na última década, segundo o estudo de Antunes (2012).

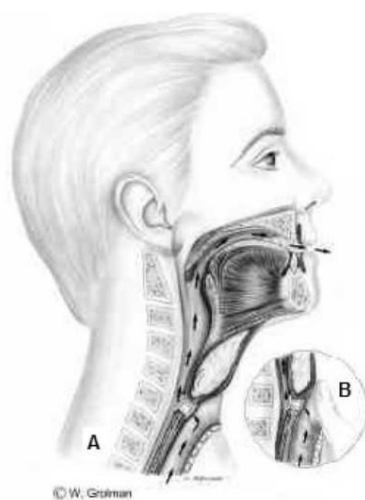


Figura 4: A- Imagem do paciente laringectomizado total com implantação de prótese traqueoesofágica; B – Imagem oclusão digital do traqueostoma para produção da voz traqueoesofágica (Grolman *cit. in* Davatz, 2012).

Uma solução para a necessidade de oclusão digital do estoma na Voz Traqueoesofágica é o uso de uma válvula de fala automática, também designada kit mãos livres. Este dispositivo deve não só incorporar um mecanismo de válvula que permita a oclusão hermética do estoma, mas também, desviar o ar pulmonar para o segmento faringoesofágico para a produção de voz. Este dispositivo é mais prático e cómodo para os laringectomizados, pois não requer o uso dos membros superiores para ocluir o orifício aquando da fala.



Figura 5: Imagem de paciente laringectomizado total com kit mãos livres. (Provox 4th Edition)

8. Tradução e adaptação dos questionários SECEL e CAPAL

Para a recolha de dados do presente estudo foram utilizados questionários pré-existentes. Um deles foi o SECEL (*Self Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy*) de Blood G. (1993) e o CAPAL (*Communication Activity and Participation After Laryngectomy*) de Law, et.al (2009).

O SECEL pretende avaliar a reabilitação e as necessidades psicossociais do doente com cancro da laringe submetido a laringectomia. É um questionário curto e de fácil compreensão, validado nos EUA (Estados Unidos da América) pelo Dr. Gordon Blood, que permite avaliar as disfunções na comunicação do doente laringectomizado (Finizia et al., 1999).

O SECEL foi desenvolvido para caracterizar as necessidades de comunicação do doente laringectomizado, tendo demonstrado propriedades psicométricas. Este questionário tem sido usado para avaliar a adaptação do doente à sua comunicação oral, para poder fornecer recomendações aos doentes em terapia e para avaliar os benefícios da terapia e reabilitação da voz. É também utilizado para identificar doentes com necessidade de terapia da voz e de aconselhamento psicológico. A pontuação varia numa escala entre 0-3, sendo 0 o mínimo e 3 o máximo. Valores mais altos refletem maiores problemas com a comunicação (Johansson, 2010).

O questionário SECEL é composto por 35 itens, aos quais o doente responde autonomamente, tendo sido desenvolvido especificamente para pessoas laringectomizadas. O SECEL questiona várias situações relativas à fala alaríngea, tendo como referência os últimos 30 dias. Este questionário é constituído por 3 sub-escalas:

- Geral (5 itens) - Os primeiros cinco itens (1 a 5) são a Sub-escala Geral, com um intervalo de pontuação entre 0-15. Os itens devem ser cotados de forma inversa, ou seja, uma pontuação de 3 é alterada para uma pontuação de 0, 2 é alterada para uma pontuação de 1, a pontuação de 1 é alterada para uma pontuação de 2, e uma pontuação de 0 é alterado para uma pontuação de 3. Segundo o autor, esta sub-escala caracteriza-se por atitudes gerais decorrentes da laringectomia (ex: ser uma pessoa calma e relaxada).

A técnica de pontuação inversa é usada apenas para os cinco primeiros itens.

- Meio Ambiente (14 itens) - Os próximos 14 itens (6 a 19) compreendem a sub-escala Meio Ambiente, com um score que varia entre 0 e 42. A pontuação é obtida pela soma dos 14 itens da SECEL. Quanto maior a pontuação, mais dificuldade os utentes sentem, decorrentes, da laringectomia, em certos ambientes ou situações (por exemplo: chamar pessoas, falar em grupos grandes, falar ao telefone).

- Atitude (15 itens) - Constituída pelos itens 20 a 34, a pontuação desta sub-escala pode ser obtida num intervalo de pontuação de 0 a 45. Uma pontuação mais elevada sugere que os utentes têm mais dificuldades nas atitudes decorrentes do discurso, nos

sentimentos sobre a comunicação, na auto-percepção e nas percepções dos outros (por exemplo: sentirem-se fora do grupo, deprimidos, ansiosos, frustrados).

O 35º item “Fala agora tanto como antes da sua laringectomia?”, não é incluído na contabilização final. É respondido dentro das 3 categorias: “Sim”, “Mais” e “Menos”.

Nos primeiros 34 itens o doente assinala o seu estado numa escala de: 0=nunca, 1=às vezes, 2=muitas vezes, 3=sempre.

No estudo de Fahl & Goulart (2016) a análise da confiabilidade do questionário mostrou que houve dificuldade de compreensão de algumas perguntas. O problema mais recorrente foi a utilização do termo “falar”, referindo-se à comunicação (questões 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13 e 14). Outra dificuldade foi encontrada nas questões 9 e 34, que exigiam uma resposta positiva, quando a percepção dos pacientes era negativa.

As questões que utilizavam o termo “falar”, após a laringectomia, foram as que mais apresentaram inconsistências entre os respondentes do estudo mencionado. Considerando que uma grande proporção de pacientes na amostra estudada não desenvolveu a comunicação oral após a exérese da laringe, essas questões pareceram-lhes confusas: eles não sabiam se deviam responder ou ignorá-las.

Já no estudo de Johansson et al. (2008), o SECEL foi bem aceite, com uma taxa de resposta de 76%. Neste estudo, as pontuações obtidas na sub-escala geral foram de 0,89, correspondendo a um grande effect size, na sub-escala ambiental 0,60, correspondendo a um moderado effect size e na sub-escala atitudinal 0,37, correspondendo a um pequeno effect size. O effect size considerado neste estudo foi calculado com a variação média da linha de base dividida pelo desvio padrão da variação. A autora refere ainda que este questionário pode ser uma ferramenta valiosa para identificar pacientes em risco de problemas psicossociais e para ajudar a planear a reabilitação.

O CAPAL (*Communication Activity and Participation After Laryngectomy*) é subdividido em: Auto percepção do problema de fala; Comunicação diária e Emocional. É composto por 45 perguntas no seu todo e é utilizada uma escala visual analógica (sendo 0 classificado como “Nunca” e 10 “Sempre”).

É utilizado para investigar a qualidade de vida relacionada com a comunicação de indivíduos laringectomizados (Law, 2005).

A escala de Auto percepção é constituída apenas por uma questão, sendo esta direta em relação à severidade do problema de fala. Em seguida a divisão de Comunicação diária é constituída por 26 questões (2 a 27) e aborda os tópicos de frequência de repetição do discurso, encontros sociais, atividades de lazer, expressar emoções, falar em ambientes ruidosos e silenciosos. A divisão emocional é constituída por 13 perguntas (32 a 45) e evoca questões ao laringectomizado relacionadas com sentimentos de auto-estima, auto-imagem, vergonha e tristeza quando este fala com familiares, amigos e estranhos. Para além destas divisões, este questionário contém 4 questões (28 a 31) destinadas apenas a laringectomizados que ainda se encontram a trabalhar: de uma maneira geral estas abordam a influência do problema de fala na sua realização.

Ma & Yiu (2001) afirmou que os itens incluídos no questionário podem ser considerados homogéneos.

Os índices mais altos do CAPAL indicam maior grau de incapacidade e menor qualidade de vida relacionada com a comunicação (Law, 2005).

Quantificar algo abstrato pode ser por vezes sinónimo de dificuldade e, consequentemente, as classificações poderão não estar de acordo com a realidade.

Muitas questões do questionário CAPAL têm equivalência no SECEL, no entanto no SECEL são mais detalhadas e proporcionam resultados pormenorizados (Johansson et al., 2008).

Os dados recolhidos através do questionário CAPAL, serão convertidos da escala visual analógica de 0 a 10 equitativamente por “Nunca”, “Às vezes”, “Quase Sempre” e “Sempre” o que corresponde: “Nunca” - 0 a 2,5; “Às vezes” – 2,5 a 5; “Quase Sempre”

– 5 a 7,5 e “Sempre” – 7,5 a 10; para que a leitura e comparação de resultados com o questionário SECEL seja de fácil compreensão.

Na tabela seguinte podemos comparar as médias de resposta das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL de acordo com o meio de comunicação utilizado em outros estudos.

Tabela 1: Comparação de valores médios de respostas de vários estudos, a cada uma das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com os meios de comunicação utilizados.

SECEL									
Estudos	Voz Esofágica			Voz Traqueoesofágica			Laringe Eletrónica		
	Geral	Ambiental	Atitudinal	Geral	Ambiental	Atitudinal	Geral	Ambiental	Atitudinal
Evitts et al. (2011)	4.6	29.3	16.0	7.7	20.9	14.1	4.0	18	19
Schindler et al. (2013)	5	15	7	5	13	7	—	—	—
CAPAL									
Estudos	Voz Esofágica			Voz Traqueoesofágica			Laringe Eletrónica		
	Auto P.	C. diária	Emocional	Auto P.	C. diária	Emocional	Auto P.	C. diária	Emocional
Law et al. (2009)	2.0	59.0	23	2.08	37.31	11.85	2.93	81.86	38.36

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Qualquer que seja a metodologia a escolher, aquela deve ser feita em função dos objetivos da investigação, do tipo de resultados esperados e do tipo de análises estatísticas que se pretende efetuar (Albanello, *cit. in* Antunes, 2012).

1. Tipo de Estudo

A melhor forma de estudar um problema é através da investigação científica, onde são desenvolvidas variadas etapas que nos permitirão retirar conclusões sobre a matéria estudada (Antunes, 2012).

O presente trabalho adota um desenho observacional, isto é, o investigador não intervém, apenas desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis e qual o efeito nos sujeitos em estudo. Estes podem ser descritivos ou analíticos, sendo este estudo do tipo descritivo.

Segundo Carmo e Ferreira (1998), um estudo descritivo consiste na recolha de dados mediante a administração de um questionário, a realização de entrevistas ou recorrendo à observação da situação real. A informação adquirida pode ser referente a opiniões, atitudes, dados demográficos, condições ou procedimentos.

Esta investigação consiste num estudo observacional-descritivo transversal, o qual “(...) foca geralmente um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento” (Ribeiro, 2010).

Tendo em conta as características deste trabalho, optou-se pela metodologia de investigação quantitativa, que como o nome indica quantifica dados observáveis referentes a acontecimentos que são independentes do investigador (Fortin, 1999).

Neste estudo foram quantificados os dados relativos às limitações comunicativas dos pacientes laringectomizados totais, assim como os dados sociodemográficos, de caracterização clínica e a alternativa comunicativa adotada.

2. Objetivo

O objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever ou ainda de explicar ou de predizer tal ou tal fenómeno (Fortin, 1999).

É objetivo central do presente estudo analisar as limitações comunicativas dos doentes laringectomizados. Pretende, assim, estudar quais as modificações comunicativas implementadas por estes indivíduos após laringectomia e de que forma isso acarreta alterações em termos sociais e emocionais, analisando e comparando a informação de dois questionários (SECEL e CAPAL), desta forma trata-se de um estudo analítico.

3. População e Amostra

Para a definição da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- i) Ter realizado uma Laringectomia Total;
- ii) Possuir como língua materna o português europeu, visto o estudo ser realizado em Portugal;
- iii) Utilizar a Voz Esofágica, Voz Traqueoesofágica, Laringe Eletrónica, Fala Murmurada, escrita ou combinação das opções;
- iv) Faixa etária entre os 46 e 77 anos;
- v) Frequentarem terapia da fala no HGSA em 2016, uma vez que se trata de um estudo nesta região, permitindo assim uma melhor gestão do tempo disponibilizado para o mesmo.

Assim, a amostra deste estudo corresponde a 17 pacientes que cumpriram os critérios de inclusão.

4. Variáveis

Neste estudo pretende-se estudar as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, meio de comunicação, escolaridade, estado civil, situação profissional; e, como dependentes as cotações obtidas nos questionários SECEL e CAPAL. Sendo caracterizadas da seguinte forma:

- Idade: Entre os 46 e os 77 anos;
- Meio de comunicação: Voz Esofágica, Voz Traqueoesofágica, Laringe Eletrónica, Fala Murmurada, escrita ou combinação das várias opções;
- Escolaridade: Analfabeto, primeiro ciclo, segundo ciclo, terceiro ciclo, curso médio e curso superior;
- Estado civil: Solteiro, casado, divorciado e viúvo;
- Situação Profissional: Reformado, desempregado, tempo inteiro e baixa médica;
- Classificação TNM e TNRGLV;
- Tratamento e Reabilitação Oncológica: Quimioterapia e/ou Radioterapia;

- Cotação dos questionários: SECEL – os itens são respondidos numa escala de Likert, na qual 0 = Nunca; 1 = Às vezes; 2 = Quase Sempre e 3 = Sempre. CAPAL – os itens são respondidos numa escala visual analógica de 0 a 10 pontos, na qual 0 = Nunca e 10 = Sempre.

5. Recolha de dados

i. Material

Para obter os dados e analisá-los recorre-se a instrumentação de uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento bibliográfica. Foi distribuído um questionário de caracterização a todos os pacientes, para preencherem em conformidade com as suas características e, o consentimento informado, com a explicação do presente estudo e com a possibilidade de desistência dos pacientes em qualquer momento, assim como também estava explícito a confidencialidade dos dados.

Neste estudo foram aplicados dois protocolos já traduzidos para o Português Europeu: o SECEL e o CAPAL. Estes identificam a perceção destes pacientes relativamente à sua qualidade de vida inerente às limitações comunicativas, através de uma escala de Likert e uma escala visual analógica.

ii. Procedimentos

No início da realização do presente estudo foi solicitada autorização à Comissão de Ética do Centro Hospital do Porto – Hospital de Santo António para a realização do estudo, tendo em conta a participação dos pacientes laringectomizados que estivessem a ser acompanhados por Terapia da Fala no serviço de Otorrinolaringologia dessa instituição. Neste documento enviado à Comissão de Ética estavam descritos o objetivo e o modo como se iria realizar o estudo, os questionários utilizados e o seu preenchimento, assim como a garantia de confidencialidade dos dados, dando a possibilidade de desistência a qualquer momento. Após a autorização desta entidade, sendo emitida 2 meses depois do pedido de autorização, foi iniciado o trabalho de campo. Estes documentos encontram-se em anexo I, II e III.

De seguida foram contactados os doentes que se enquadravam nesta problemática e agendadas as suas presenças no gabinete de Terapia da Fala para a posterior realização do preenchimento dos questionários. Aquando da presença de cada um dos pacientes foi-lhes transmitida toda a informação necessária acerca da participação no estudo e fornecidos os consentimentos para assinarem.

Os questionários SECEL e CAPAL foram distribuídos pela Terapeuta Orientadora do estudo.

6. Análise e Tratamento de dados

Para a análise dos dados estatísticos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. A utilização deste programa facilita toda a análise estatística e as devidas relações entre as variáveis. Todos os dados dos participantes foram recolhidos e devidamente codificados.

Para a análise e interpretação dos resultados foram utilizados testes de estatística descritiva (média, moda, frequência e percentagem), tendo em conta que a amostra não segue uma distribuição normal e que a mesma é reduzida.

III. Resultados

O grupo de estudo é composto por 17 indivíduos, todos do sexo masculino (100%).

A idade média dos sujeitos é de 59,65 anos (num intervalo entre os 46 e 77).

Tabela 2: Média, mínimo e máximo de idades dos indivíduos

Média	59,65
Mínimo	46
Máximo	77
N	17

Como podemos comprovar na tabela 2, as idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos de idade representam 35,3% dos inquiridos, correspondendo assim a 6 pacientes. As idades entre os 55 e os 64 anos de idades representam 23,5% da amostra (4 pacientes) e as idades maiores que 75 anos representam 35,3% dos inquiridos, correspondendo a 6 pacientes.

Tabela 3: Frequência e percentagens das idades

Idade	Frequência	Percentagem (%)
45 – 54	6	35,3
55 – 64	4	23,5
65 - 74	6	35,6
> 75	1	5,9
Total	17	100

Os diferentes meios de comunicação utilizados são os expressos na tabela 3, sendo eles: Fala Murmurada, Voz Esofágica, Voz Esofágica e Fala Murmurada, Laringe Eletrónica, Laringe Eletrónica e Fala Murmurada, Voz Traqueoesofágica, Voz Traqueoesofágica e Fala murmurada e Escrita e Fala Murmurada.

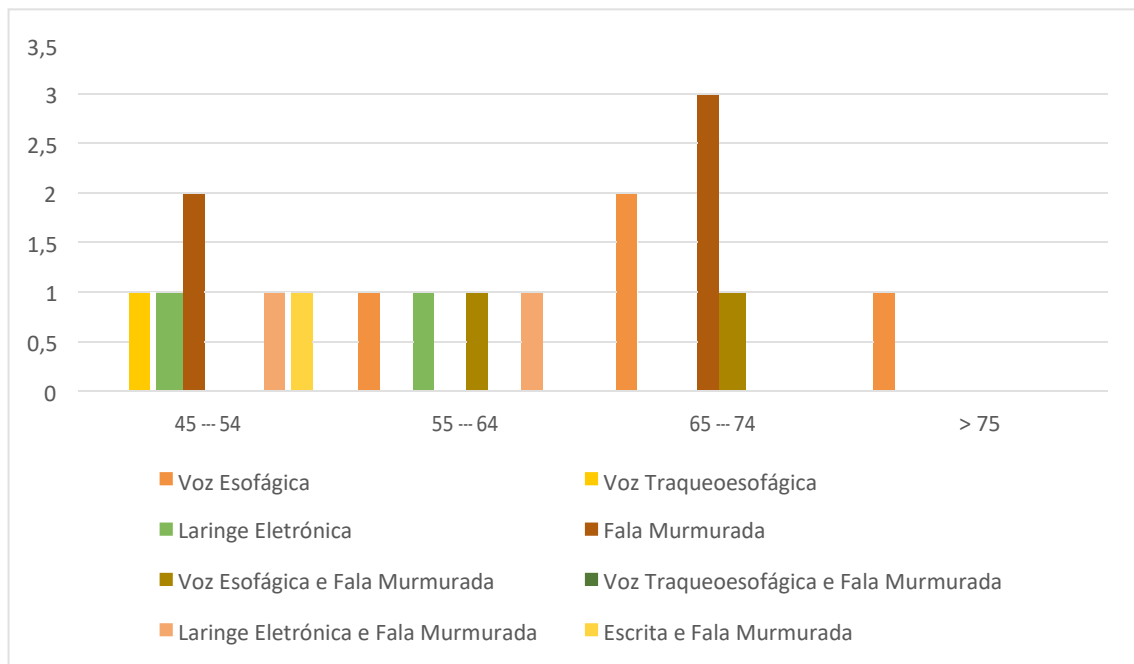
Tabela 4: Principais Meios de Comunicação utilizados pelos indivíduos.

Meios de Comunicação	Frequência	Percentagem (%)
Fala Murmurada	6	35,3
Voz Esofágica	2	11,8
Voz Esofágica e Fala Murmurada	2	11,8
Laringe Eletrónica	2	11,8
Laringe Eletrónica e Fala Murmurada	2	11,8
Voz Traqueoesofágica	1	5,9
Voz Traqueoesofágica e Fala Murmurada	1	5,9
Escrita e Fala Mumurada	1	5,9
Total	17	100

Perante a tabela concluímos que 35,3% dos pacientes utilizam a Fala Murmurada, 11,8% utilizam a Voz Esofágica, Voz Esofágica e Fala Murmurada, Laringe Eletrónica e Laringe Eletrónica e Fala Murmurada e 5,9% utilizam a Voz Traqueoesofágica, a Voz Traqueoesofágica e Fala Murmurada, assim como a Escrita e Fala Murmurada.

De acordo com o gráfico 1, no intervalo de idades dos 45 aos 54 anos o meio de comunicação mais utilizado é a Fala Murmurada. Os não utilizados são a Voz Esofágica e a Voz Traqueoesofágica e Fala Murmurada. Entre os 55 e os 64 anos de idade são utilizados como meio de comunicação a Voz Esofágica, Laringe Artificial, Voz Esofágica e Fala Murmurada assim como a Laringe Artificial, não sendo usado todos os outros meios destacados. Na faixa etária dos 65 e os 74 anos de idade a mais utilizada é a Fala Murmurada, seguida da Voz Esofágica. Todos os outros meios não são utilizados por estas idades. De acordo com este estudo, com mais de 75 anos apenas é utilizada a Voz Esofágica.

Gráfico 1: Relação da idade com os principais meios de comunicação utilizados



De seguida, na tabela 5, apresenta-se a escolaridade dos indivíduos inquiridos, onde se pode verificar que a maioria dos pacientes possui o segundo ciclo de estudos, correspondendo a 4 pessoas, constituindo uma percentagem de 23,5% da amostra. 3 pacientes são analfabetos (correspondendo a 17,6% da amostra), 2 possuem o primeiro ciclo (representando 11,8% dos inquiridos), assim como 2 pacientes também possuem curso superior e apenas 1 paciente possui o terceiro ciclo e 1 paciente possui curso médio, correspondendo a 5,9% da amostra. De salientar que 4 dos doentes inquiridos no estudo não responderam a esta questão.

Tabela 5: Escolaridade dos indivíduos.

Escolaridade	Frequência	Percentagem (%)
Segundo Ciclo	4	23,5
Omisso	4	23,5
Analfabeto	3	17,6
Primeiro Ciclo	2	11,8
Curso Superior	2	11,8
Terceiro Ciclo	1	5,9
Curso Médio	1	5,9
Total	17	100

De acordo com os dados, 64,7% dos pacientes são casados constituindo a grande maioria, 23,5% são solteiros, 5,9% são divorciados e, com a mesma percentagem, são viúvos.

Tabela 6: Frequência e percentagem do estado civil dos pacientes.

Estado Civil	Frequência	Percentagem (%)
Casado	11	64,7
Solteiro	4	23,5
Divorciado	1	5,9
Viúvo	1	5,9
Total	17	100

Em termos profissionais, 13 dos doentes encontram-se reformados, com uma percentagem de 76,5%, 2 encontram-se a trabalhar a tempo inteiro, com uma percentagem de 11,8%, 1 encontra-se desempregado, assim como 1 encontra-se de baixa médica, constituindo 5,9% dos inquiridos, respetivamente.

Tabela 7: Situação profissional dos doentes.

Situação Profissional	Frequência	Percentagem (%)
Reformado	13	76,5
Tempo inteiro	2	11,8
Desempregado	1	5,9
Baixa médica	1	5,9
Total	17	100

Na tabela seguinte estão representados os únicos 2 pacientes que estão a trabalhar no momento, sendo que um tem 47 anos de idade e o outro 56. As questões do questionário CAPAL apresentadas eram destinadas apenas a pacientes que se encontravam a trabalhar. Na questão 28, sendo ela “O seu problema de fala afeta a realização do seu trabalho?”, um respondeu com a pontuação de 1 que corresponde a “Nunca” e outro com a pontuação de 6 que corresponde a “Quase Sempre” obtendo uma média de 3,5 “Às vezes”; na questão 29; “Com que frequência é que pensa mudar ou desistir do seu trabalho, devido ao seu problema de fala?”, um paciente respondeu 0 – “Nunca” e outro respondeu 1 que corresponde a “Nunca”, obtendo uma média de 0,5 “Nunca”. Na questão 30 “O seu problema de fala aumenta o stress no seu trabalho?”, um respondeu 6 que corresponde a “Quase Sempre” e outro 5 que corresponde a “Quase Sempre”, obtendo uma média de 5,5; e, na questão 31 “Com que frequência evita trabalhar devido ao seu problema de fala?” os dois deram a mesma resposta, a pontuação 1 que corresponde a “Nunca”.

Tabela 8: Respostas às questões sobre o trabalho dos Laringectomizados inquiridos.

Legenda: C_28 (“O seu problema de fala afeta a realização do seu trabalho?”), C_29 (“Com que frequência é que pensa mudar ou desistir do seu trabalho, devido ao seu problema de fala?”), C_30 (“O seu problema de fala aumenta o stress no seu trabalho?”), C_31 (“Com que frequência evita trabalhar devido ao seu problema de fala?”)

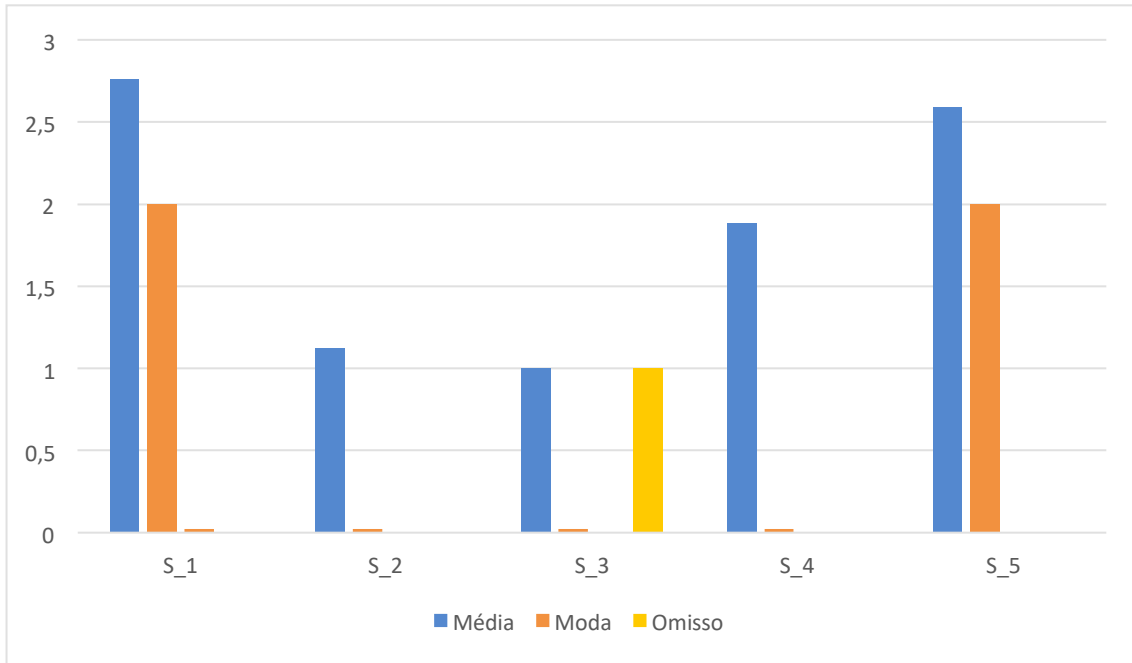
Idade	C_28	C_29	C_30	C_31
47	1	0	6	1
56	6	1	5	1
Média	3,5	0,5	5,5	1

A seguir apresenta-se a média e a moda das respostas às questões gerais do questionário SECEL, cuja descrição se encontra na legenda abaixo. De ressaltar que, a pontuação encontra-se invertida, como mencionado anteriormente.

Segundo a tabela podemos afirmar que, a nível geral, a moda de respostas dos pacientes foi “Nunca” e “Quase Sempre”. Na primeira questão “Sente-se descontraído e confortável quando conversa com outras pessoas?”, as respostas mais dadas foram “Quase Sempre” e “Nunca”, na segunda, terceira e quarta questões, sendo elas sucessivamente “Descreve-se como uma pessoa discreta e calma?”, “Descreve-se como uma pessoa ativa, extrovertida e faladora?”, “Assume perante a pessoa com quem fala que fez uma laringectomia?”, a maioria das respostas em todas elas foram “Nunca” e, na quinta questão “Acha que a sua fala melhora à medida que a usa mais?” a resposta mais obtida foi “Quase Sempre”. Devemos também ter em conta que o número de pacientes participantes no estudo foi reduzido e que dois deles não responderam à questão 3 “Descreve-se como uma pessoa ativa, extrovertida e faladora?”

Gráfico 2: Média e moda das questões gerais do questionário SECEL

Legenda: S_1 (“Sente-se descontraído e confortável quando conversa com outras pessoas?”), S_2 (“Descreve-se como uma pessoa discreta e calma?”), S_3 (“Descreve-se como uma pessoa ativa, extrovertida e faladora?”), S_4 (“Assume perante as pessoas com quem fala que fez uma laringectomia?”) e S_5 (“Acha que a sua fala melhora à medida que a usa mais?”). 1 – “Quase Sempre”; 2 – “Às vezes”; 3 – “Nunca”

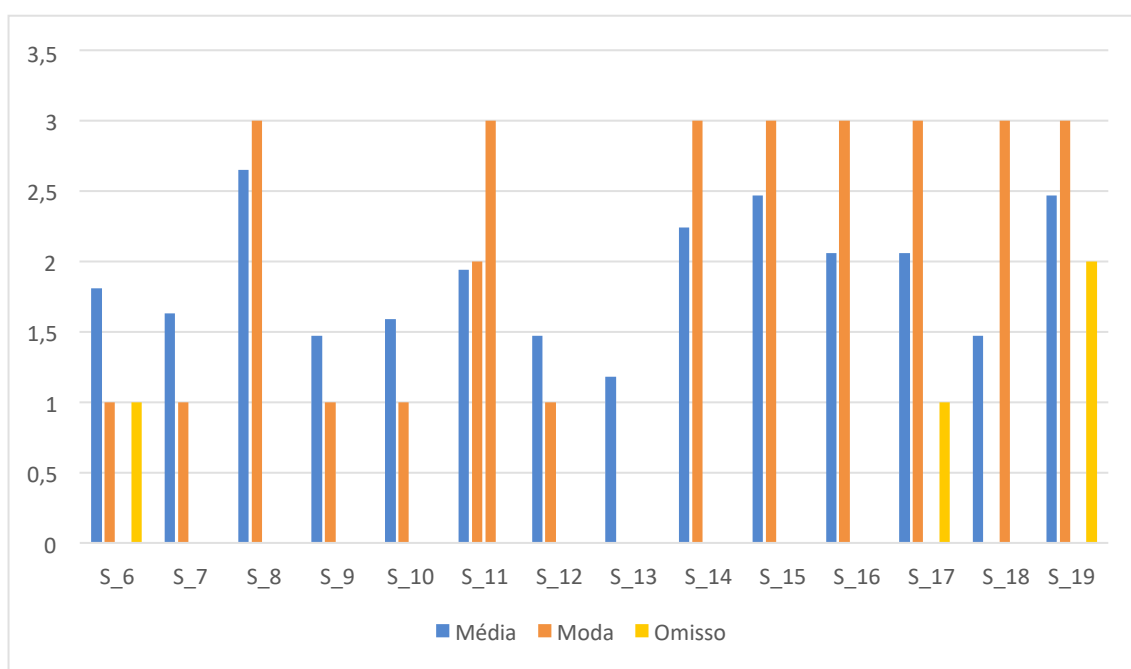


Em termos ambientais/sociais as respostas variaram entre “Nunca” e “Sempre”, sendo que as respostas mais dadas foram “Sempre”. Nas questões 6, 7, 9, 10 e 12, sendo elas sucessivamente “Vai menos vezes a cafés, a bares, a encontros ou outros eventos por causa da fala?”, “Tem dificuldade em captar a atenção dos outros ao falar?”, “Acha que as pessoas não conseguem entendê-lo?”, “Acha que tem que repetir várias vezes o que diz, durante as conversas, para ser entendido?”, “Tem problemas em falar num pequeno grupo de pessoas?”, a resposta mais obtida foi “Às vezes”. Nas questões 8, 14, 15, 16, 17 e 19, sendo elas sucessivamente “Sente dificuldade em gritar ou em chamar alto as pessoas”, “Tem problemas em falar de uma divisão da casa para a outra?”, “Tem problemas em falar em locais barulhentos ou ruidosos?”, “Tem problemas em falar ao telefone?”, “Tem problema em falar no carro, autocarro ou em viagem?”, “A sua fala faz com que fale menos ao telefone do que gostaria?”, a resposta mais seleccionada foi “Sempre”. Na questão 11 “Tem problemas em falar num grande grupo de pessoas?” as respostas mais dadas foram “Quase sempre” e “Sempre” e, na questão 18 “A sua fala faz com que tenha dificuldades em participar em festas ou encontros sociais?”, as

respostas mais obtidas foram “Nunca” e “Sempre”. Na questão 13 “Tem problemas em falar com uma pessoa?” a resposta mais fornecida foi “Nunca”.

Gráfico 3: Média e moda das questões ambientais/sociais do questionário SECEL

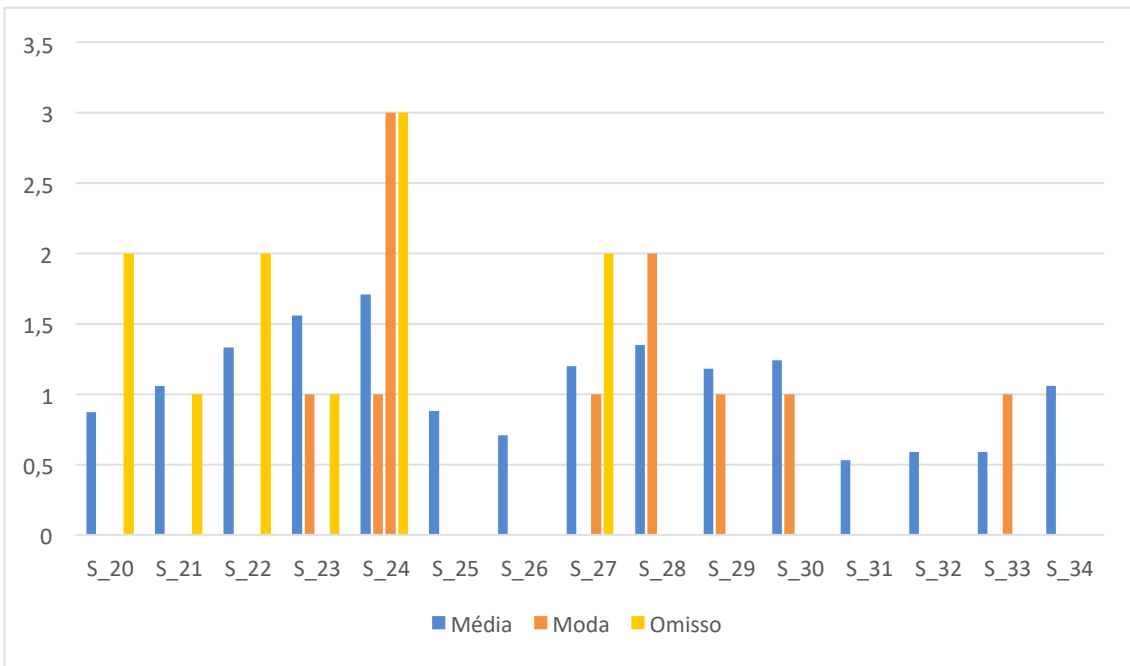
Legenda: S_6 (“Vai menos vezes a cafés, a bares, a encontros ou outros eventos por causa da fala?”), S_7 (“Tem dificuldade em captar a atenção dos outros ao falar?”), S_8 (“Sente dificuldade em gritar ou em chamar alto as pessoas”), S_9 (“Acha que as pessoas não conseguem entendê-lo?”), S_10 (“Acha que tem que repetir várias vezes o que diz, durante as conversas, para ser entendido?”), S_11 (“Tem problemas em falar num grande grupo de pessoas?”), S_12 (“Tem problemas em falar num pequeno grupo de pessoas?”), S_13 (“Tem problemas em falar com uma pessoa?”), S_14 (“Tem problemas em falar de uma divisão da casa para a outra?”), S_15 (“Tem problemas em falar em locais barulhentos ou ruidosos?”), S_16 (“Tem problemas em falar ao telefone?”), S_17 (“Tem problema em falar no carro, autocarro ou em viagem?”), S_18 (“A sua fala faz com que tenha dificuldades em participar em festas ou encontros sociais?”), S_19 (“A sua fala faz com que fale menos ao telefone do que gostaria?”). 0 – “Nunca”; 1 – “Às vezes”; 2 – “Quase Sempre”; 3 – “Sempre”



Em baixo apresenta-se o gráfico 4 com a média e a moda das respostas às questões atitudinais do questionário SECEL.

Gráfico 4: Média e moda das questões atitudinais do questionário SECEL

Legenda: S_20 (“A sua fala faz com se sinta posto de parte num grupo?”), S_21 (“A sua fala faz com que tenha limitações na vida privada ou social?”), S_22 (“A sua fala faz com que se sinta deprimido?”), S_23 (“A sua fala faz com que se sinta frustrado quando a família e amigos não entendem o que diz?”), S_24 (“A sua fala faz com que se sinta diferente ou peculiar?”), S_25 (“Hesita conhecer e falar com novas pessoas por causa da sua fala?”), S_26 (“É posto de parte nas conversas por causa da sua fala?”), S_27 (“Evita falar com as pessoas por causa da sua fala?”), S_28 (“As pessoas completam palavras ou frases por si?”), S_29 (“As pessoas interrompem-no enquanto fala?”), S_30 (“As pessoas dizem-lhe que não o entendem”), S_31 (“As pessoas ficam sem paciência consigo por causa da sua fala?”), S_32 (“As pessoas evitam-no por causa da sua fala?”), S_33 (“As pessoas falam de maneira diferente consigo por causa da sua fala?”), S_34 (“Os familiares e amigos não conseguem compreender como é comunicar com este género de fala?”)



A questão 35 é uma questão não semelhante às restantes, pois enquadra-se no final do questionário e as opções de respostas eram distintas, sendo elas “Sim”, “Mais” ou “Menos” (em que 0 – “Menos”; 1 – “Mais” e 2 – “Sim”). A questão era “Fala agora tanto como antes da sua laringectomia?” e a resposta mais fornecida pelos pacientes foi “Menos”.

Tabela 9: Frequência e percentagem de respostas da questão 35 do questionário SECEL

Legenda: S_35 (“Fala agora tanto como antes da sua laringectomia?”).

S_35		
	Frequência	Percentagem (%)
Sim	3	17,65
Mais	1	5,89
Menos	12	70,59
Omisso	1	5,89
N	100	16

Na tabela seguinte apresenta-se a auto-percepção do problema de fala, constituída por apenas uma questão, sendo ela “O quão severo acha que é o seu problema de fala?”. Esta questão faz parte do questionário CAPAL e a resposta mais obtida foi o valor de 10, que numa escala visual analógica de 0 a 10, 0 é “Nada” e 10 é “Imenso”. A média das respostas foi 7,63.

Tabela 10: Auto percepção do problema de fala

Legenda: C_1 (“O quão severo acha que é o seu problema de fala?”)

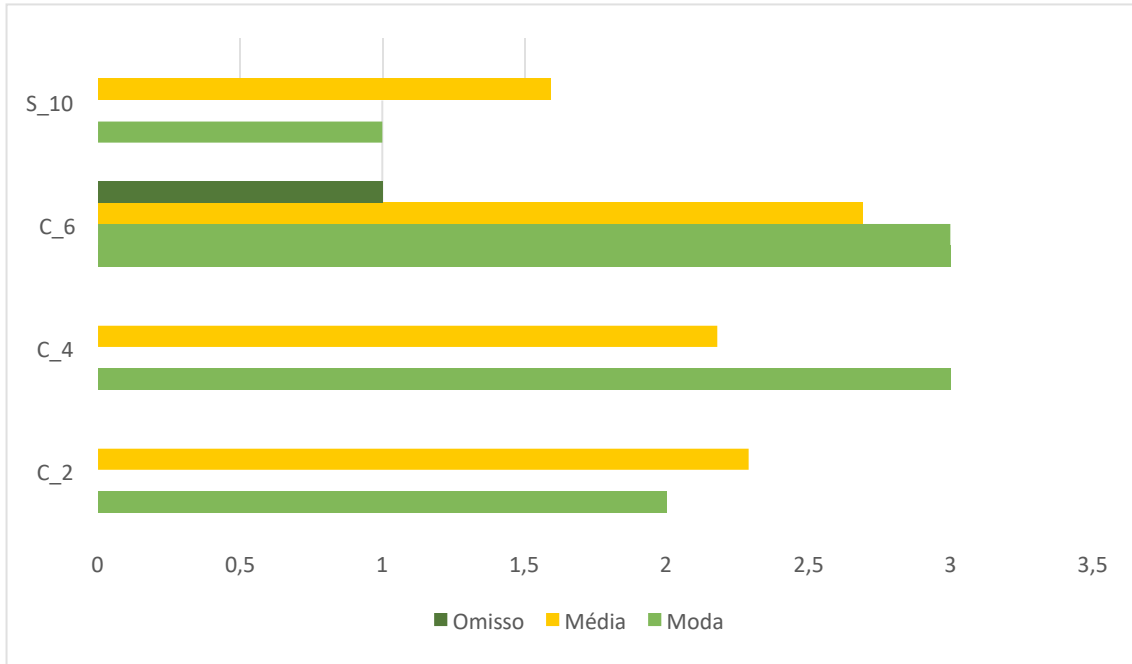
	C_1
Média	7,63
Moda	10
Omisso	1
N	16

Posteriormente serão analisados os dois questionários (SECEL e CAPAL) de forma a obter semelhanças e/ou diferenças entre eles a nível de respostas. Devemos ter em conta que as questões são idênticas, mas as opções de resposta são muito diferentes, sendo que no SECEL a escala de resposta utilizada é uma escala de Likert e no CAPAL a escala de resposta utilizada é uma escala visual analógica.

Perante o gráfico 5 confirmamos que segundo as questões 2, 4 e 6 do questionário CAPAL sendo elas sucessivamente “Com que frequência é que um familiar lhe pede para repetir, numa conversa cara a cara, porque não entenderam o que falou?”, “Com que frequência alguém com quem tem contacto regular lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entenderam o que disse?” e “Com que frequência é que um estranho lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entendeu o que disse?”, a média das respostas foi entre 2 e 3 “Às vezes”, as respostas mais frequentes na questão 2 obtiveram um valor de 2 “Às vezes” e, na questão 4 e 6, a resposta mais obtida foi o valor de 3 “Às vezes”. Na questão 10 do questionário SECEL, sendo ela “Acha que tem que repetir várias vezes o que diz, durante as conversas, para ser entendido?” a resposta mais obtida um valor de 1 que corresponde a “Às vezes”.

Gráfico 5: Repetição de conversação.

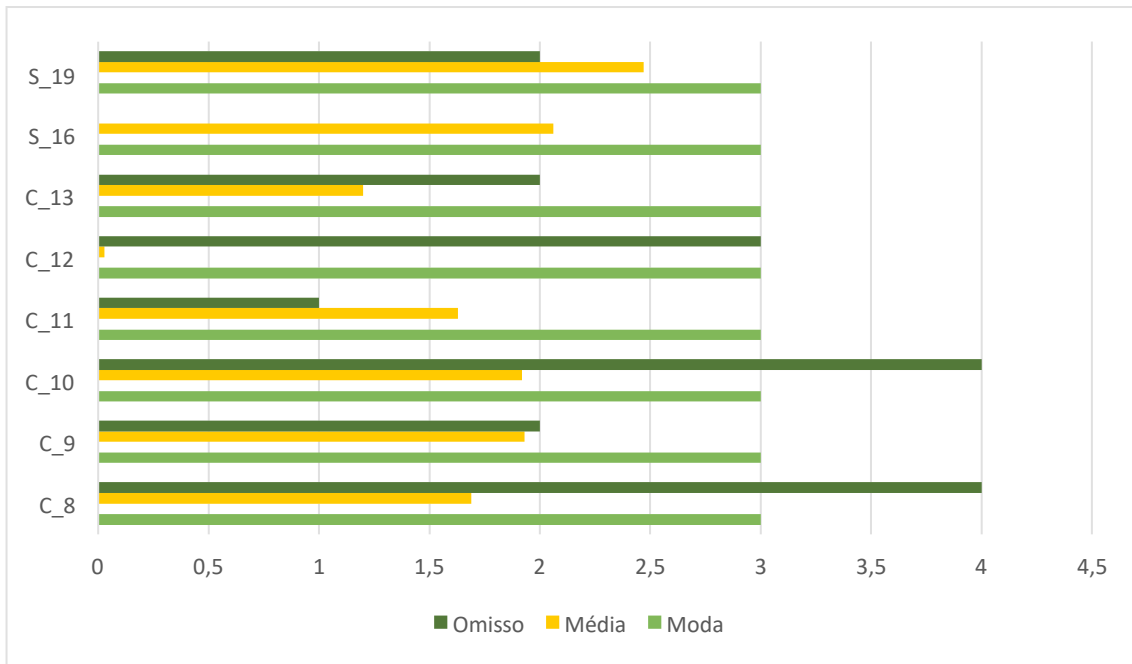
Legenda: C_2 (“Com que frequência é que um familiar lhe pede para repetir, numa conversação cara a cara, porque não entenderam o que falou?”), C_4 (“Com que frequência é que alguém com quem tem contacto regular lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entenderam o que disse?”), C_6 (“Com que frequência é que um estranho lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entendeu o que disse?”), S_10 (“Acha que tem que repetir várias vezes o que diz, durante as conversas, para ser entendido?”).



Como será demonstrado no gráfico 6, é possível confirmar que nas questões 8, 9, 10, 11, 12 e 13 do questionário CAPAL, sendo elas respetivamente “Com que frequência é que alguém familiar lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse?”, “Com que frequência evita falar, ao telefone, com alguém familiar devido ao seu problema de fala?”, “Com que frequência é que alguém que lhe é próximo lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, devido ao seu problema de fala?”, “Com que frequência evita falar com alguém com quem tem contacto regular, ao telefone, devido ao seu problema de fala?”, “Com que frequência é que estranhos lhe pedem para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse?” e “Com que frequência evita falar com estranhos, ao telefone, devido ao seu problema de fala?” a resposta mais obtida é 3, o equivalente a “Sempre”, sendo que a média de respostas varia aproximadamente entre 1 e 2. As questões 16 e 19 do questionário SECEL, sendo elas respetivamente “Tem problemas em falar ao telefone?” e “A sua fala faz com que fale menos ao telefone do que gostaria?”, obtiveram uma resposta maioritária de 3, correspondente a “Sempre”.

Gráfico 6: Falar ao telefone.

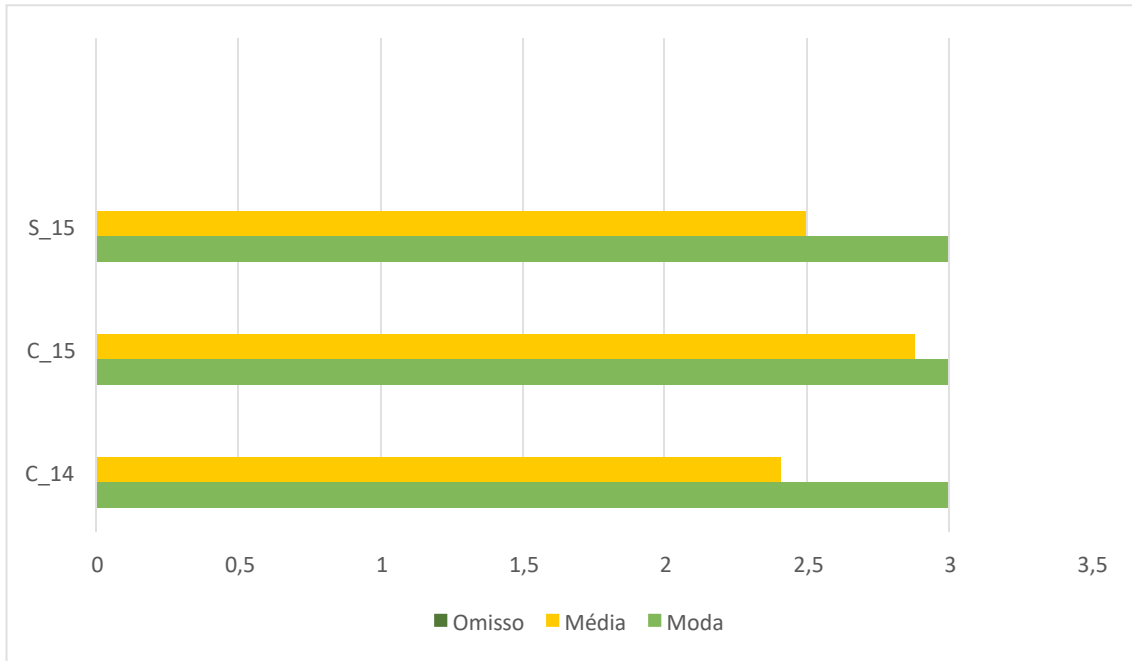
Legenda: C_8 (“Com que frequência é que alguém familiar lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse?”), C_9 (“Com que frequência evita falar, ao telefone, com alguém familiar devido ao seu problema de fala?”), C_10 (“Com que frequência é que alguém que lhe é próximo lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, devido ao seu problema de fala?”), C_11 (“Com que frequência evita falar com alguém com quem tem contacto regular, ao telefone, devido ao seu problema de fala?”), C_12 (“Com que frequência é que estranhos lhe pedem para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse?”), C_13 (“Com que frequência evita falar com estranhos, ao telefone, devido ao seu problema de fala?”), S_16 (“Tem problemas em falar em ao telefone?”), S_19 (“A sua fala faz com que fale menos ao telefone do que gostaria?”).



Nas questões 14 e 15 do questionário CAPAL, sendo elas respetivamente “Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em ambientes ruidosos/barulhentos?” e “Com que frequência é que evita falar em ambientes ruidosos/barulhentos por causa do seu problema de fala?”, a resposta mais fornecida foi uma pontuação de 3, equivalente a “Sempre” e uma média de respostas aproximada de 2 “Quase Sempre”. Na questão 15 do questionário SECEL a resposta mais obtida foi “Sempre” sendo a média de resposta equivalente.

Gráfico 7: Falar em locais barulhentos/ruidosos

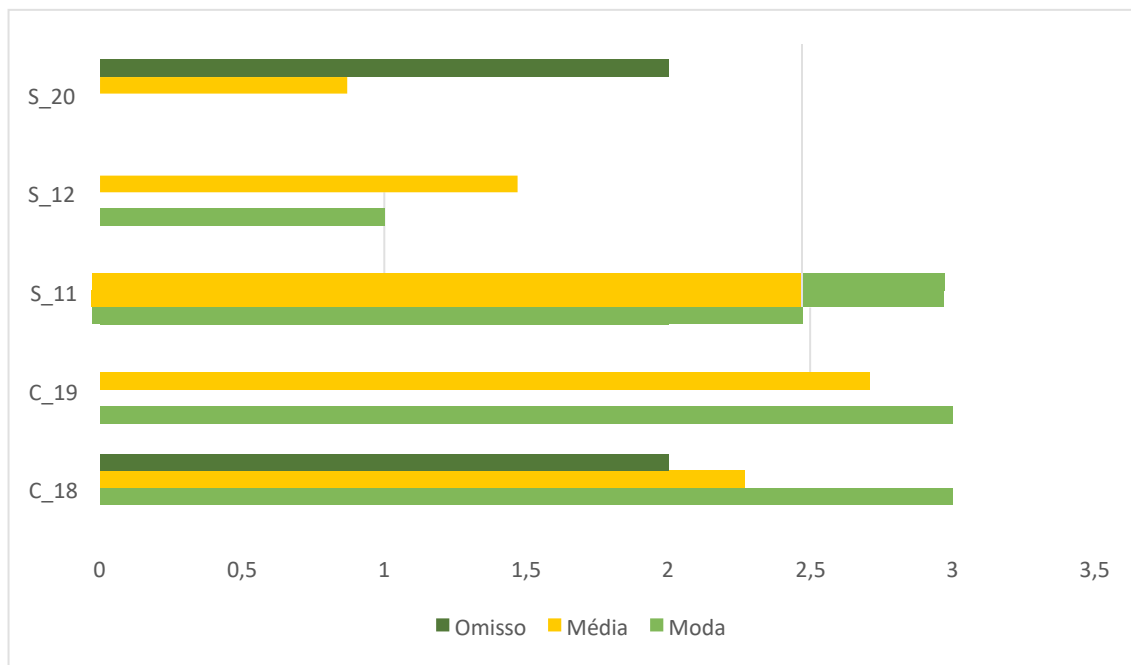
Legenda: C_14 (“Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em ambientes ruidosos/barulhentos?”), C_15 (“Com que frequência é que evita falar em ambientes ruidosos/barulhentos por causa do seu problema de fala?”), S_15 (“Tem problemas em falar em locais barulhentos ou ruidosos?”).



Perante o gráfico seguinte, na questão 18 do questionário CAPAL, sendo ela “Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em grupo?” as respostas mais obtidas foram uma pontuação de 0 e 3, correspondentes a “Nunca” e “Sempre” respetivamente, possuindo uma média de respostas de aproximadamente 2 “Quase Sempre”. Na questão 19 do mesmo questionário, sendo ela “Com que frequência é que evita falar em grupo, devido ao seu problema de fala?” a resposta mais fornecida foi “Sempre”, representando uma pontuação de 3 e a média de respostas encontra-se entre 2 e 3. Na questão 11 do questionário SECEL, sendo ela “Tem problemas em falar num grande grupo de pessoas?”, as respostas mais dadas foram 2 – “Quase Sempre” e 3 – “Sempre” e a sua média de respostas foi de aproximadamente de 2 – “Quase Sempre”. Na questão 12 do mesmo questionário referido anteriormente, sendo ela “Tem problemas em falar num pequeno grupo de pessoas?”, a resposta mais fornecida foi 1 – “Às vezes” e a média de respostas foi de aproximadamente 2 – “Quase Sempre”. Já à questão 20 “A sua fala faz com que se sinta posto de parte num grupo?” do questionário SECEL a resposta mais obtida foi 0 – “Nunca”.

Gráfico 8: Falar em grupos de pessoas.

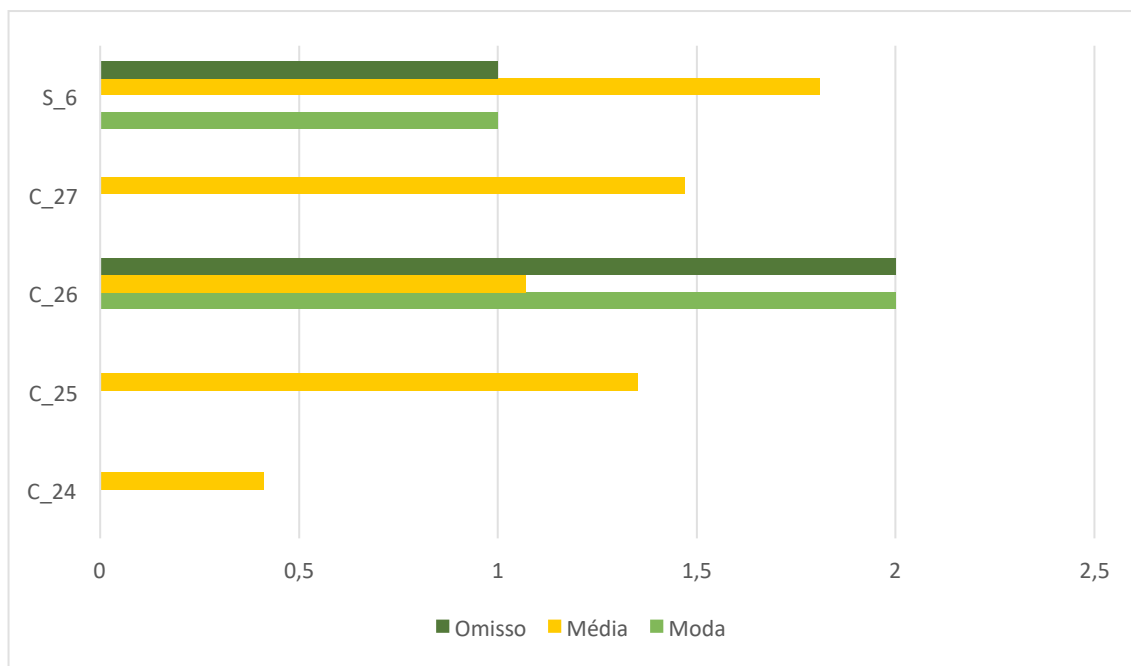
Legenda: C_18 (“Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em grupo?”), C_19 (“Com que frequência é que evita falar em grupo, devido ao seu problema de fala?”), S_11 (“Tem problemas em falar num grande grupo de pessoas?”), S_12 (“Tem problemas em falar num pequeno grupo de pessoas?”), S_20 (“A sua fala faz com que se sinta posto de parte num grupo?”).



De acordo com os próximos dados, nas questões 24, 25, 26 e 27 do questionário CAPAL sendo elas sucessivamente “Com que frequência é que o seu problema de fala o afeta para realizar atividades de lazer?”, “Com que frequência é que evita falar no seu local usual de lazer, devido ao seu problema de fala?”, “Com que frequência é que o seu problema o afeta para falar em encontros sociais?”, “Com que frequência é que evita falar em encontros sociais, devido ao seu problema de fala?”, as respostas mais obtidas foram 0 – “Nunca” e a média de respostas varia entre 0 e 2 “Nunca” e “Quase Sempre”. Na questão 6 do questionário SECEL, sendo ela “Vai menos vezes a cafés, a bares, a encontros ou outros eventos por causa da fala?” a resposta mais dada foi de 1 – “Às vezes”, e a média de respostas foi de aproximadamente 2 – “Quase Sempre”.

Gráfico 9: Atividades de lazer/encontros sociais

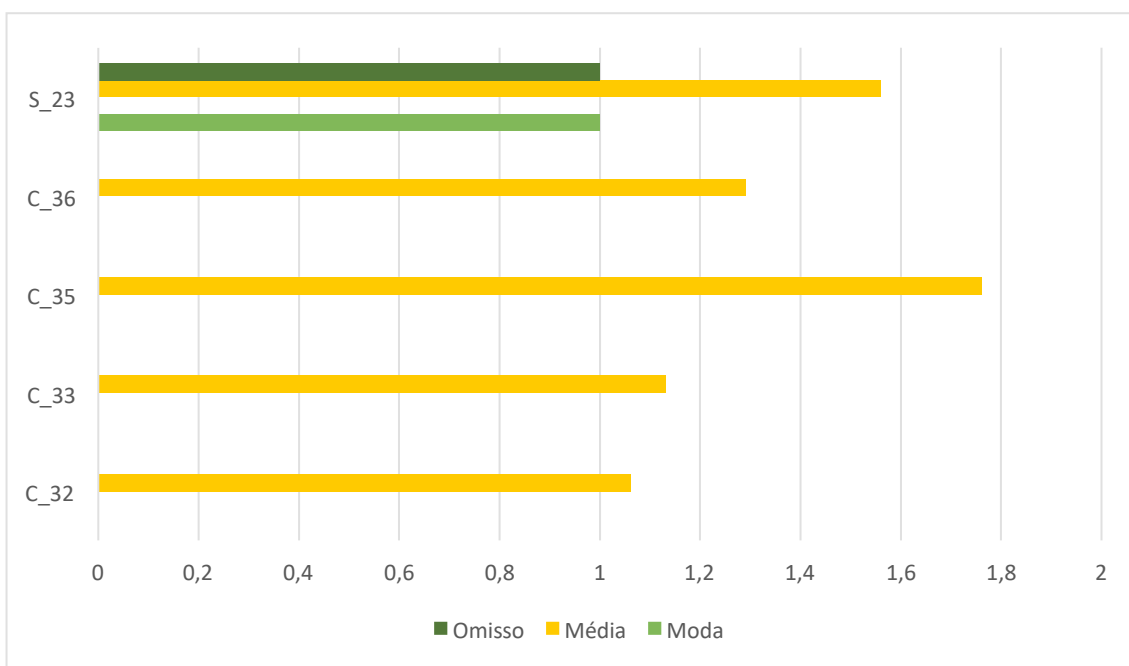
Legenda: C_24 (“Com que frequência é que o seu problema de fala o afeta para realizar atividades de lazer?”), C_25 (“Com que frequência é que evita falar no seu local usual de lazer, devido ao seu problema de fala?”), C_26 (“Com que frequência é que o seu problema o afeta para falar em encontros sociais?”), C_27 (“Com que frequência é que evita falar em encontros sociais, devido ao seu problema de fala?”), S_6 (“Vai menos vezes a cafés, a bares, a encontros ou outros eventos por causa da fala?”).



Perante os dados seguintes visualizamos que nas questões 32, 33, 35 e 36 do questionário CAPAL, sendo elas “Sente-se envergonhado quando fala com alguém que lhe é familiar?”, “Sente-se envergonhado quando fala com aqueles com quem tem contacto regular?”, “Sente-se triste quando fala com alguém que lhe é familiar?”, “Sente-se triste quando fala com quem tem contacto regular?”, as respostas mais obtidas foram 0 – “Nunca” e a média de respostas variou entre 1 e 2 “Às vezes” e “Quase Sempre”. Na questão 23 do questionário SECEL, sendo ela “A sua fala faz com que se sinta frustrado quando a família e amigos não entendem o que diz?” a resposta mais fornecida foi de 1 – “Às vezes”.

Gráfico 10: Sentimentos relacionados com a fala.

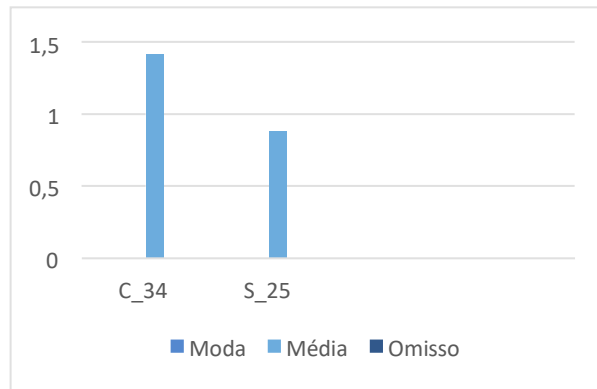
Legenda: C_32 (“Sente-se envergonhado quando fala com alguém que lhe é familiar?”), C_33 (“Sente-se envergonhado quando fala com aqueles com quem tem contacto regular?”), C_35 (“Sente-se triste quando fala com alguém que lhe é familiar?”), C_36 (“Sente-se triste quando fala com quem tem contacto regular?”), S_23 (“A sua fala faz com que se sinta frustrado quando a família e amigos não entendem o que diz?”).



De acordo com a tabela, na questão 34 do questionário CAPAL sendo ela “Sente-se envergonhado quando fala com estranhos?” e na questão 25 do questionário SECEL, sendo ela “Hesita conhecer e falar com novas pessoas por causa da sua fala?”. a resposta mais obtida foi de 0 – “Nunca” e a média de respostas da questão 34 e 25 foi de aproximadamente 1- “Às vezes”.

Gráfico 11: Conhecer/falar com pessoas novas/estranhos

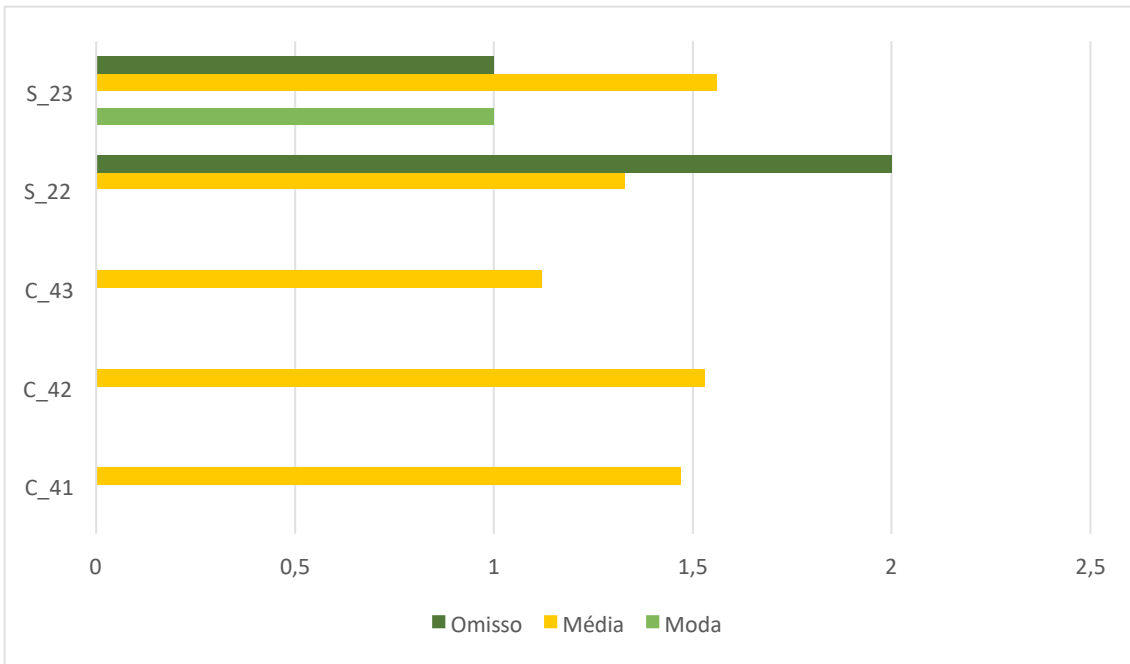
Legenda: C_34 (“Sente-se envergonhado quando fala com estranhos?”) e S_25 (“Hesita conhecer e falar com novas pessoas por causa da sua fala?”).



Perante os próximos dados comprovamos que nas questões 41, 42 e 43 do questionário CAPAL, sendo elas sucessivamente “Sente-se com baixa auto-estima quando fala com alguém que lhe é familiar?”, “Sente-se com baixa auto-estima quando fala com aqueles com quem tem contacto regular?”, “Sente-se com baixa auto-estima quando fala com estranhos?”, assim como na questão 22 do questionário SECEL sendo ela “A sua fala faz com que se sinta deprimido?”, a resposta mais obtida foi 0 – “Nunca”, sendo que as médias variaram entre 1 – “Às vezes” e 2 – “Quase Sempre” nas questões do questionário CAPAL e na questão do questionário SECEL a média de respostas foi de 1 – “Às vezes”. Na questão 23 do questionário SECEL sendo ela “A sua fala faz com que se sinta frustrado quando a família e amigos não entendem o que diz?” a resposta mais fornecida foi 1 – “Às vezes”, e a média de respostas foi de aproximadamente 2 – “Quase Sempre”.

Gráfico 12: Baixa auto-estima, deprimido ou frustrado

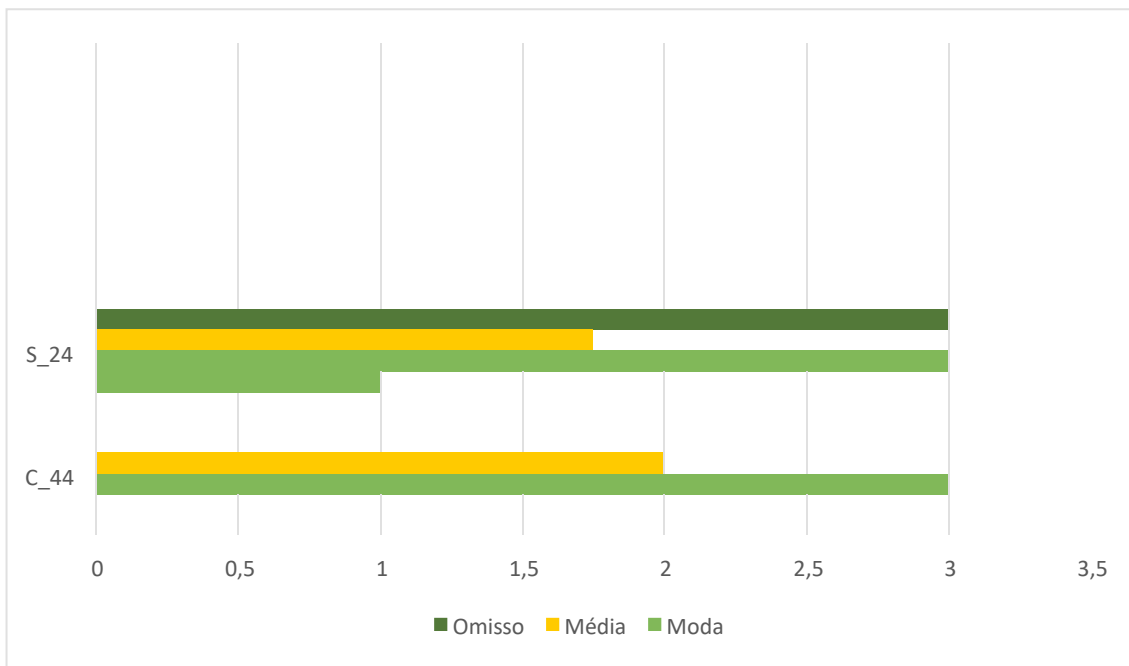
Legenda: C_41 (“Sente-se com baixa auto-estima quando fala com alguém que lhe é familiar?”), C_42 (“Sente-se com baixa auto-estima quando fala com aqueles com quem tem contacto regular?”), C_43 (“Sente-se com baixa auto-estima quando fala com estranhos?”), S_22 (“A sua fala faz com que se sinta deprimido?”), S_23 (“A sua fala faz com que se sinta frustrado quando a família e amigos não entendem o que diz?”).



Segundo o próximo gráfico, na questão 44 do questionário CAPAL sendo ela “O seu problema de fala afeta a sua auto-imagem?”, a resposta mais fornecida foi 0 – “Nunca” e 3 – “Sempre” sendo que a média de respostas foi de aproximadamente 2 – “Às vezes”. Na questão 24 do questionário SECEL sendo ela “A sua fala faz com que se sinta diferente ou peculiar?”, a resposta mais obtida foi 1 – “Às vezes” e 3 – “Sempre” e a média de respostas foi de aproximadamente 2 – “Quase Sempre”.

Gráfico 13: Afeta a sua auto-imagem. Sente-se diferente ou peculiar

Legenda: C_44 (“O seu problema de fala afeta a sua auto-imagem?”), S_24 (“A sua fala faz com que se sinta diferente ou peculiar?”).



De acordo com os próximos dados, a questão 45 do questionário CAPAL obteve uma resposta mais frequente de 3 – “Sempre” com 58,82%.

Tabela 11: A fala afeta as características de comunicação

Legenda: C_45 (“O seu problema de fala afeta as características da sua comunicação?”). “Nunca” – 0 a 2,5; “Às vezes” – 2,5 a 5; “Quase Sempre” – 5 a 7,5 e “Sempre” – 7,5 a 10.

C_45		
	Frequência	Percentagem (%)
Nunca	4	23,53
Às vezes	1	5,88
Quase Sempre	2	11,76
Sempre	10	58,82
Total	17	100

De seguida serão apresentadas as cotações individuais dos questionários SECEL e CAPAL do presente estudo, fornecidas por cada um dos pacientes. Os valores encontram-se discriminados para cada uma das sub-escalas de ambos os questionários.

Perante esta tabela é possível constatar que a resposta varia em função do meio de comunicação utilizado, para as sub-escalas ambientais, atitudinais, emocionais e outras. Nota-se que, no questionário SECEL a sub-escala “Geral” é constituída por 5 questões, a sub-escala “Ambiental” é constituída por 14 questões, assim como a sub-escala “Atitudinal”. No questionário CAPAL, a sub-escala de “Auto percepção do problema de fala” é constituída apenas por 1 questão, a sub-escala “Comunicação diária” é constituída por 26 questões e a sub-escala “Emocional” por 13 questões. Assim, nas sub-escalas com maior número de perguntas a pontuação será mais elevada em relação às sub-escalas com menor número de itens. A sub-escala “Comunicação diária” destaca-se, assim, das outras sub-escalas, pelos seus valores.

De ressaltar que, os pontos mais altos na sub-escala “Geral” são os pacientes que utilizam Voz Esofágica e Fala Murmurada; na sub-escala “Ambiental” os que utilizam Voz Esofágica + Fala Murmurada e Fala Murmurada, assim como, Fala Murmurada + Escrita; na sub-escala “Atitudinal” os que utilizam a Fala Murmurada e Voz Esofágica + Fala Murmurada; na sub-escala “Comunicação diária” denota-se a Voz Esofágica + Fala Murmurada e Fala Murmurada + Escrita; na sub-escala Emocional a Laringe Eletrónica e a Fala Murmurada + Escrita. A sub-escala “Auto percepção do problema de fala” destaca-se por existirem 7 pacientes (41,2%) que classificam o seu problema de fala como muito grave, assinalando a pontuação mais elevada da escala. Estes pacientes utilizam como meio de comunicação a Laringe Eletrónica + Fala Murmurada, Fala Murmurada, Voz Esofágica + Fala Murmurada, Laringe Eletrónica e Fala Murmurada + Escrita.

Limitações Comunicativas dos doentes Laringectomizados

Tabela 12: Somatório de respostas, de cada paciente, das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com meio de comunicação utilizado.

Nº Paciente/ Meio comunicação	SECEL			CAPAL		
	Geral	Ambiental	Atitudinal	Auto percepção do problema de fala	Comunicação diária	Emocional
1 – Laringe Eletrónica	13	15	4	0	79	0
2 – Laringe Eletrónica + Fala Murmurada	10	25	16	9	190	89
3 – Laringe Eletrónica + Fala Murmurada	6	31	13	10	173	28
4 – Fala Murmurada	9	16	12	6	137	36
5 – Voz Traqueoesofágica	8	23	15	0	142	107
6 – Voz Traqueoesofágica + Fala Murmurada	12	27	9	7	36	6
7 – Voz Esofágica	14	23	3	5	31	0
8 – Fala Murmurada	5	16	30	10	104	84
9 – Voz Esofágica + Fala Murmurada	7	39	31	10	212	103
10 – Laringe Eletrónica	9	34	22	10	151	136
11 – Fala Murmurada	6	33	11	10	77	7
12 – Voz Esofágica	12	25	6	7	10	0
13 – Fala Murmurada	14	28	13	8	54	16
14 – Voz Esofágica + Fala Murmurada	11	29	13	8	218	44
15 – Fala Murmurada	13	15	16	7	94	50
16 – Fala Murmurada	14	37	25	10	148	113
17 – Fala Murmurada + Escrita	10	37	25	10	222	140

A próxima tabela demonstra a média de classificações das respostas dos pacientes em cada sub-escala dos questionários. Os pacientes inquiridos foram agrupados por meio de comunicação como: os pacientes que utilizam a Voz Esofágica + (Voz Esofágica e Fala Murmurada); os pacientes que utilizam a Laringe Eletrónica + (Laringe Eletrónica e Fala Murmurada) e os pacientes que utilizam a Voz Traqueoesofágica + (Voz Traqueoesofágica + Fala Murmurada). Foram excluídos desta tabela os pacientes que utilizam apenas a Fala Murmurada e os que utilizam a Fala Murmurada em simultâneo com a escrita, pois a finalidade da construção desta tabela é, posteriormente, comparar os resultados do presente estudo com outros em que foram utilizados os mesmos questionários e, como poderemos ver a seguir, a Fala Murmurada e a escrita não fazem parte dos meios de comunicação utilizados pelos pacientes participantes de outros estudos. Podemos observar, nesta tabela, que tal como anteriormente, os valores mais altos são maioritariamente na sub-escala “Comunicação diária”.

Nota-se a tendência para a obtenção de valores semelhantes nas sub-escalas do SECEL e CAPAL, face às duas opções comunicativas – Voz Esofágica e Voz com Laringe Eletrónica.

Os casos com Prótese Traqueoesofágica denotam menos impacto da alteração comunicativa nos diferentes domínios da qualidade de vida.

Tabela 13: Médias de respostas, das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL de cada grupo de pacientes com o mesmo meio de comunicação.

Meio de Comunicação	SECEL			CAPAL		
	Geral	Ambiental	Atitudinal	Auto percepção do problema de fala	Comunicação diária	Emocional
Voz Esofágica + (Voz Esofágica e Fala Murmurada)	11	29	13,25	7,5	117,8	36,75
Laringe Eletrónica + (Laringe Eletrónica e Fala Murmurada)	9,5	26,25	13,75	7,25	148,25	63,25
Voz Traqueoesofágica + (Voz Traqueoesofágica e Fala Murmurada)	5	12,5	6	1,75	44,5	28,25

DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 17 indivíduos apenas do sexo masculino, tal como abordado na tabela 1. Desta forma é possível referir que a maioria destes pacientes que foram submetidos a laringectomia total entre (2011 e 2016) no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, no serviço de otorrinolaringologia, eram na sua maioria homens e a idade média dos sujeitos que constituem a amostra é de 59,65 anos (num intervalo entre os 46 e os 77 anos), o que vai de encontro ao estudo de Carvalho (2001) que afirma que o paciente com cancro de laringe é tipicamente do sexo masculino, com idade entre 40 e 70 anos e ainda o Cancer Research UK (2011) menciona que esta doença é menos frequente em indivíduos com menos de 40 anos, o que claramente se aproxima do presente estudo. Entende-se que o cancro da laringe surja mais a partir da sexta década de vida (Gadenz et al., 2011) o que ratifica que com o avançar da idade esta doença interfira com a qualidade de vida do indivíduo, pois o funcionamento cognitivo e físico encontra-se mais comprometido, o que promove menos capacidade de convívio social, tratando-se de uma limitação comunicativa (*vide*: Tabela 2).

Os pacientes que constituem a amostra apresentam como principais meios de comunicação: Fala Murmurada (35,3%), Voz Esofágica (11,8%), Voz Esofágica e Fala murmurada (11,8%), Laringe Eletrónica (11,8%), Laringe Eletrónica e Fala Murmurada (11,8%) Voz Traqueoesofágica (5,9%), Voz Traqueoesofágica e Fala murmurada (5,9%), e Escrita e Fala Murmurada (5,9%) (*vide*: tabela 3). Tal como apresentado, o meio de comunicação mais frequente é a Fala Murmurada, o que se enquadra no estudo de Hannickel et al., (2002) que afirmam que 60% da amostra utiliza a fala murmurada e 40% a voz esofágica.

Segundo Antunes (2012) a voz esofágica é considerada viável e uma alternativa ao método cirúrgico da prótese fonatória. É recomendada devido à sua qualidade, inteligibilidade e naturalidade, sendo talvez por isso mais utilizada pela faixa etária entre os 65-74 anos de idades, como comprova o presente estudo, pois tratando-se de idades mais avançadas será o principal meio de comunicação alternativo, não invasivo, mais indicado. A prótese fonatória é a única que permite ao doente obter uma voz mais

próxima do “normal” e que logo após a sua inserção o doente tem condições de emitir voz, no entanto, o seu custo é alto, inviabilizando o seu uso mais rotineiro (Zago & Sawada, 1998; Johansson, 2010). Perante este estudo comprovamos que os doentes com idades mais novas é que são os portadores deste mecanismo, pois certamente serão os mais predispostos a utilizarem a Voz Traqueoesofágica, devido à sua vida ativa, quer profissional quer pessoal. A Fala Murmurada encontra-se na mesma faixa etária que a Voz Esofágica, pois os pacientes que utilizam este meio de comunicação são considerados os “aprendizes” da Voz Esofágica, ou seja, são aqueles que foram submetidos a laringectomia mais recentemente e/ou aqueles que não conseguem adquirir a Voz Esofágica. Por sua vez a escrita é um meio alternativo à fala e, quando complementada com a fala murmurada, melhor será a perceção da mensagem por parte do recetor. Contudo, para a utilização deste aspeto é fundamental um nível básico de escolarização, o que nem sempre é possível e o mesmo se comprova no presente estudo, com a existência de analfabetização por parte de alguns doentes inquiridos (17,6%). De salientar ainda que na presença de um laringectomizado que utilize apenas a Fala Murmurada como meio de comunicação, analfabeto (não domina a escrita), com alterações miofuncionais orofaciais e especificamente articulatórias, a sua comunicação estará muito comprometida. Devemos ter em conta, também, que muitos destes casos recusam outros meios de comunicação aumentativos (*vide*: gráfico 1).

Analisando detalhadamente a escolaridade dos pacientes inquiridos, tendo em conta que 4 dos pacientes não responderam à questão relativa à sua escolarização, podemos afirmar que 23,5% destes pacientes possuem o segundo ciclo de estudos, constituindo assim a grande maioria, 17,6% são analfabetos, 11,8% possuem o primeiro ciclo e com a mesma percentagem curso superior. Tendo em conta estes dados e sabendo que a escrita é um meio de comunicação alternativo à fala, tal como já foi abordado anteriormente, conclui-se que os pacientes sem escolarização possuem mais esta limitação comunicativa em relação aos restantes (*vide*: tabela 4).

De acordo com estes dados verifica-se que a percentagem de pacientes analfabetos é muito elevada (17,6%). Achette et al. (2009) notaram que existe um perfil comum do

doente com cancro da laringe, sendo indivíduos com poucos recursos económicos e baixa escolaridade, resultando em consequências negativas na comunicação.

Maier e Tish (1997) associam baixos níveis educacionais e laborais a maior risco de cancro da laringe. Relic et al., (2001) referem no seu estudo baixos índices de escolaridade relacionados com o cancro da laringe.

De acordo com a tabela 5, os participantes neste estudo são em grande maioria casados, constituindo 64,7% da amostra, o que segundo alguns autores melhora a sua estabilidade emocional, a sua reabilitação, a sua socialização e auto-estima. Davatz (2011) refere que o apoio familiar é determinante no aumento da confiança e satisfação do doente. Por vezes é a família que impulsiona o indivíduo laringectomizado a reabilitar-se, a retomar as suas atividades laborais, melhorar a sociabilidade, a auto-estima e, conseqüentemente, a qualidade de vida (Gadenz et al., 2011). No entanto é primordial considerar que, segundo Bettinelli et al., (2008) a família precisa de ser orientada pelos profissionais, desde o período pré-operatório até à alta hospitalar, para criar um contexto de compreensão propício à mudança, oferecendo encorajamento e estímulo ao doente para este conseguir enfrentar os problemas comunicativos e outros.

Um aspeto importante na vida destes doentes é a sua socialização e o seu estado de espírito para frequentar ou evitar encontros sociais devido ao seu problema de fala. Segundo Antunes (2012) reinserir os indivíduos em atividades diárias é um fator motivacional. De acordo com a tabela 6 a maioria destes doentes é reformado, o que pressupõe que se ocupem maioritariamente com atividades de lazer, quer em contexto familiar, quer em contexto social em cafés, bares, etc. Com este estudo foi possível confirmar que a maioria destes pacientes dizem que “Às vezes” vão menos a cafés, bares, encontros ou outros eventos por causa da sua fala, mas em contrapartida afirmam que o seu problema de fala “Nunca” os afeta para realizar atividades de lazer (ex.: jogar dominó, damas, bingo), assim como “Nunca” evitam falar no seu local usual de lazer, “Nunca” o seu problema de fala os afeta para falarem em encontros sociais e “Nunca” evitam falar em encontros sociais. De salientar que estas questões são de questionários diferentes, com opções de respostas diferentes (sendo que um questionário é constituído por uma escala de Likert e outro por uma escala visual analógica, o que poderá condicionar respostas diferentes dentro das questões que abordam os mesmos assuntos).

Na tabela 7 estão patentes os únicos 2 pacientes que se encontram a trabalhar e, consequentemente, os únicos que responderam às questões relacionadas com a realização do seu trabalho. Sendo que, numa escala de 0 a 10 pontos, a média dos doentes avaliou aproximadamente com 4 pontos o impacto na realização do seu trabalho, com aproximadamente 1 o nível de desistência do trabalho devido ao problema de fala, com 5,5 o nível de stress e com o nível de 1 a frequência com que evita trabalhar devido ao seu problema de fala. O que poderá comprovar que o problema de fala destes pacientes não afeta praticamente nada a realização dos seus trabalhos. Devemos ressaltar o facto de falarmos apenas de dois pacientes, o que claramente poderá não servir de exemplo para a maioria dos laringectomizados com vida laboral ativa. Para comprovar isso e contrapondo este facto, Acosta (2009) afirma que 60 % dos pacientes que ainda estavam em idade laboral no momento do diagnóstico ficaram com incapacidade profissional total, passando à reforma antecipada após alta hospitalar. Moreno e Lopes (2002) constataram que cerca de 50% desta população perde os seus empregos.

Segundo o questionário SECEL a maioria dos doentes inquiridos descreve-se “Sempre” como discretos, calmos, ativos, extrovertidos e faladores, assim como assumem perante o receptor que fizeram uma laringectomia. Em média, os doentes afirmam que “Quase sempre” se sentem descontraídos e confortáveis quando conversam com outras pessoas. A maioria afirma ainda que a sua fala melhora “Às vezes” à medida que a usam mais. O facto destes doentes não possuírem complexos em assumir a sua laringectomia pressupõe aparente auto confiança perante a sua imagem, assim como não interfere no seu estado de espírito, continuando a ser alegres e a transmitirem verbalmente aquilo que pretendem (*vide*: gráfico 2).

No estudo de Davatz (2011) também não se verificou esta preocupação em relação à sua auto-imagem, referindo o autor que este facto está mais ligado à feminilidade. Também Gomes (2010) refere o mesmo resultado, sendo a aparência referenciada como um fator mínimo no processo de doença, afetando uma minoria de doentes. Blanco & Botas (2011) referem que a auto-imagem é um fator que o doente vai aceitando progressivamente. Em contrapartida, na questão direta em relação à sua auto-imagem, os pacientes assinalaram com mais frequência “Nunca” e, com igual frequência, “Sempre” em resposta a sentirem que o seu problema de fala os afeta na sua auto-imagem, o que por um lado contraria tudo o citado anteriormente. Esta discrepância poderá ser devida à diferença de escala atribuída a esta questão, pertencendo ao CAPAL.

O estudo de Johansson et al. (2008) revela que os indivíduos pós-laringectomia têm experiências de comunicação com maiores dificuldades a nível ambiental, ou seja, nos diversos locais onde o indivíduo tem que comunicar, estando sujeito à apreciação de terceiros. Como exemplos: chamar alguém, falar ao telefone, falar de uma divisão da casa para a outra ou em locais ruidosos e falar no carro, autocarro ou em viagem, o que vai de encontro aos resultados, sendo que a maioria dos pacientes assinala essas questões como “Sempre”, sendo a opção escalar de resposta mais elevada. Estes resultados justificam o facto do doente se isolar e sair menos de casa, demonstrando alguma dificuldade na sua reinserção social. Contudo, também é importante salientar que estes pacientes por mais que queiram comunicar nestas circunstâncias, tal será muito difícil devido ao facto da fala não ser audível, por outro lado poderiam comunicar através de escrita em algumas situações como em locais ruidosos e em viagem, mas não estão predispostos para tal e em alguns casos são analfabetos.

Segundo o SECEL, em termos atitudinais a maioria dos pacientes não alerta para sentimentos depressivos nem para alterações na vida privada ou social, o que contraria Bráz, et al., (2005) que destacam que o funcionamento social e emocional ficam comprometidos. Outros estudos defendem ainda que um mau ajuste à comunicação oral poderá conduzir a dificuldades de reabilitação do doente, favorecendo o seu isolamento social, a depressão e dificuldades em assumir os papéis de outrora. Finizia et al., 1999; Barros et al., 2004 confirmam distúrbios de ansiedade e depressão no doente

laringectomizado, sendo doentes com maior morbidade física e psicológica, sendo a depressão preditiva de menor qualidade de vida.

Independentemente do nível de adaptação do doente à sua nova voz, a maioria dos inquiridos revela falar menos do que anteriormente à sua laringectomia. Este resultado é natural tendo em conta que os vários tipos de voz utilizada necessitam de treino físico por parte do doente, à exceção da Fala Murmurada, acabando por levá-lo a falar menos de modo a não interferir tanto com a sua capacidade física (Antunes, 2012), o que se comprova neste estudo (*vide*: tabela 8).

Muitos doentes laringectomizados (41,2%), classificam a severidade do seu problema de fala com a pontuação máxima na escala, o que quer dizer que para estes doentes a sua fala encontra-se muito comprometida, com alterações notórias e insatisfatórias, levando assim a uma alteração da comunicação verbal oral, sendo por isso uma limitação comunicativa. A incapacidade de falar transforma a forma de viver e de ser do indivíduo (Antunes, 2012). A laringectomia total resulta num profundo impacto na vida de qualquer doente, levando a uma rutura abrupta da comunicação oral, o que compromete de forma importante o relacionamento social e familiar, podendo levar à frustração em virtude da mutilação física, das alterações funcionais e da perda da voz (Bettinelli et al., 2008).

“Repetir várias vezes” para ser entendido pode ser questionado aos doentes de diversas formas, assim como com opções de resposta também distintas. Vejamos que em escala visual analógica no CAPAL, a média dos pacientes atribuiu valores entre 5 e 7 pontos e, numa escala de Likert no SECEL, a média de respostas foi equivalente a “Quase sempre”.

Ao dividirmos a escala visual analógica de 0 a 10 equitativamente por “Nunca”, “Às vezes”, “Quase Sempre” e “Sempre” corresponderia – 0 a 2,5; “Às vezes” – 2,5 a 5; “Quase Sempre” – 5 a 7,5 e “Sempre” – 7,5 a 10. Ora, de acordo com os resultados, a pontuação de 5 e 7 pontos estaria dentro de “Quase sempre” o que se aproxima da média de respostas a estas questões no SECEL. Isto indica que apesar de escalas de respostas diferentes a resposta em ambas é a mesma.

Falar ao telefone e/ou telemóvel é uma situação não quotidiana na vida destes doentes. O problema de fala impossibilita a perceção sonora correta por parte do ouvinte, o que leva à não realização de chamadas quer para familiares, amigos ou desconhecidos, assim como não atendem qualquer tipo de chamadas. Contudo, não é pelo facto de não falarem ao telemóvel que o deixam de utilizar, até porque existem outros meios alternativos e muito ativos nos dias de hoje para estabelecer contacto com alguém. A outra forma mais vulgar e fácil de comunicar com o outro via telemóvel é através de mensagem escrita. É certo que nos dias de hoje há uma série de aplicações e de formas alternativas de comunicação disponíveis nos smartphones, mas tendo em conta a idade da grande maioria destes doentes é expectável que não usufruam dessas tecnologias, por isso muitas vezes uma simples mensagem poderá não ser de fácil uso. Com isto, a grande maioria destes indivíduos nem sequer utiliza telefone ou telemóvel. Quando alguém necessita de falar com um laringectomizado via telemóvel é comum efetuar a chamada para o cuidador ou pessoa mais próxima do utente e, prova disso é este estudo. Para efetuar as marcações dos pacientes para o preenchimento dos questionários a investigadora principal teve que contactar os cuidadores. O gráfico 6 comprova isso mesmo, sendo que os pacientes evitam “Sempre” falar com familiares incluindo cônjuge, amigos e estranhos ao telefone. Lima, Barbosa & Sougey (2011) contrapõem esta conclusão afirmando que 21,0% dos inquiridos do seu estudo tinham dificuldades em falar ao telefone, mas eram entendidos.

De acordo com este estudo é possível concluir que a maioria dos doentes laringectomizados inquiridos afirma que o seu problema de fala afeta “Sempre” a comunicação em grupo. No SECEL afirmam que “Quase Sempre” têm problemas em falar num grande grupo de pessoas. Em contrapartida, falar num pequeno grupo de pessoas “Às vezes” gera dificuldades (*vide*: gráfico 8). Tal é compreensível pois o loudness fraco e as alterações comunicativas decorrentes da laringectomia originam um retraimento da pessoa em momentos de conversação com um grande número de pessoas, pois a sua fala torna-se inaudível aquando da sobreposição de outras vozes. O estudo de Johansson et al. (2008) confirma que estes indivíduos têm mais dificuldades em falar em grandes grupos de pessoas, justificando assim o facto do doente se isolar e sair menos de casa, demonstrando alguma dificuldade na sua reinserção social. Todavia, no SECEL afirmam que “Às vezes” sentem-se frustrados quando a família e amigos não entendem o que dizem. Neste aspeto é notória a diferença de respostas, pois a questão do SECEL é mais direta. Logo, apesar de não existir bibliografia que o comprove, é notório que terem de repetir o que dizem à família e amigos os incomoda.

Em termos emocionais a maioria dos inquiridos afirma “Nunca” se sentir envergonhado quando fala com alguém que lhe é familiar e com quem tem contacto regular e, por isso, também afirmam “Nunca” se sentirem tristes quando falam com familiares e amigos. Como confirma Gandenz et al. (2011) por vezes é a família que impulsiona o indivíduo laringectomizado a reabilitar-se, a retomar as suas atividades laborais, melhorar a sua sociabilidade, a auto-estima e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

A maioria dos pacientes “Nunca” se sentiu com baixa auto-estima ao falar com quem têm contacto regular, com familiares e até mesmo com estranhos. Dizem “Nunca” estar deprimidos (*vide*: gráfico 12). Já quando têm de repetir o que dizem a familiares e amigos sentem-se, “Às vezes”, frustrados. O facto de não se sentirem com a auto-estima

em baixo leva a uma atitude mais positiva para com a vida, eliminando estados depressivos e, conseqüentemente, ultrapassando possíveis limitações comunicativas.

A maioria dos indivíduos afirma que o seu problema de fala afeta “Sempre” as características da sua comunicação. De ressaltar que a fala é o meio de comunicação verbal oral privilegiado pelo ser humano no processo de transmissão da mensagem entre o emissor e o recetor. É sobretudo através da fala que os humanos trocam informações, quer de sentimentos, opiniões, etc. Quando essa via comunicativa se encontra afetada, é natural que o Homem se sinta comprometido a nível comunicativo. Como é possível comprovar no estudo de Matos et al. (2009) que afirmam que a comunicação verbal é considerada a base do relacionamento humano, sendo para os doentes laringectomizados um instrumento indispensável sem o qual é impossível ter vida de relação de qualidade. A laringectomia é imprescindível para manter a vida após o diagnóstico de cancro da laringe, no entanto, apresenta alterações indiscutíveis a nível da comunicação, que interferem com a qualidade de vida (Barros, Portas & Queija, 2009).

De salientar que, neste estudo, destaca-se um paciente que, preencheu os dois questionários com as cotações mais elevadas em relação aos outros pacientes em praticamente todas as sub-escalas. “Afirma” assim que, acha que o seu problema de fala e a sua comunicação diária encontram-se em estado muito grave, assim como, o seu estado emocional está muito em baixo e em termos ambientais sente-se muito limitado. Perante isto, foi efetuada uma pesquisa acerca deste paciente e foi evidenciado que este se trata de um Laringectomizado recente, pois no momento do preenchimento dos questionários o indivíduo estaria a 2 dias de completar apenas 1 mês de cirurgia. Isto quer dizer claramente que, o fator tempo influencia a perspetiva do problema e conseqüentemente a qualidade de vida. A prova disso é precisamente este caso em relação a todos os outros que já se encontravam Laringectomizados à pelo menos 6 meses (*vide*: tabela 11).

A determinada altura deste estudo, foram elaboradas médias de respostas de cada sub-escala dos questionários SECEL e CAPAL, para perceber qual a relação de valores entre os vários meios de comunicação utilizados. Perante isto, foi possível concluir que os valores de respostas mais próximos são do grupo Voz Esofágica + (Voz Esofágica e Fala Murmurada) e Laringe Eletrónica + (Laringe eletrónica e Fala Murmurada), sobretudo na sub-escala “Atitudinal” do questionário SECEL e na sub-escala “Autopecepção do problema de fala” do questionário CAPAL. O grupo Voz Traqueoesofágica + (Voz Traqueoesofágica e Fala Murmurada) não obteve qualquer relação proximal dos valores entre os restantes grupos de meios de comunicação, mas devemos ter em conta que neste mesmo grupo apenas fariam parte 2 pacientes, assim como a amostra total é diminuta, o que pode influenciar os resultados e, conseqüentemente, os valores de comparação. Para além deste aspeto, é importante ressaltar que a Fala Murmurada e a (Fala Murmurada + Escrita) foram excluídas desta parte do estudo, pois noutros estudos idênticos como Evitts et al. (2011), Schindler et al. (2013) e Law et al. (2009), estes meios de comunicação não são contemplados. (*vide*: tabela 12).

Na tabela seguinte, podemos comparar as médias de resposta das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL de acordo com meio de comunicação utilizado em outros estudos e no presente estudo.

Tabela 14: Comparação de valores médios de respostas de vários estudos, a cada uma das sub-escalas dos questionários SECEL e CAPAL, de acordo com os meios de comunicação utilizados.

SECEL									
Estudos	Voz Esofágica			Voz Traqueoesofágica			Laringe Eletrónica		
	Geral	Ambiental	Atitudinal	Geral	Ambiental	Atitudinal	Geral	Ambiental	Atitudinal
Evitts et al. (2011)	4.6	29.3	16.0	7.7	20.9	14.1	4.0	18	19
Schindler et al. (2013)	5	15	7	5	13	7	—	—	—
Teixeira, A. (2017)	11	29	13.5	5	12.5	6	9.5	26.25	13.75

CAPAL									
Estudos	Voz Esofágica			Voz Traqueoesofágica			Laringe Eletrónica		
	Auto P.	C. diária	Emocional	Auto P.	C. diária	Emocional	Auto P.	C. diária	Emocional
Law et al. (2009)	2.0	59.0	23	2.08	37.31	11.85	2.93	81.86	38.36
Teixeira, A. (2017)	7.5	117.8	36.75	1.75	44.5	28.25	7.25	148.25	63.25

Em termos comparativos, o presente estudo obteve valores de respostas semelhantes ao estudo de Schindler et al. (2013) em todas as sub-escalas do questionário SECEL, na Voz Traqueoesofágica. No grupo de Voz Esofágica, na sub-escala “Ambiental”, os valores são semelhantes com Evitts et al. (2011), contudo o mesmo não se observa nas restantes sub-escalas. Os valores da utilização da Laringe Eletrónica não se aproximam com os valores do estudo de Evitts et al. (2011), ficando muito acima dos mesmos nas sub-escalas “Geral” e “Ambiental”, e abaixo na “Atitudinal”. No questionário CAPAL, o único valor aproximado que se encontra é na Voz Traqueoesofágica, na sub-escala “Auto percepção do problema de fala” face ao estudo de Law et al. (2008).

CONCLUSÃO

Reconhecer as limitações comunicativas de um doente laringectomizado é de extrema importância para que toda a equipa envolvida no processo de reabilitação destes doentes, assim como, a família e amigos dos mesmos e até a sociedade em geral as reconheçam e possam contribuir para uma comunicação mais eficaz. No processo comunicativo destes doentes são várias as barreiras enfrentadas tais como: as alterações vocais e todas as suas limitações inerentes, como por exemplo: o uso de telemóvel/telefone, falar em locais barulhentos e ruidosos, comunicar com grandes grupos de pessoas e até os encontros sociais restritos. Cabe ao Terapeuta da Fala ajudar e implementar metodologias e estratégias comunicativas alternativas à fala, mas cabe também à sociedade adotar outras formas de perceção para com o outro. É certo que o nosso meio de comunicação privilegiado é a fala, mas há outros que não deveriam ser esquecidos aquando do momento de conversação com um laringectomizado. Todos devem esperar e tentar perceber de alguma forma aquilo que o laringectomizado tem para transmitir. Todavia, é lógico que modificar pensamentos e atos da sociedade é difícil, mas após este trabalho deixo a sugestão para encetar ações de sensibilização para a diferença comunicativa.

Muito se fala sobre a qualidade de vida e é certo que quantificá-la é algo muito complexo, abstrato e subjetivo, mas está comprovado que o fator mais importante para uma boa qualidade de vida destes doentes é a sua condição vocal, o que confirma Antunes (2012) dizendo que o que mais limita a qualidade de vida do doente é a voz. O que mais uma vez comprova que a fala está no topo das preferências comunicativas e cabe ao Terapeuta da Fala implementar alternativas comunicativas viáveis a estes pacientes, de forma a ajudar a uma melhor qualidade de vida enquanto laringectomizado.

Neste estudo foi perceptível que os questionários foram demasiado extensos para os doentes, tendo alguns lamentado a morosidade de preenchimento dos mesmos. Os questionários foram preenchidos por doentes com a ajuda de familiares ou pela Terapeuta da Fala responsável pelos casos, assim como pela investigadora principal deste estudo, preenchendo-os sempre em conformidade com as respostas fornecidas pelos pacientes. Muitos doentes tiveram que se deslocar de propósito às instalações do hospital para apenas responderem a estes questionários.

A amostra estudada é limitada para poder tirar conclusões sobre as limitações comunicativas. Este é um problema de muitos estudos já efetuados, pois segundo Antunes (2012) o doente com carcinoma da laringe tem pouca representatividade em relação a outras doenças oncológicas.

Como sugestão, deixo o desafio de aumento de amostra para continuar este estudo de modo a abranger um maior número de casos, ampliando o conhecimento e as reflexões sobre este tema. Sugiro também que o questionário CAPAL seja validado para o Português Europeu, uma vez que o utilizado apenas foi traduzido pela Professora Doutora Susana Vaz Freitas. Também o desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática.

A elaboração deste estudo foi de extrema importância a nível pessoal e profissional, proporcionando um aumento de conhecimentos sobre este tema.

Como conclusão final reitero que há ainda muito trabalho nesta área e levo esse incentivo para a minha futura atividade profissional.

BIBLIOGRAFIA

Acosta, L., Caravaca, A., Rebelo, V. (2009). Qualidade de vida no doente laringectomizado com mais de cinco anos de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Otorrinolringologia e Cirurgia Cervico-Facial*. 47 (1), pp. 33-38.

Antunes, S. (2012). A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns fatores com ela relacionados. [Em linha]. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25060/1/tese%20final.pdf>>[Consultado em 30/10/16]

Augusto, N. (2012). Qualidade de vida vocal em Laringectomizados Totais. *Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde*. Porto

Barros, A., Portas, J., Queija, D. (2009). Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. *Revista Brasileira Cirurgia de Cabeça Pescoço*, 38(3), pp.202 – 207.

Behlau, M. (2001). *Voz - O Livro de especialista: Volume I*. Rio de Janeiro, Revinter Ltda.

Behlau, M. (2005). *Voz - O Livro de especialista: Volume II*. Rio de Janeiro, Revinter Ltda.

Behlau, M., Gonçalves, M., Ziemer, R. (2001). Manual de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo. Roca.

Câmara, F. (2001). Estatística não paramétrica: Testes de hipóteses e medidas de associação. In: Universidade dos Açores, Ponta Delgada, pp.57-66.

Carmo, H., Ferreira, M. (1998). Metodologia de Investigação: Guia para Autoaprendizagem. Lisboa. Universidade Aberta.

Carvalho, M. (2001). A atuação fonoaudiológica em pacientes laringectomizados totais. In: CEFAC, Londrina.

Charone, A., Martin, C. (2001). Uma visão Fonoaudiológica sobre o Câncer de Laringe. *Lato & Sensu*, 2 (3), pp. 9-10

Chaves, et al. (2012). Limits on quality of life in communication after total laryngectomy. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399649/>>[Consultado em 21/10/16]

Chone, C., et al (2005). Reabilitação vocal pós laringectomia total: resultados em longo prazo com prótese fonatória Blom-Singer de longa permanência. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(4), pp. 504-509.

D'Alatri, L., et al (2011). Objective and Subjective Assessment of Tracheoesophageal Prosthesis Voice Outcome. *Journal of Voice*, pp. 1-7.

Dayangku, N., et al (2010). Complications following tracheoesophageal puncture: a tertiary hospital experience. *Ann Acad Med Singapore*, 7, p.565.

Davatz, G. (2011). Reabilitação vocal e qualidade de vida em laringectomizados totais. [Em linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Filipa%20Teixeira/Downloads/TDE_GiovannaCastilhoDavatz.pdf> [Consultado em 21/10/16]

Dejonckere P, et al (2001). A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258, pp.77–82.

Doyle, C. (1994). Foundation of voice and speech rehabilitation following laryngeal cancer. *Singular Publishing Group, Inc*, pp.85-95.

Evitts et al. (2011). Communication adjustment of patients with a Laryngectomy in Turkey: Analysis by type of surgery and mode of speech. In: *Psychology Health and Medicine*.

Fang, F., Chiu, H., Kuo, W., et al (2002). Health-related Quality of Life for Nasopharyngeal Carcinoma Patients Whith Cancer-free Survival After tratement. In: *Radiat Oncol Biol Phys*, v.53, pp.959-968.

Fahl & Goulart (2016). Adaptação transcultural do Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngectomy (SECEL) para o Português Brasileiro. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-64312016000100701&script=sci_arttext> [Consultado em 30/10/16].

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures. Lusociência.

Freitas, T., Lynch, C., Silva, H. (2003). Cancêr de Laringe e Fonoaudiologia. *Lato & Sensu*, 4(1), pp. 3-5.

Gonçalves, et al. (2015). *Registo Oncológico 2014*. Ed. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil E.P.E. Porto

Hannickel, S., et al (2002). O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, pp. 333-339.

Ida, L. et al. (2009). Speech Intelligibility, Acceptability, and Communication-Related Quality of Life in Chinese Alaryngeal Speakers. *American Medical Association – Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, 135(7), pp.704-711.

Jeffrey, E., et al (2004). Clinical Predictors of Quality of Life in Patients Whith Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*, 130, pp.401-408.

Johansson, et al. (2008). Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer. A longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. [Em linha]. Disponível em <<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-8-80>>.[Consultado em 14/03/17].

Law, et al. (2009). Speech Intelligibility, Acceptability, and Communication-Related Quality of Life in Chinese Alaryngeal Speakers. [Em linha]. Disponível em <<file:///C:/Users/Filipa%20Teixeira/Downloads/FullText.pdf> > [Consultado em 30/10/16].

Law, K. (2005). Communication activity and participation after laryngectomy. [Em linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Filipa%20Teixeira/Downloads/FullText.pdf > [Consultado em 30/10/16].

Lima, M., Barbosa, L., Sougey, E. (2011). Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe. *Revista SBPH*, 14(1), pp.18-40.

Mourão, L., et al (2006). Grupo terapêutico-fonoaudiológico desenvolvido junto a laringectomizados totais: uma experiência em situação de Clínica-Escola. *Distúrbios da Comunicação*, abril, pp. 51-61.

Moreno, A., Lopes, C. (2002). Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1), pp. 81-92.

Vieira, D., Monteiro, E. (2009). Intervenção dos Terapeutas da Fala nas Sequelas de Cirurgias de Tumores da Cabeça e Pescoço. *Cadernos de Comunicação e Linguagem*. 1(1), pp.101-113.

Vieira, D., Monteiro, E. (2010). Head and Neck Cancer: Contribution for the Analysis of the Rehabilitation Needs. *Revista da Faculdade Ciências da Saúde*. 7. pp. 108-121.

Vieira, D., Monteiro, E. (s/d). A intervenção dos Terapeutas da Fala na Área Oncológica. *Revista da Faculdade Ciências da Saúde*. pp. 248-259.

Ribeiro, J. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e saúde. Porto, Legis Editora/Livpsic.

Rosa, S. (2009). Atuação Fonoaudióloga em pacientes Laringectomizados Totais. [Em linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Filipa%20Teixeira/Downloads/atuaofonoaudiologica-em-pacientes-laringectomizados-totais.pdf > [Consultado em 30/10/16].

Schindler, et al. (2012). Reliability and validity of the Italian self-evaluation of communication experiences after laryngeal cancer questionnaire. In: Wiley Online Library.

Silva et al. (2015). Quality of Life in Patients Submitted to Total Laryngectomy. *Journal of Voice*, 29(3), pp. 382-388.

Zago, M., Sawada, N (1998). O significado cultural de ser laringectomizado. In: Rev. Bras. Cancerol, v.44, n.2, p.139.

ANEXOS



DEFI

centro hospitalar
do Porto

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Ana Filipa Moreira Teixeira (29732@ufp.edu.pt; 919090741)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Tóquio 2004; Seoul 2008)

Barreiras Comunicativas do Doente Laringectomizado

**Eu, abaixo-
assinado** _____,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.

Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e a todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em revistas científicas, apresentados em conferências e usados noutras investigações, sem qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, dou autorização para a utilização dos dados para esses fins.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, os testes/provas ou o inquérito proposto pelo investigador responsável.

Data ___/_____/____

Assinatura do doente: _____

O investigador responsável:

Nome : Ana Filipa Moreira Teixeira

Assinatura : _____

Ana Filipa
10/11/16
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Dr. PAULO BARBOSA
Presidente
Prof. Doutor JOSE BARROS
Diretor Clínico
Enf.º EDUARDO ALVES
Enfermeiro Diretor
Dr.ª ÉLIA GOMES
Vogal Executiva
Dr. RUI PEDROSO
Vogal Executivo

Exma. Sra.

Ana Filipa Teixeira

Aluna da Faculdade das Ciências da Saúde da UFP

ASSUNTO: Trabalho Académico – Licenciatura - “**Barreiras comunicativas do doente laringectomizado**”

- N/ REF.º 2016.170(144-DEFI/133-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Otorrinolaringologia, sendo Investigadora Principal, a Ana Filipa Teixeira.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

Estudo de investigação

Barreiras Comunicativas do Doente Laringectomizado

Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP
Ana Filipa Moreira Teixeira (nome completo), na qualidade de Investigador Principal, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

Assinatura



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA FALA ALARÍNGEA (PAFA)

SUSANA VAZ FREITAS¹; DIANA CUNHA²; DIANA TAVARES²; ISA DIAS²; HELENA NETO²; PATRÍCIA CABRAL²; PEDRO TEIXEIRA²

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS

DATA DE AVALIAÇÃO: ___ / ___ / _____

AVALIADOR: _____

Nº ID.: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / _____ IDADE: _____

TIPO DE CIRURGIA: _____ DATA DA CIRURGIA: ___ / ___ / _____

COM SUTURA MECÂNICA ___ AUTOMÁTICA ___

COM RECONSTRUÇÃO: NÃO ___ SIM ___ QUAL? _____

ESVAZIAMENTO GANGLIONAR: NÃO ___ UNI ___ BILATERAL ___

TIPO: RADICAL ___ CONSERVADOR ___ FUNCIONAL ___

MIOTOMIA ___ NEUROTOMIA ___

COLOCAÇÃO DA PRÓTESE: PRIMÁRIA ___ (PTEP) SECUNDÁRIA (PTES) ___ NÃO ___

TIPO DE PTE	Nº DE PTE	DATA	MOTIVO
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	

TRATAMENTOS COMPLEMENTARES					
RADIOTERAPIA			QUIMIOTERAPIA		
PRIMÁRIA		Nº DE SESSÕES	ISOLADA		CICLO 1 ___ / ___ / _____
COMPLEMENTAR		DATA INICIO: ___ / ___ / _____	PRIMÁRIA		CICLO 2 ___ / ___ / _____
PALIATIVA		DATA FIM: ___ / ___ / _____	ADJUVANTE		CICLO 3 ___ / ___ / _____
			QT/RT CONC.		

ANEXO I: ESCALA DE HARRISON-ROBILLARD-SCHULTZ (1992) (cit in Boscolo-Rizzo, P. et al, 2008)
A reabilitação traqueoesofágica é considerada com êxito quando a cotação final é igual ou superior a 11. (Boscolo-Rizzo, P. et al, 2008)

DATA	USO	UTILIZAÇÃO	CUIDADO	TOTAL
___ / ___ / _____	_____	_____	_____	_____
___ / ___ / _____	_____	_____	_____	_____
___ / ___ / _____	_____	_____	_____	_____

ANEXO II: OUTRAS OBSERVAÇÕES (DOENÇAS/COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS OU OUTRAS)

1. Terapeuta da Fala no CHP-HGSA; Docente de Terapêutica da Fala na Universidade Fernando Pessoa; Doutoranda de Engenharia Biomédica na Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto
2. Aluno finalista da Licenciatura de Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa.

ANEXO XII

P-SECEL

SELF EVALUATION OF COMMUNICATION EXPERIENCES AFTER LARYNGECTOMY

	0 (nunca)	1 (às vezes)	2 (a maioria das vezes)	3 (sempre)
Sub-Escala Geral				
1) Sente-se relaxado e confortável em contextos sociais?				
2) Descreve-se como uma pessoa calma e tranquila?				
3) Descreve-se como uma pessoa sociável e faladora?				
4) Admite que teve um cancro na laringe?				
5) A sua fala melhora com a prática/uso?				
Sub-Escala ambiental/social				
1) Sente-se limitado em reuniões por causa da fala?				
2) Sente dificuldade em captar a atenção dos outros?				
3) Sente dificuldade a gritar ou a falar alto para as pessoas?				
4) As pessoas têm dificuldade em entendê-lo?				
5) Tem que repetir o que diz para ser entendido?				
6) Tem problemas em falar perante/em grupos grandes?				
7) Tem problemas em falar perante/em grupos pequenos?				
8) Tem dificuldades em falar com uma pessoa?				
9) Tem dificuldades em falar de uma divisão da casa para outra?				
10) Tem dificuldade em falar em locais barulhentos/ruidosos?				
11) Tem dificuldades em falar ao telefone?				
12) Tem dificuldades em falar no carro ou no autocarro?				
13) Tem dificuldades em participar em festas ou atividades sociais?				
14) Agora usa menos o telefone?				
Sub-Escala Atitudinal				
1) Sente-se posto de parte num grupo?				
2) Limitou-se na vida privada ou social?				
3) Sente-se deprimido por causa da fala?				
4) Sente-se frustrado quando não é entendido/percebido?				
5) Sente-se diferente ou único?				
6) Hesita conhecer e falar com pessoas novas?				
7) É posto de parte nas conversas?				
8) Evita falar?				
9) As pessoas acabam as frases por si?				
10) As pessoas interrompem-no?				
11) As pessoas dizem-lhe que não o entendem?				
12) As pessoas ficam irritadas com a sua fala?				
13) As pessoas evitam-no quando fala?				
14) As pessoas falam de maneira diferente consigo?				
15) Os familiares e amigos têm dificuldade em entender a sua situação/modo de falar?				
Pergunta isolada				
1) Fala agora tanto como antes do seu cancro laríngeo?	Sim <input type="checkbox"/> Mais <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/>			

ANEXO XIII

CAPAL – COMMUNICATION ACTIVITY AND PARTICIPATION AFTER LARYNGECTOMY

Auto percepção do problema da fala

1. O quão severo acha que é o seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

Comunicação diária

2. Com que frequência é que um familiar (exemplo cônjuge/ membros da família) lhe pede para repetir, numa conversação cara a cara, porque não entenderam o que falou?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
3. Com que frequência evita falar cara a cara com algum familiar (ex.: cônjuge/ membros da família) devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
4. Com que frequência alguém com quem tem contacto regular (ex.: amigos) lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entenderam o que disse?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
5. Com que frequência evita falar cara a cara com alguém próximo (ex.: amigos) devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
6. Com que frequência é que um estranho lhe pede para repetir novamente, em conversas cara a cara, porque não entendeu o que disse (ex.: fazer um pedido num restaurante)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
7. Com que frequência evita falar com estranhos, cara a cara, devido ao seu problema de fala (ex.: fazer um pedido num restaurante)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
8. Com que frequência é que alguém familiar (ex.: cônjuge/ membros da família) lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
9. Com que frequência evita falar, ao telefone, com alguém familiar (exemplo cônjuge/ membros da família) devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
10. Com que frequência é que alguém que lhe é próximo (exemplo familiares/amigos) lhe pede para repetir o que disse, ao telefone, devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

11. Com que frequência evita falar com alguém com quem tem contacto regular (ex.: amigos), ao telefone, devido ao seu problema de fala?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
12. Com que frequência é que estranhos lhe pedem para repetir o que disse, ao telefone, porque não entenderam o que disse? (ex.: serviços públicos).
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
13. Com que frequência evita falar com estranhos, ao telefone, devido ao seu problema da fala (ex.: serviços públicos)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
14. Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em ambientes ruidosos/barulhentos (ex.: num restaurante)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
15. Com que frequência é que evita falar em ambientes ruidosos/barulhentos por causa do seu problema de fala? (ex.: num restaurante)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
16. Com que frequência é que o seu problema de fala o afeta quando quer falar em ambientes silenciosos (ex.: biblioteca)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
17. Com que frequência é que evita falar em ambientes silenciosos (ex.: biblioteca), devido ao seu problema de fala?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
18. Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer falar em grupo?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
19. Com que frequência é que evita falar em grupo, devido ao seu problema de fala?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
20. Com que frequência é que o seu problema o afeta quando quer expressar emoções, verbalmente?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
21. Com que frequência é que evita expressar emoções verbalmente, devido ao seu problema de fala?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
22. Com que frequência é que o seu problema de fala o afeta, para fazer novos amigos?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
23. Com que frequência é que evita fazer novos amigos, devido ao seu problema de fala?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

24. Com que frequência é que o seu problema de fala o afeta para realizar atividades de lazer (ex.: jogar dominó, damas, bingo)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
25. Com que frequência é que evita falar no seu local usual de lazer, devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
26. Com que frequência é que o seu problema o afeta para falar em encontros sociais (ex.: encontros com amigos ou ex-colegas)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
27. Com que frequência é que evita falar em encontros sociais, devido ao seu problema da fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

Trabalho Sim/Não. Se Não, reformou-se após o problema de fala? Sim/Não

28. O seu problema de fala afeta a realização do seu trabalho?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
29. Com que frequência é que pensa mudar ou desistir do seu trabalho, devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
30. O seu problema de fala aumenta o stress no seu trabalho?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
31. Com que frequência evita trabalhar devido ao seu problema de fala?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

Emocional

32. Sente-se envergonhado quando fala com alguém que lhe é familiar (ex.: cônjuge / familiares)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
33. Sente-se envergonhado quando fala com aqueles com quem tem contacto regular (ex.: amigos)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
34. Sente-se envergonhado quando fala com estranhos?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
35. Sente-se triste quando fala com alguém que lhe é familiar (ex.: cônjuge / familiares)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
36. Sente-se triste quando fala com quem tem contacto regular (ex.: amigos)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre

37. Sente-se triste quando fala com estranhos?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
38. Sente-se tenso quando fala com alguém que lhe é familiar (ex.: cônjuge / familiares)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
39. Sente-se tenso quando fala com aqueles com quem tem contacto regular (ex.: amigos)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
40. Sente-se tenso quando fala com estranhos?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
41. Sente-se com baixa auto-estima quando fala com alguém que lhe é familiar (ex.: cônjuge/familiares)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
42. Sente-se com baixa auto-estima quando fala com aqueles com quem tem contacto regular (ex.: amigos)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
43. Sente-se com baixa auto-estima quando fala com estranhos?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
44. O seu problema de fala afeta a sua auto-imagem (o que você pensa de si mesmo)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre
45. O seu problema de fala afeta as características da sua comunicação?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nunca |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Sempre