

Marisa Santos

**Auto-perceção do impacto da disfagia  
em doentes oncológicos da cavidade  
oral e laringe**



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014



Marisa Santos

**Auto-perceção do impacto da disfagia  
em doentes oncológicos da cavidade  
oral e laringe**



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014



Marisa da Conceição Lima Santos

**Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos  
da cavidade oral e laringe**

Atesto a originalidade do trabalho:

---

(Marisa Santos)

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de licenciatura em Terapêutica da Fala”

Docente Orientadora:  
Mestre Daniela Vieira

## RESUMO

O cancro é atualmente uma das principais causas de enfermidade e morte mundial. Os indivíduos com esta doença apresentam diversas sequelas, decorrentes do cancro e dos tratamentos a ele associados. Deste modo, é fundamental que o TF seja capaz de compreender estas sequelas e a forma como afetam o dia-a-dia do doente. Assim, pretendeu-se avaliar a perspetiva de doentes oncológicos da cavidade oral e da laringe no que concerne ao impacto da disfagia na sua qualidade de vida (QdV). O estudo é de carácter observacional descritivo. A amostra é do tipo consecutiva, constituída por 40 indivíduos com disfagia, subdividida em 2 grupos de 20 indivíduos, de acordo com a variável cancro da cavidade oral e cancro da laringe. Será realizada a caracterização sociodemográfica e clínica destes doentes e ainda a respetiva caracterização da disfagia pela aplicação da escala de performance status para doentes com cancro de cabeça e pescoço (PSS). Para medir a perspetiva do doente sobre o impacto da disfagia na sua qualidade de vida será utilizada a versão portuguesa do SWAL-QOL. Após a análise dos dados foi possível verificar que a QdV relacionada com disfagia é semelhante nos 2 grupos em estudo ( $p=,957$ ). Contudo, o domínio do desejo de comer ( $p=,018$ ) e da comunicação ( $p=,012$ ) realçam uma diferença significativa entre estes dois grupos. Sendo que no domínio do desejo de comer os doentes da cavidade oral apresentam piores resultados, enquanto no domínio da comunicação foram os doentes da laringe que obtiveram piores resultados. Em suma, conclui-se que a localização da neoplasia não poderá ser considerada como preditor na perceção da QdV relacionada com a disfagia. Contudo, existem diferenças significativas entre estes 2 grupos em dois domínios específicos, o desejo de comer e a comunicação, revelando diferentes preocupações entre estes dois grupos.

**Palavras chave:** Disfagia, doente oncológico da cavidade oral, doente oncológico da laringe, perspetiva do doente, qualidade de vida, Terapia da Fala.

## **ABSTRACT**

Cancer is currently one of the leading causes of illness and death worldwide. Individuals with this disease have various consequences arising from the cancer and the treatments involved. So, it is essential that the St is able to understand these consequences and how they affect the day -to-day patient. Thus, we sought to evaluate the perspective of cancer patients in the oral cavity and larynx in relation to the impact of dysphagia on their quality of life (QoL). The study is a descriptive observational. The sample of consecutively, consisting of 40 patients with dysphagia, subdivided into two groups of 20 subjects in accordance with the variable oral cavity cancer and larynx cancer. Sociodemographic and clinical characterization of these patients and further characterization of the respective dysphagia by applying the scale of performance status in patients with head and neck (PSS) cancer will be held. To measure the patient's perspective on the impact of dysphagia on quality of life of the English version SWAL - QOL will be used. After analyzing the data we found that the QoL related dysphagia is similar in the 2 study groups (  $p = , 957$  ). However, mastery of desire to eat (  $p = .018$  ) and communication (  $p = .012$  ) highlight a significant difference between these two groups . Since the field of desire to eat the oral cavity of patients have worse outcomes, while in communication were patients of the larynx had worse results. In short, it is concluded that the location of the tumor can not be regarded as a predictor in the perception of QoL related to dysphagia. However, there are significant differences between these 2 groups in two specific areas, the desire to eat and communication, revealing different concerns between these two groups.

**Keywords:** Dysphagia, cancer patient oral cavity, cancer patient larynx, the patient perspective, quality of life, Speech Therapy.

“A ciência é o querer adaptar o menor sonho ao maior”

Fernando Pessoa

Dedico este trabalho aos meus pais,  
pelo apoio e compreensão ao longo  
de toda a minha jornada académica,  
e à minha irmã, a quem espero poder  
fazer o mesmo.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Mestre Daniela Vieira por todo o apoio, disponibilidade e confiança, demonstrada não só neste trabalho como na restante orientação académica. Realço o agradecimento pela partilha de conhecimentos e ajuda incondicional para concretização deste projeto.

Aos médicos, enfermeiras e auxiliares do serviço de ORL do IPOFG-EPE, pela ajuda fundamental na recolha de dados. Em especial ao Prof. Doutor Eurico Monteiro e à Terapeuta da Fala Rita Viana pelo apoio e orientação essencial no decorrer de todo o projeto.

A todos os participantes, pois sem eles nada teria sido concretizado.

A todos os docentes que direta ou indiretamente me ajudaram na idealização e/ou concretização deste projeto.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XV
INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	2
1. CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO .....	2
i. Cavidade Oral.....	2
ii. Laringe.....	4
2. DISFAGIA NOS DOENTES ONCOLÓGICOS DE CABEÇA E PESCOÇO .....	6
i. Disfagia no Cancro da Cavidade Oral .....	7
ii. Disfagia no Cancro da Laringe.....	9
3. A PERSPETIVA DO DOENTE EM RELAÇÃO AO IMPACTO DA DISFAGIA NA SUA QDV ...	10
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	12
1. OBJETIVO DO ESTUDO .....	12
2. TIPO DE ESTUDO .....	12
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	13
4. VARIÁVEIS .....	14
5. RECOLHA DE DADOS .....	15
i. Material.....	15
ii. Procedimentos .....	15
6. ANÁLISE DOS DADOS.....	16
III. RESULTADOS .....	17
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	17
2. CORRELAÇÃO DO SWAL-QOL E PSS .....	21
3. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA À LOCALIZAÇÃO DA NEOPLASIA	25
4. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA À INTERVENÇÃO DO TF .....	28
5. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA AO GÉNERO .....	30

6. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA ÀS RESTANTES VARIÁVEIS .....	32
IV. DISCUSSÃO.....	32
V. CONCLUSÃO.....	37
VI. BIBLIOGRAFIA.....	39
VII. ANEXOS .....	44

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao género, idade, estado civil e escolaridade. ....	18
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o estadiamento. ....	18
Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto ao tratamento efetuado. ....	19
Tabela 4 - Caracterização da amostra de acordo com a via de alimentação, consistência dos alimentos e dos líquidos. ....	21
Tabela 5 - Correlação de Spearman do SWAL-QOL.....	23
Tabela 6 - Correlação de Spearman do SWAL-QOL com PSS .....	24
Tabela 7 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL de acordo com o grupo. ....	26
Tabela 8 - Frequência dos sintomas faríngeos, orais e de saliva de acordo com o grupo. ....	27
Tabela 9 - Percepção dos doentes sobre a sua saúde no geral de acordo com o grupo. ....	27
Tabela 10 - Resultados PSS de acordo com o grupo. ....	27
Tabela 11 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL nos participantes que usufruíram ou não de TdF. ....	29
Tabela 12 - Frequência dos sintomas faríngeos, orais e de saliva nos participantes que usufruíram ou não de TdF. ....	30
Tabela 13 - Resultados da escala PSS nos participantes que usufruíram ou não de TdF. ....	30
Tabela 14 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL de acordo com o género.....	31
Tabela 15 - Resultados da escala PSS de acordo com o género. ....	32

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – SWAL-QOL-PT.....	44
Anexo 2 – Escala PSS.....	49
Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado.....	50
Anexo 4 – Questionário sócio-demográfico e clínico.....	51
Anexo 5 – Pedido de autorização aos autores.....	52
Anexo 6 – Pedido de autorização à Universidade Fernando Pessoa.....	53
Anexo 7 – Pedido de autorização ao IPOFG-EPE.....	54

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

QdV – Qualidade de Vida

TdF – Terapia da Fala

TF – Terapeuta da Fala

ORL - Otorrinolaringologia

RT - Radioterapia

QT – Quimioterapia

SNG – Sonda nasogástrica

PEG – Gastrostomia percutânea

IPOPFG-EPE – Instituto Português Oncologia do Porto, Francisco Gentil – EPE

PSS – Performance Status Scale

SWAL-QOL – Questionário de Avaliação do Impacto da Disfagia na Qualidade de Vida

## INTRODUÇÃO

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2014), o cancro é atualmente uma das doenças com maior incidência em Portugal e no mundo. À doença e aos respetivos tratamentos estão associadas diversas implicações físicas, psicológicas e sociais, sendo que por norma, estas alterações levam à diminuição da qualidade de vida (QdV). Em particular na cavidade oral e laringe, os tratamentos acarretam diversas implicações nas estruturas destas regiões, estreitamente relacionadas com funções como a respiração, a fala, a voz, a mastigação e a deglutição (Close, Larson e Shah, 1998).

Enquanto futura Terapeuta da Fala (TF), exibo um interesse pessoal e profissional, no que concerne aos doentes oncológicos e a uma das suas principais alterações, a disfagia. Esta poderá implicar outros desfechos como a desnutrição, a desidratação ou, complicações decorrentes de aspirações (Van der Molen et al., 2009). Para além do impacto fisiológico, podem associar-se alterações à forma como o doente percebe o momento da refeição e as experiências a ele associadas. Por isso, a alimentação e o seu papel nas relações pessoais, profissionais e sociais, podem ter consequências psicológicas com repercussões na QdV (White *cit. in* Pimentel, 2006). Assim, é essencial não só possuir conhecimento teórico mas entender a perspetiva do doente, direcionando a intervenção para as dificuldades observadas mas também para as necessidades do utente.

Como objetivo geral de estudo pretende-se avaliar a perspetiva de doentes oncológicos da cavidade oral e laringe no que concerne à sua perceção do impacto da disfagia na QdV. No primeiro capítulo será exposto o enquadramento teórico, onde se explorará os temas de cancro de cabeça e pescoço, em específico da cavidade oral e da laringe, a disfagia nos mesmos e a perspetiva dos utentes face à sua QdV. No segundo capítulo surge o enquadramento metodológico, onde se descreve o objetivo e o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis, a recolha e a análise dos dados. Após este capítulo descrevem-se os resultados com a caracterização socio-demográfica e clínica dos participantes e a distribuição dos *scores*. Seguidamente, serão discutidos os dados obtidos, confrontando-os com a literatura revista, de modo a ser possível obter uma conclusão. No final, estarão apresentadas as referências bibliográficas utilizadas neste estudo e os anexos.

## **I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO**

Atualmente o cancro encontra-se entre as principais causas de morte no mundo, com 8.2 milhões de óbitos em 2012, e uma estimativa de aumento contínuo, que alcançará os 13 milhões em 2030. Em Portugal os valores apresentam a mesma tendência crescente, com 24 mil mortes em 2012 e previsão de 31 mil para 2030, entre os quais aproximadamente 1200 e 1500 respetivamente, são de cabeça e pescoço (WHO, 2014).

O cancro é uma doença onde a complexidade e a diversidade do tratamento implica alterações estéticas, funcionais e psicológicas, que levam à necessidade da colaboração de diversos profissionais e opções terapêuticas. Relativamente ao tratamento, este depende sobretudo do local, do estadiamento do tumor, do estado de saúde geral e da aceitação do paciente. As opções de tratamento médico mais usuais são a cirurgia (convencional ou laser), a radioterapia (RT) e a quimioterapia (QT), que isoladas, ou concomitantemente, combatem a progressão dos tumores. As cirurgias podem ainda estar associadas a esvaziamento ganglionar cervical e a reconstrução. Contudo, podem e, por norma influenciam o aparecimento de inúmeras sequelas (Close, Larson e Shah, 1998, Magrin, Kowalski e Carvalho, 2000 e DeLacure, 1998). As complicações provenientes da cirurgia dependem da extensão da mesma, do tipo de reconstrução e do encerramento cirúrgico, que pode minimizar algumas das sequelas e normalizar a função e as estruturas anatómicas. Um outro aspeto a considerar é a preservação do órgão, para desta forma, se maximizar o resultado funcional (Khosh e Aviv, 1998, Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000 e Lima, Soares e Barbosa, 2001)

#### **i. Cavidade Oral**

A cavidade oral é anatomicamente constituída pelos lábios, mucosa oral, rebordo alveolar inferior e superior, trígono retromolar, palato duro, pavimento da boca e os 2/3 anteriores da língua (DeLacure, 1998).

No Instituto Português Oncologia do Porto, Francisco Gentil – EPE (IPOPFG-EPE), no ano de 2010, a cancro da cavidade oral apresentou uma percentagem de 2.26 do total de tumores malignos. Mais de 98% dos casos registaram-se em indivíduos acima dos 35 anos, maioritariamente do sexo masculino (Pontes, 2012). Quanto à sua etiologia, segundo Kligerman e Dias (2001, p.80) “(...) está intimamente relacionada ao uso de álcool, de tabaco, de próteses dentárias mal adaptadas (...) e à má higiene oral.”

Dentro das abordagens cirúrgicas existe uma diversidade de opções, sendo que a escolha irá depender igualmente, das variáveis já referidas para os doentes da cavidade oral (Magrin, Kowalski e Carvalho, 2000). Para lesões na língua é indicada a glossectomia. Se a exérese for menor que 50% é classificada como parcial, se for removido mais de três quartos denomina-se sub-total e total, se for removido o órgão, na sua totalidade (Leonard e Gillis, *cit. in* Silva, 2007). A pelvectomia é indicada para lesões no pavimento da boca, e pode implicar a remoção do mesmo de modo total ou parcial (Vieira e Monteiro, 2009). Para lesões na mandíbula, a mandibulectomia é a opção cirúrgica indicada. A excisão marginal, quando restrita a uma porção horizontal e segmentar, quando há a secção de um segmento vertical ou, total quando é retirada metade da mandíbula (Behlau et al., 2005). Por último, para lesões no palato duro ou dos alvéolos superiores é indicada a maxilectomia parcial ou total (DeLacure, 1998). Por vezes, as cirurgias na cavidade oral poderão envolver mais do que uma estrutura, por lesões nas mesmas e para garantir uma margem cirúrgica segura. Outro aspeto a considerar é o acesso ao tumor, que irá condicionar o resultado final. (Crary e Groher, 2003).

Tal como será descrito no capítulo posterior, dependendo da extensão, do encerramento e da respetiva reconstrução, as cirurgias poderão acarretar limitações na mastigação, formação, transporte e controlo do bolo alimentar, na cavidade oral. Em alguns casos poder-se-á igualmente verificar alterações na proteção das vias aéreas em consequência da perda de controlo do bolo alimentar, na cavidade oral (Crary e Groher, 2003).

No que diz respeito às sequelas resultantes da RT e da QT, realça-se o facto de a incidência não ser tão localizada quanto nas cirurgias, o que condiciona a afetação das estruturas e das funções envolvidas à lesão, bem como a similaridade das consequências nos diversos tumores. Assim, poderão surgir alterações como mucosite, xerostomia, alterações sensoriais no gosto e olfato, fibrose muscular, trismos, odinofagia, perda de apetite, edema, infeção, mudanças a nível dentário, entre outras, que alteram o processo de deglutição (Crary e Groher, 2003).

## **ii. Laringe**

A laringe é anatomicamente constituída por 3 cartilagens ímpares (cricóide, tiróide e epiglote) e por 3 cartilagens pares (aritenóides, cuneiformes e corniculadas), conectadas, superiormente, ao osso hióide e inferiormente à traqueia (Seeley, Stephens e Tate, 2005, Hanna e Suen, 1998). Ainda importante referir a divisão por 3 regiões anatómicas na laringe: supraglote, glote e subglote. A supraglote estende-se da epiglote ao ápice dos ventrículos sendo constituída pela epiglote, bandas ventriculares, aritenóides e as pregas aritenoepiglóticas e os ventrículos de Morgani. A glote inclui as pregas vocais e a comissura anterior e posterior. A região subglótica estende-se 5 mm inferiormente à borda livre das pregas vocais até à borda inferior da cartilagem cricóide (Hanna e Suen, 1998 e Seeley, Stephens e Tate, 2005 e Lima, Soares e Barbosa, 2001).

No IPOFG-EPE, no ano de 2010, a cancro da laringe apresentou uma percentagem de 1.94 do total de tumores malignos, sendo que mais de 99% dos casos registam-se em indivíduos acima dos 35 anos, maioritariamente do sexo masculino (Pontes, 2012). Quanto à etiologia do cancro da laringe, Kowalski, Miguel e Ulbrich (2000, p.97) realçam a estreita relação com o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, tendo ainda como outros fatores de risco a “(...) exposição profissional a metais e a indústria têxtil, além do histórico familiar de câncer.”.

Nos tumores da laringe, as principais opções cirúrgicas podem-se dividir em parciais e total. O procedimento cirúrgico pode ainda ser convencional ou laser, sendo que este último é o tratamento de eleição para lesões glóticas de reduzido tamanho (Lima, Soares e Barbosa, 2001). Nas laringectomias parciais a sua orientação, vertical

ou horizontal, depende essencialmente da localização e da extensão do tumor. Dentro das horizontais temos a laringectomia horizontal supraglótica que é utilizada para tumores localizados na superfície laríngea da epiglote, das pregas vestibulares ou ariepiglóticas. A laringectomia horizontal supracricóidea é a abordagem de eleição para tumores transglóticos com acometimento glótico e supraglótico (Abrahão, Santos e Cervantes, 2000). Nas laringectomias verticais as opções crescem, sendo um plano com maior possibilidade de abordagens cirúrgicas. Entre as quais temos a corpectomia, abordagem indicada para tumores restritos à porção membranácea da corda vocal, sem alteração da mobilidade. A laringectomia frontal indicada para tumores da comissura anterior e a laringectomia frontolateral (hemilaringectomia) indicada também para tumores da região glótica, que envolvam a comissura anterior ou em tumores que envolvam bilateralmente a região glótica. Contudo, a mobilidade das cordas vocais necessita de se encontrar preservada e, preferencialmente sem o envolvimento das aritenóides. A laringectomia near total é uma das opções para o tratamento de tumores avançados onde apesar da grande invasão tumoral, as aritenóides ainda se mantêm preservadas (Abrahão, Santos e Cervantes, 2000). Por último, a laringectomia total é indicada para tumores mais avançados e extensos, sendo que as 3 regiões da laringe estarão afetadas, impedindo abordagens mais conservadoras (Kowalski, Miguel e Ulbrich, 2000).

Tal como de seguida será descrito no capítulo posterior, dependendo da cirurgia realizada poderão surgir diversas sequelas. Nas laringectomias parciais horizontais, os principais impactos na deglutição traduzem-se em dificuldades na condução do bolo alimentar, em especial se a base da língua for envolvida, com possibilidade de aspiração (Behlau et al., 2005). Nas laringectomias parciais verticais, segundo Sessions, Zill e Schwartz (*cit in* Behlau et al., 2005) poderá haver um grande comprometimento da função esfinteriana e, conseqüente aspiração traqueal se não for realizada alguma técnica reconstrutora. Por último, nas laringectomias totais as cicatrizes na base da língua ou na região faríngea podem promover o acúmulo de alimentos e a hipertonia dificultar a descida do alimento pelo esófago (McCulloch et al. *cit. in* Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

No que diz respeito às sequelas resultantes da RT e da QT, tal como referido anteriormente, a incidência não é tão localizada quanto nas cirurgias o que conduz a repercussões que, não só tendam a afetar estruturas e funções envolventes à lesão como a ter consequências semelhantes nos diversos tumores. Neste caso, semelhantes às da cavidade oral, já referidas anteriormente. Essas alterações como a xerostomia, a fibrose da musculatura e dos tecidos moles da laringe e da faringe podem acarretar modificações na fisiologia da deglutição, como o aumento do trânsito faríngeo, diminuição da elevação laríngea, podendo inclusive condicionar penetrações ou aspirações (Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

## **2. DISFAGIA NOS DOENTES ONCOLÓGICOS DE CABEÇA E PESCOÇO**

Entre 2005 e 2008 no IPOFG-EPE, a disfagia mostrou-se a alteração mais frequente (82,68%) após tratamento cirúrgico (Vieira e Monteiro, *cit in* Vieira e Monteiro, 2010). Bem como, um dos efeitos mais comuns da RT e da QT para o tratamento do cancro de cabeça e pescoço (Logeman, Pauloski e Rademaker, 2008 e Frowen et al., 2010).

Segundo Crary e Groher (2003), a deglutição pode ser dividida em quatro fases: a fase oral preparatória e oral propriamente dita, como fases voluntárias e a fase faríngea e esofágica, como fases reflexas. Contudo, esta divisão não pode ser vista como etapas independentes mas sim, como uma função complexa onde estes quatro componentes ocorrem de forma interdependente e subsequente, para atingir uma deglutição eficiente e eficaz. Sucintamente, a fase oral preparatória consiste na manipulação e mastigação do alimento na cavidade oral, a fase oral inclui a propulsão do alimento, pela língua, para a faringe até que o reflexo de deglutição seja iniciado. Neste momento, tem início a fase faríngea onde o bolo é encaminhado através da faringe até atingir o esófago, iniciando-se a fase esofágica.

O termo disfagia refere-se então a qualquer alteração na deglutição que envolva qualquer uma das fases supracitadas e impeça uma deglutição eficaz e eficiente (Crary e Groher, 2003). No tratamento das disfagias é da competência do TF a avaliação e intervenção nas alterações encontradas nas diversas fases: oral preparatória, oral e

faríngea. Assim, a intervenção inclui as distintas fases, os aspetos voluntários e reflexos e ainda, a interação sequencial das mesmas. Apesar disso, não pode ser descurado impacto no dia-a-dia do doente oncológico, decorrente dos condicionalismos funcionais da disfagia, acarretando consequências físicas, sociais e emocionais (Vokes et al., *cit. in* Gritz et al., 1999).

A nível médico a disfagia é também uma das principais preocupações, já que os doentes podem ter o risco de desnutrição, de desidratação ou complicações adicionais devido a possíveis aspirações. Parte da literatura revista descreve o processo da deglutição e as suas alterações através de avaliações instrumentais como a videofluoroscopia. Porém, os resultados clínicos observados nestas avaliações nem sempre coincidem com a percepção dos doentes em relação à sua disfagia (Van der Molen et al., 2009). Segundo Wilson (2011), a percepção do doente relativamente a diversos domínios da QdV, a deglutição é um dos domínios mais priorizados, com 36% dos doentes selecionando-a como prioridade antes do tratamento e 48%, após o tratamento.

### **i. Disfagia no Cancro da Cavidade Oral**

No respeitante às sequelas do tratamento cirúrgico e, conseqüente afetação do processo de deglutição, é possível observar sequelas distintas de acordo com a resseção realizada. Quando o tratamento cirúrgico envolve apenas os lábios, o impacto na deglutição é mínimo, podendo ocorrer dificuldades na sucção, contenção do alimento na cavidade oral e menor pressão intra-oral (Behlau et al., 2005).

Nas pelvectomias pela alteração no pavimento da boca, e por vezes, a utilização da língua no encerramento primário, poder-se-á observar: reduzida mobilidade da língua na mastigação, estase alimentar e dificuldades no trânsito e propulsão alimentar, que implicam alterações tanto na fase oral como faríngea. Poderá igualmente verificar-se um atraso ou ausência do reflexo de deglutição, bem como uma redução do peristaltismo faríngeo, conduzindo à estase de alimentos na faringe (seios piriformes) e prováveis aspirações tardias (Vieira e Monteiro 2009, Behlau et al., 2005, Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

Na glossectomia, se a ressecção for mínima, a alteração na mobilidade da língua, poderá ter como consequência um atraso no reflexo de deglutição, dificuldades na mastigação e no trânsito oral, com estase de alimentos nos sulcos laterais e por vezes, escape oral anterior. Quando a ressecção envolve 50% ou mais do órgão o impacto na deglutição é naturalmente mais severo, com uma intensificação das dificuldades anteriormente assinaladas e uma mobilidade da língua e controlo do bolo alimentar muito reduzidos, podendo conduzir a aspirações (Vieira e Monteiro 2009, Behlau et al., 2005, Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

Na maxilectomia, as principais alterações na deglutição são o escape de alimentos para a rinofaringe, bem como alterações na mastigação (Vieira e Monteiro 2009, Behlau et al., 2005). Na mandibulectomia são verificadas dificuldades na mastigação do lado lesado e um aumento do tempo da propulsão do bolo alimentar. Quando a excisão é anterior poder-se-á também observar alterações no corte do alimento e no encerramento labial que poderá condicionar um escape anterior de saliva e do próprio alimento (Vieira e Monteiro 2009, Behlau et al., 2005).

Por último, se houver lesão do nervo laríngeo superior, poderemos observar sequelas como um défice sensorial na hipofaringe (Behlau et al., 2005). Algumas complicações inerentes à abordagem cirúrgica poderão acarretar implicações no funcionamento da articulação temporomandibular (ATM), desarticulação e má oclusão (Khosh e Aviv, 1998).

Na RT como a área de incidência do tratamento não é tão localizada como na cirurgia as repercussões tendem a afetar as estruturas e as funções envolventes à lesão. Dentro destas estruturas temos: a pele e o tecido subcutâneo, o tecido muscular, as membranas mucosas e os tecidos moles, as glândulas salivares, as estruturas ósseas, a cartilagem, as estruturas oculares, a espinal medula, os nervos periféricos e a glândula tireóide (Isaacson, 1998). A disfagia resultante da RT é uma das reações agudas destes pacientes que, por norma, segundo Carrara-de Angelis, Mourão e Furia (2000, p.157) se encontra associada a outras reações como “(...) mucosite, xerostomia, alteração do paladar, perda do olfato, odinofagia, otite média e externa, anorexia, infecção

bacteriana, viral ou fúngica.”. Ainda segundo o mesmo autor, reações mais tardias incluem:

“(...) osteorradionecrose da mandíbula, ulceração da mucosa, trismo, fibrose, necrose do tecido, cáries dentárias, disfunção endócrina, edema da laringe e até paralisia da prega vocal, diminuição do reflexo da deglutição e do peristaltismo faríngeo (...)”.

Por fim, é ainda referido na literatura a ocorrência de disfunção muscular, com limitação dos movimentos em força e amplitude (Dreizen et al., 1977 e Isaacson, 1998 e Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000). Assim sendo, estas sequelas isoladas ou em conjunto podem ocasionar disfagia, com diferentes graus de gravidade.

A QT embora não seja um dos tratamentos de eleição, por vezes a sua utilização torna-se necessária, pelo que é igualmente relevante ter em conta possíveis sequelas que desta poderão advir. Dentro dos efeitos mais comuns temos: a mucosite, a mielossupressão, as náuseas/vómitos, a toxicidade renal, a neuropatia, a ototoxicidade, a reação de hipersensibilidade, a queda de cabelo, a retenção de fluídos, a hiperpigmentação, a febre, a estomatite e a fibrose pulmonar (Lippman e Vokes, 1998). Decorrente dos efeitos supramencionados, ao nível da deglutição pode observar-se uma fibrose da musculatura cervical, atraso do reflexo da deglutição e diminuição da elevação laríngea (Lazarus et al., 1996).

## **ii. Disfagia no Cancro da Laringe**

Relativamente às sequelas do tratamento cirúrgico, e consequente afetação do processo de deglutição, é possível observar sequelas distintas de acordo com a cirurgia realizada. Na laringectomia parcial horizontal ocorre a remoção da epiglote, das pregas ariepiglóticas e vestibulares, restando apenas as pregas vocais como meio de proteção. Todavia, o cirurgião promove a aproximação da base da língua com as arietnóides, servindo de meio adicional de proteção das vias áreas inferiores (Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000). Devido à insuficiente proteção das vias aéreas, a maioria dos pacientes apresenta estase alimentar, trânsito oral aumentado e aspirações, durante a deglutição, por norma, para líquidos (Brandão et al., *cit. in* Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000). Na laringectomia supraglótica ampliada, com ressecções da base da língua, para além da perda dos esfíncteres laríngeos superiores, dá-se também a diminuição das funções da língua e, consequentemente da sua função protetora. Nestes

casos, o alimento poderá ir para as vias aéreas ou revelar estase na valécula com penetração e aspiração posterior à deglutição (Brandão et al., *cit. in* Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000). As laringectomias parciais verticais incluem resseções como cordectomias até resseções maiores como hemilaringectomias ou laringectomias frontolaterais. As sequelas associadas a este tipo de cirurgia por norma são na função fonatória sendo que sequelas na deglutição como aspirações são menos frequentes (Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

Nas laringectomias totais embora ocorra a separação da via respiratória e alimentar (Kowalski, Miguel e Ulbrich, 2000), impedindo os riscos nas aspirações, podem surgir outras sequelas que prejudiquem o processo de deglutição. Algumas alterações como, as cicatrizes na base da língua ou na região faríngea, podem condicionar o acúmulo de alimentos durante a deglutição e ainda, a hipertonía ou a estenose da musculatura cricofaríngea que dificulta a descida do alimento para o esófago (McCulloch et al. *cit. in* Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

No que diz respeito às sequelas resultantes da RT e da QT, tal como referido anteriormente, a incidência não é tão focal quanto no tratamento cirúrgico pelo que o impacto ocorrerá não só nas estruturas e nas funções envolventes à lesão como serão semelhantes nos diversos tumores. Neste caso, idênticas às da cavidade oral, já mencionadas anteriormente. Essas alterações como a xerostomia, a fibrose da musculatura e dos tecidos moles da laringe e da faringe podem acarretar modificações na fisiologia da deglutição, com o aumento do tempo de trânsito faríngeo, a diminuição da elevação laríngea, podendo inclusive condicionar penetrações ou aspirações (Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000).

### **3. A PERSPETIVA DO DOENTE EM RELAÇÃO AO IMPACTO DA DISFAGIA NA SUA QdV**

O conceito de QdV é considerado multidimensional e terá de incluir no mínimo a dimensão do bem-estar físico, funcional, psicológico e social (Gotay, *cit. in* Gritz et al., 1999). A par destas, poderão também ser incluídas a espiritualidade, a sexualidade,

o funcionamento profissional, a satisfação com o tratamento e as avaliações globais da QdV (Cella e Tulskey, *cit. in* Gritz et al., 1999).

Como todas as doenças, o cancro exige cuidados especiais e especializados que minimizem as implicações físicas e psicológicas do indivíduo. A aparência física e as capacidades, neste caso a deglutição, do paciente ficam frequentemente alteradas, o que pode levar a consequências psicossociais negativas (Vokes et al., *cit. in* Gritz et al., 1999). Tendo em conta as diversas sequelas, os profissionais de saúde, usualmente, consideram mais os sintomas funcionais da patologia, em detrimento dos aspetos psicológicos e sociais, bastante valorizados pelo paciente (Pimentel, 2006). No caso do doente oncológico, o cancro, e as sequelas a ele inerentes, mudam a forma como este percebe o ambiente e as experiências a ele associadas, podendo acarretar consequências psicológicas com repercussões na sua QdV (White *cit. in* Pimentel, 2006). Assim sendo, o doente é o indivíduo indicado para fornecer as informações acerca do impacto da disfagia no seu dia-a-dia e na sua QdV, levando os questionários de auto-preenchimento a serem considerados uma opção de eleição (Pimentel, 2006) para a obtenção da perspetiva do paciente sobre o impacto da disfagia na sua QdV.

Na escolha do questionário realça-se que a deglutição é integrada na maioria dos questionários que avaliam a QdV nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, tal como o EORTC QLQ – H&N35 (Bjordal et. al., 1999), o FACT- H&N e o University of Washington Quality of Life Questionnaire (List et al. *cit in* Rinkel et al., 2009). Estes e outros instrumentos são eficazes na avaliação da QdV e funcionam como meios de triagem para a avaliação das alterações na deglutição (Thomas, 2008). Todavia, para obter informações mais pormenorizadas relativamente às dificuldades de deglutição poderá ser benéfico o uso de questionários que foquem o sintoma específico – deglutição. Verdonck-de Leuw, Rinkel e Leemans (2007) referem vários questionários de uso corrente, incluindo o Questionário de Avaliação do Impacto da Disfagia na QdV (SWAL-QOL) (anexo 1). Para além deste, existem também o MDADI (M.D. Anderson Dysphagia Inventory), o DHI (Deglutition Handicap Index) e o EAT-10 (Eating Assessment Tool) (Vieira, 2010). Na análise realizada pelo mesmo autor é possível observar que, exceto o SWAL-QOL, nenhum dos restantes questionários apresenta a

necessária adaptação cultural e linguística para o português europeu, excluindo assim a possibilidade de se tornarem a ferramenta deste estudo.

Por fim, realça-se a importância do TF, enquanto profissional envolvido no tratamento das disfagias em doentes oncológicos (Furkim e Carrara-de Angelus, 2000). O TF para além de possuir conhecimento teórico sobre as especificidades da disfagia nestes doentes, deverá também conhecer a perspetiva do doente sobre o impacto que a disfagia apresenta no seu dia-a-dia e conseqüentemente na sua QdV. Assim, será capaz de direcionar a intervenção não só para as dificuldades por ele observadas mas igualmente, de acordo com as necessidades, preferências e expectativas do utente.

## **II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **1. OBJETIVO DO ESTUDO**

Como objetivo geral do estudo pretende-se avaliar a perspetiva de doentes oncológicos da cavidade oral e laringe, no que concerne ao impacto da disfagia na sua QdV, averiguando se serão ou não, obtidos resultados distintos entre estes 2 grupos de doentes oncológicos.

### **2. TIPO DE ESTUDO**

Este projeto de investigação adota um desenho observacional, ou seja, o investigador não intervém sobre as variáveis, mas desenvolve procedimentos de modo a descrever os acontecimentos que observa e possíveis efeitos nos sujeitos em estudo (Ribeiro, 1999, Bonita, Beaglehole, Kjellstrom, 2010). Dentro dos estudos observacionais este projeto pretende desenvolver um estudo descritivo, caracterizado por relatar os dados, recolhidos diretamente através de questionários específicos, podendo procurar informações sobre a comparabilidade das variáveis (Bonita, Beaglehole, Kjellstrom, 2010).

### 3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo envolve doentes com cancro da cavidade oral e da laringe, da consulta externa, do Serviço de Otorrinolaringologia (ORL), do IPOPFGE-EPE. Todavia, devido à impossibilidade de recolher dados relativos a todos os pacientes, estes foram seleccionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão.

- Grupo 1: Doentes oncológicos da cavidade oral
  - *Critérios de inclusão*: doentes oncológicos da cavidade oral com disfagia orofaríngea, do serviço de ORL, do IPOPFGE-EPE, com idade igual ou superior a 18 anos, terem realizado tratamento cirúrgico e/ou RT/QT há pelo menos 3 meses, encontrarem-se em regime ambulatorio.
  - *Critério de exclusão*: apresentarem alterações cognitivas ou do estado de vigiância, serem incapazes de ler e escrever em Português, recusarem a sua participação ou o preenchimento do consentimento informado.
- Grupo 2: Doentes oncológicos da laringe
  - *Critérios de inclusão*: doentes oncológicos da laringe, com disfagia orofaríngea, do serviço de ORL, do IPOPFGE-EPE, com idade igual ou superior a 18 anos, terem realizado tratamento cirúrgico e/ou RT/QT há pelo menos 3 meses, encontrarem-se em regime ambulatorio.
  - *Critério de exclusão*: apresentarem alterações cognitivas ou do estado de vigiância, serem incapazes de ler e escrever em Português, recusarem a sua participação ou o preenchimento do consentimento informado.

A escolha do período de tempo de 3 meses após os tratamentos, tem por base o facto de as sequelas agudas já se encontrarem em grande parte atenuadas, e o processo de deglutição restabelecido na maioria dos doentes (Raber-Durlacher et al., 2012), excluindo assim pacientes com disfagia aguda, mas consequentemente reduzindo a população-alvo. Inicialmente pretendia-se uma amostra consecutiva de 30 indivíduos em cada grupo, num total de 60 indivíduos. Apesar disso, por limitações financeiras e temporais da investigadora, houve a necessidade de uma redução do tamanho da amostra. Em suma, ao longo da recolha de dados, com a duração de 3 meses, houve uma constante preocupação em inquirir apenas os doentes que respeitassem os critérios de inclusão, obtendo um total de 47 indivíduos. Contudo, por vezes ocorreram imprevistos

como por exemplo o indivíduo ser incapaz de ler e escrever em português. Estes acontecimentos inesperados levaram à exclusão dos respetivos questionários e à consequente diminuição da amostra para 40 participantes, 20 doentes oncológicos da cavidade oral e 20 da laringe.

#### 4. VARIÁVEIS

Quando se considera uma população existem características que diferem entre os indivíduos da mesma, se estas forem de interesse para o estudo são intituladas variáveis. Sendo a população constituída por seres humanos existe uma grande quantidade e qualidade de variáveis, assim é fundamental restringir o número das mesmas, restando apenas as que se mostrem objeto relevante para apreciação e análise (Paulos *cit. in* Ribeiro, 1999). As variáveis podem ser intituladas de dependentes, independentes (Almeida e Freire *cit. in* Ribeiro, 1999). A variável dependente é influenciada pela variável independente, ou seja, alterações na variável independente irão manipular a variável dependente. (Ribeiro, 1999).

Nos dois grupos foi recolhida informação relativa ao género, idade, escolaridade, profissão, toma de medicação, diagnóstico médico, tratamentos realizados, caracterização da doença (estadiamento) e tempo que decorreu desde o último tratamento, ou seja as variáveis independentes. Como variáveis dependentes são considerados o SWAL-QOL e a escala de classificação da severidade de disfagia (PSS) (anexo 2), posteriormente descritos.

O questionário SWAL-QOL é composto por 44 itens que avaliam como a disfagia afeta a QdV do doente. Os 44 itens avaliam 11 domínios: *burden*, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. Cada item é classificado por uma escala de *Likert* de 1 a 5 pontos. Todas as escalas foram transformadas linearmente para se obter uma pontuação entre 0 e 100, onde 100 indica o estado mais favorável e 0 o menos favorável e os *scores* entre estes valores representam a percentagem do possível score total conseguido/atingido (McHorney et al., 2000a, Mchorney et al., 2000b, Mchorney et al., 2002).

A escala PSS é um instrumento de avaliação clínica constituído por 3 questões relacionadas com: 1) normalidade da dieta, 2) inteligibilidade do discurso e 3) comer em público (List, Ritter-Sterr e Lansky, 1990).

## **5. RECOLHA DE DADOS**

### **i. Material**

Para a recolha de dados foram necessários diversos materiais, desde as canetas necessárias à escrita, ao imprescindível consentimento informado (anexo 3), folha de registo do questionário SWAL-QOL, do questionário sociodemográfico (anexo 4) e da escala PSS.

### **ii. Procedimentos**

Após a delineação inicial do projeto e escolha da ferramenta para o estudo, foi necessário um pedido formal de autorização às autoras do questionário (Anexo 5), que foi aceite e permitiu o início dos restantes pedidos. Para a aceitação do projeto e a respetiva recolha dos dados foi necessário um pedido formal e oficial de autorização, endereçado aos responsáveis das instituições (Universidade Fernando Pessoa e IPOPG-EPE) e da comissão de ética e serviço, onde se realizou a respetiva recolha (Anexo 6 e 7). Após as respetivas autorizações iniciou-se a recolha de dados junto dos doentes.

A seleção dos doentes no serviço regeu-se pelos critérios de inclusão e exclusão supracitados, sendo que foram recolhidos os dados de forma consecutiva, ou seja, todos os indivíduos considerados elegíveis para participar no estudo, foram encaminhados pelo médico especialista e incluído no estudo. Primeiramente, para além do pedido verbal informal, foi imprescindível a apresentação do consentimento informado aos participantes, de modo a que estes pudessem ler e assinar, se concordavam participar no estudo de sua livre vontade.

De modo a obter os dados sociodemográficos e clínicos dos doentes foi completado pelo doente, e posteriormente confirmado na base de dados da instituição, o

questionário sociodemográfico. Para a classificação da gravidade da disfagia foi utilizada a Escala de Performance Status para doentes com cancro de cabeça e pescoço - PSS (List, RitterSterr e Lansky, 1990), que será preenchida pelo entrevistador. Seguidamente cada doente completou, em contexto de entrevista, a versão portuguesa do questionário SWAL-QOL, que foi traduzido, adaptado e validado para o Português Europeu (Antunes, Vieira e Dinis-Ribeiro *submitted*; Vieira, 2010).

Para além destas escalas foram realizadas questões relativamente a: 1- sonda de alimentação (sim-não); 2- consistência/textura dos alimentos (A - dieta normal, B - alimentos moles, C - alimentos triturados, D - alimentação maioritária por sonda, comendo por vezes alimentos saborosos e E – alimentação por sonda); 3- consistência dos líquidos (A - normal, B – líquidos espessos, C - líquidos moderadamente espessos, D - líquidos muito espessos, E - Não bebe líquidos pela boca ou limitado a pedaços de gelo); 4- estado de saúde geral (McHorney et al, 2002).

## **6. ANÁLISE DOS DADOS**

Os resultados obtidos nos questionários foram inseridos na base de dados: SPSS 22.0, onde constam as variáveis do estudo e dados recolhidos. Para a respetiva análise estatística, os dados recolhidos foram codificados de acordo com a numeração árabe. Posteriormente, todas as escalas (domínios do SWAL-QOL e sub-escalas PSS) foram transformadas linearmente de modo a obter-se uma pontuação entre 0 e 100, onde 0 indica o resultado menos favorável e 100 o mais favorável, os resultados entre estes valores representam a percentagem do resultado final obtido. A análise basear-se-á na descrição e caracterização dos dados recolhidos, tornando claras as medidas de tendência central e de variabilidade. Os resultados obtidos serão apresentados sob a forma de tabelas.

Com a análise dos dados será possível obter a caracterização geral da amostra, bem como, relacionar as variáveis em diversos testes, de modo a obter resultados que respondam a questões previamente levantadas ou à colocação de novas. O primeiro teste realizado foi o Kolmogorov-Smirnov. Com este teste é possível testar a normalidade da amostra, sendo que o valor obtido de  $p$  foi superior a 0,05, o que confirma uma distribuição normal da amostra deste estudo (Siegel e Castellan, 2006). A natureza da

distribuição é um dos fatores que influenciam a escolha entre testes paramétricos ou não paramétricos. Porém, não o único. Segundo Mattar (*cit in* Rocha e Delamaro, 2011), os testes paramétricos apenas são a eleição quando estamos perante amostras de grandes dimensões. Assim, de modo a garantir a veracidade dos resultados optou-se pelos testes não paramétricos, mais indicados em amostras pequenas, apesar da normalidade obtida.

Entre os testes não paramétricos disponíveis foram utilizados os testes Mann-Whitney e Krushal-Wallis, bem como o coeficiente de correlação de Spearman. Este último mede o grau de associação entre uma variável contínua e outra categorial. O Mann-Whitney pretende averiguar se duas amostras independentes apresentam distribuições semelhantes ou diferentes. O Krushal-Wallis pretende igualmente verificar as distribuições, mas contrariamente ao Mann-Whitney, analisa mais do que 2 amostras (Siegel e Castellan, 2006).

### III. RESULTADOS

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tal como indicado na tabela 1, dos 40 participantes do estudo 80% eram do sexo masculino e com uma idade média de 60.93 anos. No total da amostra 70% eram casados e 70% tinham o 1º ciclo do ensino básico.

	<b>Cavidade Oral</b>	<b>Laringe</b>	<b>Total</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Género</b>			
Masculino	13 (65%)	19 (95%)	32 (80%)
Feminino	7 (35%)	1 (5%)	8 (20%)
<b>Idade</b>			
36-46	2 (10%)	2 (10%)	4 (10%)
47-57	7 (35%)	3 (15%)	10 (25%)
58-68	9 (45%)	9 (45%)	18 (45%)
>69	2 (10%)	6 (30%)	8 (20%)
<b>Estado Civil</b>			

Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe

Casado	17 (85%)	11 (55%)	28 (70%)
Solteiro	0 (0%)	4 (20%)	4 (10%)
Divorciado	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
Viúvo	1 (5%)	4 (20%)	5 (12,5%)
<b>Escolaridade</b>			
Sem escolaridade	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
1º ciclo	12 (60%)	16 (80%)	28 (70%)
2º ciclo	5 (25%)	3 (15%)	8 (20%)
Secundário	2 (10%)	0 (0%)	2 (5%)

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao género, idade, estado civil e escolaridade.

No que concerne ao estadiamento do cancro existem ligeiras diferenças entre os dois grupos. De uma forma geral, o estadiamento mais comum foi: T3 (32,5%), N0 (42,5%), M0 (90%) e o estadio IIB. (tabela 2)

	<b>Cavidade Oral</b>	<b>Laringe</b>	<b>Total</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Estadiamento</b>			
Tx	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
T1	4 (20%)	1 (5%)	5 (12,5%)
T2	5 (25%)	2 (10%)	7 (17,5%)
T3	3 (15%)	10 (50%)	13 (32,5%)
T4	6 (30%)	6 (30%)	12 (30%)
Nx	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
N0	9 (45%)	8 (40%)	17 (42,5%)
N1	5 (25%)	2 (10%)	7 (17,5%)
N2	4 (20%)	7 (35%)	11 (27,5%)
N3	1 (5%)	2 (10%)	3 (7,5%)
Mx	2 (10%)	1 (5%)	3 (7,5%)
M0	17 (85%)	19 (95%)	36 (90%)
M1	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,5%)

**Estadio TNM**

0	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
IA	4 (20%)	1 (5%)	5 (12,5%)
IB	0 (%)	1 (5%)	1 (2,5%)
IIB	9 (45%)	7 (35%)	16 (40%)
IIIA	2 (10%)	4 (20%)	6 (15%)
IIIB	4 (20%)	6 (30%)	10 (25%)

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o estadiamento.

No respeitante ao tratamento efetuado pelos doentes, realça-se o facto de todos terem realizado cirurgia, e maioritariamente do tipo convencional (85%). Em 40% das cirurgias houve a necessidade de realizar uma traqueostomia, bem como EGC em 57,5% dos casos. Quanto ao tratamento complementar, 80% dos pacientes foram submetidos a RT e 42,5% a QT, a realização dos 3 tratamentos observou-se em 40% dos doentes. Por último, apenas 40% dos participantes usufrui de Terapia da Fala (TdF) para a reabilitação da deglutição. (tabela 3)

	<b>Cavidade Oral</b>	<b>Laringe</b>	<b>Total</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tipo de cirurgia</b>			
Convencional	18 (90%)	16 (80%)	34 (85%)
Laser	2 (10%)	4 (20%)	6 (15%)
<b>Traqueostomia</b>			
Não	20 (100%)	4 (20%)	24 (60%)
Sim	0 (0%)	16 (80%)	16 (40%)
<b>EGC</b>			
Não	14 (70%)	3 (15%)	17 (42,5%)
Sim	6 (30%)	17 (85%)	23 (57,5%)
<b>RT</b>			
Não	5 (25%)	3 (15%)	8 (20%)
Sim	15 (75%)	17 (85%)	32 (80%)
<b>QT</b>			
Não	11 (55%)	12 (60%)	23 (57,5%)

Sim	9 (45%)	8 (40%)	17 (42,5%)
<b>Cirurgia+RT+QT</b>			
Não	12 (60%)	12 (60%)	24 (60%)
Sim	8 (40%)	8 (40%)	16 (40%)
<b>TdF (deglutição)</b>			
Não	12 (60%)	12 (60%)	24 (60%)
Sim	8 (40%)	8 (40%)	16 (40%)

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto ao tratamento efetuado.

Relativamente ao tempo entre o término do tratamento e a recolha dos dados verifica-se uma média de 38.65 meses e um desvio-padrão de 49.40 meses. Quanto ao modo de preenchimento, 97,5% dos participantes optaram pela leitura e escrita das respostas pelo entrevistador. No tempo de preenchimento verifica-se uma média de 14,20 minutos e desvio-padrão de 3.92 minutos.

A alimentação da maioria dos doentes ocorre por via oral (85%), com uma consistência dos alimentos preferencialmente mole (52,5%) e normal para os líquidos (85%). (tabela 4)

	<b>Cavidade Oral</b>	<b>Laringe</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Via de alimentação</b>			
Oral	16 (80%)	18 (90%)	34 (85%)
Sonda Nasogástrica (SNG)	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
Gastrostomia Percutânea (PEG)	3 (15%)	1 (5%)	4 (10%)
<b>Consistência dos alimentos</b>			
A - normal	4 (20%)	3 (15%)	7 (17,5%)
B - mole	8 (40%)	13 (65%)	21 (52,5%)
C – puré	4 (20%)	2 (10%)	6 (15%)
D – mista	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

E – NPO	4 (20%)	2 (10%)	6 (15%)
<b>Consistência dos líquidos</b>			
A – normal	16 (80%)	18 (90%)	34 (85%)
B – pouco espesso	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
C – moderadamente espesso	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
D – muito espesso	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
E – NPO	4 (20%)	2 (10%)	6 (15%)

Tabela 4 - Caracterização da amostra de acordo com a via de alimentação, consistência dos alimentos e dos líquidos.

## 2. CORRELAÇÃO DO SWAL-QOL E PSS

Na tabela 5 apresenta-se a matriz de correlações escala-escala do SWAL-QOL. O coeficiente de Spearman diverge entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação entre as duas variáveis. Assim, quando são medidos constructos semelhantes (ex. seleção dos alimentos e desejo de comer) as correlações são mais elevadas em relação aos constructos divergentes (sono e comunicação). Bem como, valores negativos significam que as variáveis variam em sentido contrário (Siegel e Castellan, 2006).

Os domínios da seleção dos alimentos e receios apresentam uma média relação com os domínios *burden* (,418; ,328, respetivamente) e desejo de comer (,408; ,379, respetivamente). No domínio saúde mental, com o *burden* (,573), a seleção dos alimentos (,532) e os receios (,702) existe uma grande correlação; com o desejo de comer (,424) há uma média correlação. O domínio do funcionamento social apresenta uma média correlação com o *burden* (,458), os receios (,406) e a saúde mental (,401). A fadiga apresenta uma grande correlação com o desejo de comer (,570) e uma média correlação com a seleção dos alimentos (,406), os receios (,432) e a saúde mental (,471). Por último, o domínio do sono apresenta uma média correlação com o desejo de comer (,387), os receios (,342) e a saúde mental (,374), e uma grande correlação com a fadiga (,636). Estes valores evidenciam uma associação entre os domínios na amostra, ou seja,

quando os resultados de um domínio aumentam os restantes, a ele correlacionados, seguem a mesma tendência de crescimento.

Na tabela 6 apresenta-se a matriz de correlações entre o SWAL-QOL e a escala PSS. Observa-se que as correlações variam entre valores positivos (,817) e negativos (-,399). Entre os resultados obtidos salienta-se a correlação entre a sub-escala comer em público e os domínios *burden* (,394) e funcionamento social (,535), com uma média e grande correlação, respetivamente. A sub-escala inteligibilidade do discurso apresenta uma média correlação com o domínio desejo de comer (,386) e uma grande correlação com a comunicação (,817). Por último na sub-escala normalidade da dieta são verificadas médias correlações com os domínios *burden* (,387), duração da alimentação (-,399) e funcionamento social (,461). Em todas estas correlações é verificada uma boa associação entre as variáveis, sendo que, tratando-se de constructos semelhantes o seu crescimento varia no mesmo sentido, e em sentidos contrários, quando estamos perante constructos divergentes.

<b>Matriz de Correlações</b>									
<b>(Spearman)</b>									
	<b>Desejo de comer</b>	<b>Duração da alimentação</b>	<b>Seleção dos alimentos</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Receios</b>	<b>Saúde mental</b>	<b>Funcionamento social</b>	<b>Fadiga</b>	<b>Sono</b>
<b>Burden</b>	,059	-,004	,418**	,227	,328*	,573**	,458**	,024	,067
<b>Desejo de comer</b>		,101	,408**	-,285	,379*	,424**	,147	,570**	,387*
<b>Duração da alimentação</b>			,131	,178	-,062	,005	,103	,288	,188
<b>Seleção dos alimentos</b>				,166	,274	,532**	,209	,486**	,174
<b>Comunicação</b>					,058	,182	,278	-,078	,069
<b>Receios</b>						,702**	,406**	,432**	,342*
<b>Saúde mental</b>							,401*	,471**	,374*
<b>Funcionamento social</b>								,122	,154
<b>Fadiga</b>									,636**

Tabela 5 - Correlação de Spearman do SWAL-QOL

\*p<.05 \*\*p>.01

<b>Matriz de Correlações</b>			
<b>(Spearman)</b>			
	<b>PSS</b>	<b>PSS</b>	<b>PSS</b>
	<b>Comer em público</b>	<b>Inteligibilidade do discurso</b>	<b>Normalidade da dieta</b>
<b>Burden</b>	,394*	,191	,387*
<b>Desejo de comer</b>	,174	-,386*	,004
<b>Duração da alimentação</b>	-,143	,074	-,399*
<b>Seleção dos alimentos</b>	,246	,153	,123
<b>Comunicação</b>	,088	,817**	,157
<b>Receios</b>	,134	-,062	,240
<b>Saúde mental</b>	,267	-,001	,202
<b>Funcionamento social</b>	,535**	,221	,461**
<b>Fadiga</b>	,044	-,178	-,203
<b>Sono</b>	,046	-,060	-,101

Tabela 6 - Correlação de Spearman do SWAL-QOL com PSS

\*p<.05 \*\*p>.01

### **3. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA À LOCALIZAÇÃO DA NEOPLASIA**

Na tabela 7 estão representados os resultados para os 10 domínios do SWAL-QOL (*Burden*, Desejo de comer, Duração da alimentação, Seleção dos alimentos, Comunicação, Receios, Saúde mental, Funcionamento social, Fadiga e Sono), de acordo com cada grupo (Cavidade oral e Laringe).

De acordo com Rinkel (2009) a diferença de 14 pontos no resultado é indicativo de alteração na deglutição, sendo que se estes indivíduos ainda não usufruírem da terapêutica adequada, deveriam ser alvo de uma avaliação à deglutição. Na presente amostra verificam-se valores claramente inferiores (54,92 e 55,59), sendo possível afirmar que existe uma alteração na deglutição destes indivíduos.

No respeitante a localização da neoplasia os doentes da cavidade oral apresentaram melhores resultados nos domínios duração da alimentação, comunicação, funcionamento social e sono, enquanto os doentes da Laringe apresentaram melhores resultados nos domínios *burden*, desejo de comer, seleção dos alimentos, receios, saúde mental e fadiga. É também possível verificar que na grande maioria dos domínios o grupo da cavidade oral apresenta uma maior amplitude de resposta, de 0 a 100 na pontuação e um desvio-padrão mais elevado em relação ao grupo da Laringe, que demonstra ser um grupo mais homogéneo nos seus resultados.

No que diz respeito ao confronto estatístico entre estes dois grupos é possível verificar que na maioria dos domínios, bem como no seu total, não são observadas diferenças estatisticamente significativas. Assim, considera-se que a QdV relacionada com disfagia é semelhante nos 2 grupos em estudo ( $p_{total}=,957$ ). Contudo, embora não existam diferenças estatisticamente relevantes em todos os domínios, o domínio do desejo de comer ( $p=,018$ ) e da comunicação ( $p=,012$ ) realçam uma diferença significativa entre estes dois grupos. No domínio do desejo de comer é o grupo da cavidade oral que apresenta os piores resultados, contrariamente ao grupo da laringe que tem neste domínio o melhor valor de todo o questionário. No domínio da comunicação é

o grupo da laringe que exibe os resultados mais baixos, enquanto o grupo da cavidade oral apresenta neste domínio o melhor resultado de todos os domínios.

Domínios do SWAL-QOL	Cavidade Oral		Laringe		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Burden</b>	0-100	43,13 (40,24)	0-87,5	46,25 (24,03)	,848
<b>Desejo de comer</b>	0-100	51,25 (31,21)	41,7-91,7	73,75 (13,04)	<b>,018</b>
<b>Duração da alimentação</b>	0-100	40,00 (36,18)	0-100	33,75 (29,83)	,648
<b>Seleção dos alimentos</b>	0-100	51,88 (36,56)	12,5-100	56,25 (28,82)	,699
<b>Comunicação</b>	0-100	66,88 (28,47)	0-87,5	40,63 (32,41)	<b>,012</b>
<b>Receios</b>	0-100	61,25 (32,86)	12,5-100	66,56 (23,67)	,968
<b>Saúde mental</b>	0-100	60,75 (32,29)	10-100	64,00 (24,53)	,968
<b>Funcionamento social</b>	5-100	60,50 (33,04)	20-100	55,75 (26,91)	,532
<b>Fadiga</b>	0-100	54,17 (32,72)	33,3-100	62,08 (20,50)	,550
<b>Sono</b>	0-100	59,38 (35,56)	0-100	56,88 (37,05)	,825
<b>TOTAL</b>	18-88	54,92 (20,84)	34-83	55,59 (13,34)	,957

Tabela 7 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL de acordo com o grupo.  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney.

A frequência dos sintomas faríngeos (tossir, engasgar-se ao comer alimentos, engasgar-se ao beber líquidos, ter de limpar a garganta, ficar com a comida presa na garganta e tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos), orais (babar-se, problemas em mastigar, ficar com comida presa na boca e babar comida ou líquidos pela boca) e de saliva (ter saliva ou expetoração espessas e ter muita saliva ou expetoração) encontram-se expostos na tabela 8. Ambos os grupos apresentam resultados semelhantes na frequência dos sintomas faríngeos ( $p=,968$ ), contrariamente os sintomas orais apresentam melhores resultados nos doentes da laringe e os de saliva nos doentes da cavidade oral. Contudo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.

Frequência dos sintomas	Cavidade Oral		Laringe		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Faríngeos</b>	25-95,83	60,63 (17,39)	29,17-100	61,25 (19,45)	,968
<b>Orais</b>	0-100	57,50 (24,47)	37-100	69,69(16,26)	,105
<b>Saliva</b>	0-100	66,88 (31,49)	0-75	52,50 (19,28)	,141

Tabela 8 - Frequência dos sintomas faríngeos, orais e de saliva de acordo com o grupo.  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney

A percepção dos doentes sobre a sua saúde no geral, descrita na tabela 9, apresenta-se com resultados semelhantes nos dois grupos (entre razoável a boa), sem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.795$ ).

Saúde Geral	Cavidade Oral		Laringe		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Saúde Geral</b>	0-75	35,00 (23,51)	0-75	36,25 (20,64)	,795

Tabela 9 - Percepção dos doentes sobre a sua saúde no geral de acordo com o grupo.  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney

No respeitante à escada PSS, a tabela 10, mostra os resultados médios das suas sub-escalas (comer em público, inteligibilidade do discurso e normalidade da dieta), de acordo com os 2 grupos. Nos doentes da cavidade oral observam-se melhores resultados nas duas primeiras sub-escalas, em especial na inteligibilidade do discurso onde se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=,009$ ). Na normalidade da dieta são observados melhores resultados nos doentes da laringe.

Escala PSS	Cavidade Oral		Laringe		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Comer em público</b>	25-100	70,00 (26,41)	25-100	68,75 (31,28)	,944
<b>Inteligibilidade do discurso</b>	0-100	78,75 (25,99)	0-100	52,50 (33,34)	<b>,009</b>
<b>Normalidade da dieta</b>	0-100	46,00 (33,78)	0-100	52,00 (24,62)	,316

Tabela 10 - Resultados PSS de acordo com o grupo.  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney.

#### **4. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA À INTERVENÇÃO DO TF**

A variável em estudo neste capítulo diz respeito à intervenção do TF nas alterações da deglutição. Ou seja, os participantes identificados como usufruidores desta terapia tiveram, obrigatoriamente, TdF com enfoque na deglutição, podendo ter ou não outras áreas envolvidas.

De modo a melhor perceber a distribuição da amostra de acordo com esta variável é importante uma breve caracterização. Assim, no grupo de doentes que usufruíram de TdF, 37,5% apresentam uma alimentação por sonda, os restantes alimentam-se por via oral. Contudo, estes preferem uma consistência dos alimentos mole (25%) e puré (25%), e líquidos, no seu estado normal. No grupo que não usufrui de TdF todos os seus elementos apresentam uma alimentação por via oral com uma consistência preferencialmente mole nos alimentos (70,8%) e líquidos no seu estado normal (100%).

Nos resultados dos dez domínios do SWAL-QOL de acordo com o critério se usufruíram ou não de TdF são visíveis diferenças nos resultados. Especialmente na duração da alimentação, com resultados estatisticamente significativos e mais positivos nos pacientes que usufruíram desta terapia. Porém, os melhores resultados nem sempre são vistos nos pacientes com terapia, é o caso dos domínios *burden*, seleção dos alimentos, comunicação, receios, saúde mental e funcionamento social. No ponto de vista do total dos domínios os resultados entre os dois grupos, embora melhores no grupo com TdF, são semelhantes e sem diferenças estatisticamente relevantes. (tabela 11)

Domínios do SWAL-QOL	Teve Terapia da Fala		Não teve Terapia da Fala		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Burden</b>	0-100	39,06 (36,76)	0-100	48,44 (30,02)	,395
<b>Desejo de comer</b>	16,7-100	63,02 (25,81)	0-100	62,15 (27,03)	,978
<b>Duração da alimentação</b>	0-100	53,91 (38,38)	0-75	25,52 (23,16)	<b>,015</b>
<b>Seleção dos alimentos</b>	0-100	47,66 (31,36)	0-100	58,33 (33,31)	,311
<b>Comunicação</b>	0-100	53,13 (33,39)	0-100	54,17 (33,31)	1,00
<b>Receios</b>	12,5-93,8	62,50 (25,10)	0-100	64,84 (30,88)	,560
<b>Saúde mental</b>	0-100	58,13 (32,76)	0-100	65,21 (25,34)	,579
<b>Funcionamento social</b>	5-100	50,31 (28,25)	5-100	63,33 (30,31)	,179
<b>Fadiga</b>	0-100	64,58 (25,18)	0-100	53,82 (28,23)	,130
<b>Sono</b>	0-100	71,09 (25,70)	0-100	49,48 (39,44)	,101
<b>TOTAL</b>	24-88	56,34 (15,85)	18-88	54,53 (18,45)	,782

Tabela 11 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL nos participantes que usufruíram ou não de TdF.  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney.

A tabela 12 representa a frequência dos sintomas faríngeos, orais e de saliva nos indivíduos que usufruíram ou não de TdF. São observadas diferenças entre estes dois grupos em todos os sintomas, em especial nos sintomas faríngeos e de saliva que apresentam resultados estatisticamente significativos. Em ambos os sintomas surgem no grupo que não usufruiu de TdF que se observam os melhores resultados.

Frequência dos sintomas	Teve terapia da fala		Não teve terapia da fala		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Faríngeos</b>	25-79,2	52,60 (16,09)	33.3-100	66,49 (17,70)	<b>,030</b>
<b>Orais</b>	0-87,5	57,42 (23,52)	25-100	67,71 (19,30)	,201
<b>Saliva</b>	0-100	48,44 (24,53)	0-100	67,19 (26,02)	<b>,035</b>

Tabela 12 - Frequência dos sintomas faríngeos, orais e de saliva nos participantes que usufruíram ou não de TdF.

*p* valor obtido no teste Mann-Whitney.

Nos valores obtidos nas sub-escalas do PSS de acordo com os 2 grupos, é possível verificar diferenças significativas em especial no comer em público ( $p=,041$ ) e na normalidade da dieta ( $p=,004$ ). Em ambos os melhores resultados encontram-se no grupo que não usufruiu de TdF. (tabela 13)

Escala PSS	Teve Terapia da Fala		Não teve Terapia da Fala		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Comer em público</b>	25-100	57,81 (28,46)	25-100	77,08 (26,50)	<b>,041</b>
<b>Inteligibilidade do discurso</b>	0-100	60,94 (28,82)	0-100	68,75 (34,77)	,290
<b>Normalidade da dieta</b>	0-100	34,38 (33,46)	20-100	58,75 (21,93)	<b>,004</b>

Tabela 13 - Resultados da escala PSS nos participantes que usufruíram ou não de TdF.

*p* valor obtido no teste Mann-Whitney.

## 5. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA AO GÉNERO

Numa breve caracterização da amostra de acordo com esta variável, realça-se que no sexo feminino todos os doentes realizam uma alimentação por via oral, com uma consistência maioritariamente mole (75%) e líquidos no seu estado normal (100%). No sexo masculino 81,3% realizam uma alimentação por via oral, com uma consistência dos alimentos preferencialmente mole (46,9%) e líquidos no seu estado normal

Na tabela 15 encontram-se descritos os resultados dos dez domínios do SWAL-QOL, de acordo com o género. É possível constatar que os domínios do desejo de comer ( $p=,004$ ) e da fadiga ( $p=,003$ ) apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que é no sexo masculino que são verificados os melhores resultados. No sexo feminino apenas são verificados melhores resultados nos domínios *burden* e comunicação.

Domínios do SWAL-QOL	Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>p</i>
	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	Min-Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Burden</b>	0-100	54,69 (34,68)	0-100	42,19 (32,34)	,321
<b>Desejo de comer</b>	8,3-66,7	38,54 (20,86)	0-100	68,49 (24,11)	<b>,004</b>
<b>Duração da alimentação</b>	0-62,5	28,13 (27,35)	0-100	39,06 (34,16)	,458
<b>Seleção dos alimentos</b>	0-100	43,75 (37,20)	0-100	56,64 (31,43)	,361
<b>Comunicação</b>	25-100	64,06 (30,21)	0-100	51,17 (33,50)	,413
<b>Receios</b>	0-87,5	46,88 (34,56)	12,5-100	68,16 (25,52)	,100
<b>Saúde mental</b>	0-80	52,50 (25,63)	0-100	64,84 (28,83)	,242
<b>Funcionamento social</b>	5-100	58,13 (33,59)	5,00-100	58,13 (29,42)	,892
<b>Fadiga</b>	0-66,67	29,17 (27,46)	25,00-100	65,36 (22,21)	<b>,003</b>
<b>Sono</b>	0-100	42,19 (35,94)	0-100	62,11 (35,28)	,146
<b>Total</b>	18-77	45,80 (19,38)	24-88	57,62 (16,17)	,146

Tabela 14 - Resultados dos domínios do SWAL-QOL de acordo com o género  
*p* valor obtido no teste Mann-Whitney

Na frequência dos sintomas realça-se que não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos, embora o sexo feminino tenha apresentado melhores resultados na frequência dos sintomas faríngeos (61,98) e de saliva (68,75), enquanto os sintomas orais apresentaram melhores resultados no sexo masculino (65,82).

Na tabela 15 é possível observar diferenças significativas na sub-escala inteligibilidade do discurso ( $p=,039$ ) onde o sexo feminino apresenta os melhores resultados, bem como nas restantes sub-escalas.

PSS	Sexo Feminino		Sexo Masculino		<i>p</i>
	Min- Max	Média (Desvio- Padrão)	Min- Max	Média (Desvio- Padrão)	
<b>Comer em público</b>	50-100	71,88 (24,78)	25,00-100	68,75 (29,78)	,819
<b>Inteligibilidade do discurso</b>	25-100	84,38 (26,52)	0-100	60,94 (32,34)	<b>,039</b>
<b>Normalidade da dieta</b>	20-100	60,00 (27,26)	0-100	46,25 (29,59)	,185

Tabela 15 - Resultados da escala PSS de acordo com o género.  
*p* valor obtido no teste de Mann-Whitney

## 6. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA RELATIVA ÀS RESTANTES VARIÁVEIS

No respeitante às variáveis faixa etária, término do tratamento, estágio e tipo de tratamento em relação aos domínios do SWAL-QOL, frequência dos sintomas, saúde geral e PSS, embora sejam verificados resultados distintos, estes não se mostram estatisticamente significativos. Tendo sido apenas verificado uma diferença significativa nos domínios fadiga ( $p=,025$ ) e sono ( $p=,007$ ) em relação à variável faixa etária. Assim, no presente estudo as variáveis acima citadas não poderão ser consideradas preditoras da QdV relacionada com a disfagia.

## IV. DISCUSSÃO

No que diz respeito às associações entre os diversos domínios do SWAL-QOL, realça-se a associação positiva entre os receios e a saúde mental. Esta associação apresenta o valor de ,702, podendo assim afirmar-se que estas duas variáveis se encontram associadas. Ou seja, quando os doentes apresentam piores resultados nos receios os resultados da saúde mental irão igualmente diminuir. Todavia, esta

associação apenas nos pode indicar que as variáveis crescem no mesmo sentido, e não que, aumentos sucessivos numa, acarretarão aumentos sucessivos na outra. Este resultado vai de encontro ao obtido por Vieira (2010) (,709), bem como por McHorney et al. (2002) (,64). No entanto, os resultados das correlações nem sempre se mostram semelhantes aos obtidos pelos autores supracitados, embora mais semelhantes aos obtidos por McHorney et al. (2002), as diferenças poder-se-ão dever às diferenças no tamanho da amostra, bem como à população em estudo.

De forma geral, nas duas matrizes de correlações constata-se que, maioritariamente, as escalas que medem o mesmo constructo apresenta associações mais fortes, demonstrando uma validade convergente (ex. domínio comunicação vs. sub-escala inteligibilidade do discurso: ,817), contrariamente os constructos diferentes, com valores mais baixos, não apresentam associação e determinam uma validade divergente (ex. domínio fadiga vs *burden*: sem significância estatística).

Tal como anteriormente referido, a hipótese inerente ao objetivo do estudo pretendia averiguar se existiam diferenças significativas no que concerne ao impacto da disfagia na QdV entre os dois grupos, utilizando como ferramenta o SWAL-QOL. No resultado total, estes dois grupos apresentam uma semelhante QdV relacionada com a disfagia, sendo que a hipótese de estes terem diferentes perceções do impacto da disfagia no seu dia-a-dia não poderá ser aceite na sua totalidade. Contudo, também terá de ser tido em conta as diferenças significativas encontradas nos domínios do desejo de comer e comunicação, posteriormente fundamentadas.

No respeitante a resultados, de acordo com a localização da neoplasia, a literatura revista não apresenta resultados neste sentido, pelo que os dados acima expostos não poderão ser alvo de comparação. Contudo, Frowen et al. (2010) avaliaram o impacto de diversas características, incluindo a localização tumoral, na deglutição. Este constatou que os pacientes da cavidade oral apresentam maiores limitações, tal como observado no presente estudo no respeitante à sub-escala normalidade da dieta e aos sintomas faríngeos e orais. No entanto, estes dados são obtidos num ponto de vista clínico e não da perceção do doente, impossibilitando uma maior relação de comparação entre estes dois estudos. Os resultados aqui obtidos, sobre um ponto de vista teórico,

poder-se-ão dever aos tratamentos de RT e QT realizados pela maioria dos doentes (82,5%), onde a incidência não é tão localizada quanto nas cirurgias, levando a que as repercussões sejam semelhantes nos diversos tumores, e em especial nestas localizações próximas. Em associação, a QdV e a sua percepção apresentam uma forte ligação com os contextos sociais, económicos, culturais e políticos em que os indivíduos se integram (Santos e Martins, 2002), sendo assim a partilha dos mesmos pelos participantes poderá uniformizar os resultados.

No domínio da comunicação os doentes da laringe apresentaram piores resultados (40,63%). Em especial quando há envolvimento do espaço glótico, estes doentes começam a sofrer alterações vocais ainda antes do diagnóstico, sendo inclusive um dos principais sintomas desta neoplasia, que prejudica a comunicação com os interlocutores (Agrício, 2000). Após o diagnóstico, o tratamento acarreta igualmente, um impacto na comunicação oral que nos casos mais radicais, como a laringectomia total, ocorre a perda total da voz laríngea, com consequências psicológicas e sociais. Contrariamente, os doentes da cavidade oral apresentam como principal impacto o comprometimento do processo da deglutição e por vezes alterações na fala (Behlau, et al., 2005). Neste seguimento os resultados da escala PSS corroboram também estas afirmações, já que é verificada uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,009$ ) na inteligibilidade do discurso, onde o grupo dos doentes oncológicos da laringe apresenta um resultado inferior, mas superior na normalidade da dieta.

No que concerne ao domínio do desejo de comer, as diferenças estatisticamente significativas colocam o grupo da cavidade oral com resultados inferiores (51,25%), tal como no PSS com um resultado inferior, na normalidade da dieta (46,00%). Assim, tal como anteriormente referido, os doentes oncológicos da cavidade oral apresentam como principal impacto o comprometimento do processo da deglutição. As alterações na sua dieta (Behlau et al., 2005), bem como alterações sensoriais no paladar e olfato, decorrentes dos tratamentos, que influenciam a apreciação do alimento e consequentemente o seu desejo (Behlau, et al., 2005, Crary e Groher, 2003).

Por fim, no respeitante aos resultados obtidos nos domínios do SWAL-QOL estes vão de encontro aos resultados obtidos por Vieira (2010) nos doentes oncológicos

com disfagia. Exceto nos domínios onde no presente estudo ocorreram as diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, ou seja, no domínio do desejo de comer e na comunicação onde no estudo de Vieira (2010) se verifica os valores 65,75% e 61,38%, respetivamente. Assim constata-se que estas diferenças se fazem não só entre estes dois grupos, mas também face a resultados obtidos por doentes com cancro de cabeça e pescoço nas mais diversas localizações.

Relativamente à frequência dos sintomas realça-se que não foram observadas diferenças significativas. Contudo, os resultados obtidos vão também de encontro aos valores apresentados por Vieira (2010), 59,8% (sintomas faríngeos), 70,1% (sintomas orais) e 55,1% (sintomas de saliva). Descritivamente constata-se que o grupo da cavidade oral apresenta melhores resultados nos sintomas de saliva, mas inferiores nos orais. Estes resultados seguem o já descrito na literatura, onde é referido que os impactos na deglutição dos doentes oncológicos da cavidade oral ocorrem maioritariamente na fase oral. Pelo comprometimento da mobilidade e/ou sensibilidade das estruturas poder-se-ão observar alterações no vedamento labial, mastigação, controlo do bolo alimentar entre outros (Behlau, et al., 2005, Crary e Groher, 2003).

Por último, os resultados obtidos no PSS vão de encontro aos resultados apresentados por Gritz et al. (1999), exceto na normalidade da dieta no grupo da cavidade oral e na inteligibilidade do discurso no grupo da laringe. Realçando uma vez mais que as diferenças estatisticamente significativas se fazem não só entre os dois grupos em estudo, mas também, face a resultados obtidos por doentes com cancro de cabeça e pescoço, em diversas localizações.

No respeitante à intervenção do TF o domínio com uma diferença estatisticamente significativa é a duração da alimentação, que apresenta um melhor resultado nos doentes que usufruíram desta terapia. Este resultado reflete um dos objetivos da terapia, já que o paciente será considerado reabilitado no momento em que a alimentação por via oral ofereça um suporte nutricional adequado, bem como uma duração da refeição compatível com as atividades diárias do doente (Carrara-de Angelis, Mourão e Furia, 2000). Este resultado poderá ainda advir da considerável percentagem

de doentes (37,5%) que permanecem com uma alimentação por sonda, caracterizada por um período temporal de alimentação inferior à via oral.

Contudo, nem todos os melhores resultados são observados nos pacientes com terapia, embora não sejam estatisticamente significativos as diferenças nos domínios *burden*, seleção dos alimentos, saúde mental e funcionamento social demonstram uma variação considerável. Estes valores inferiores no grupo que usufrui de TdF podem revelar, tal como descrito por Nguyen et al. (2005) que técnicas compensatórias, muitas vezes desenvolvidas para garantir a segurança da deglutição, poderão levar ao constrangimento e conseqüente afetação das suas relações com outros indivíduos.

No respeitante à frequência dos sintomas são visíveis resultados significativamente inferiores para o grupo que usufrui de TdF. List et al. (1996) referem uma contínua disfunção na alimentação devido à centralidade clínica para os doentes oncológicos destas localizações. O facto de os doentes com maior frequência dos sintomas, bem como resultados inferiores e estatisticamente significativos na normalidade da dieta (34,38%) e comer em público (57,81%), poderá traduzir às marcadas dificuldades sentidas por estes doentes e que levaram ao seu encaminhamento para a TdF. Estes resultados poderão também ser fundamentados tendo em conta que uma percentagem considerável desta amostra apresenta uma alimentação por sonda. Este tipo de alimentação pretende garantir não só a segurança na alimentação bem como proporcionar um suporte nutritivo adequado. Isto porque, estes indivíduos não possuem os requisitos necessários para iniciar uma alimentação por via oral, ou seja, apresentam dificuldades muito marcadas que poem em risco a sua saúde e neste caso, são elementos que influenciam negativamente as médias das diversas variáveis em estudo. Por fim é ainda importante realçar que o grupo que usufrui de TdF apresenta um período de tempo, desde o término do tratamento até a recolha dos dados, inferior ao dos doentes que não usufruíram desta terapia, 23 e 49,08 meses respetivamente. Bem como alguns dos elementos ainda necessitavam deste acompanhamento, revelando assim um período inferior para a extinção e/ou diminuição das alterações provenientes das mais distintas sequelas.

Nos resultados obtidos face ao género do indivíduo, realçam-se os domínios do desejo de comer e da fadiga, nos quais foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, sendo o género masculino que obteve melhores resultados. Contudo, no total dos domínios não são verificadas diferenças significativas sendo que o género não poderá ser considerado influenciador da perceção da QdV relacionada com a disfagia. Neste sentido também Feliciano (2010) constatou que o género não influencia a perceção da qualidade de vida familiar global. Nas sub-escalas PSS as diferenças significativas na sub-escala inteligibilidade do discurso poder-se-ão dever ao facto de estas terem a neoplasia na cavidade oral, localização que já anteriormente tinha sido verificada como melhor nesta sub-escala e domínio da comunicação.

Por último, destaca-se que as variáveis faixa etária, término do tratamento, estadio e tipo de tratamento não se mostraram predictoras da QdV relacionada com a disfagia. Tal como no presente estudo, a investigação de Gritz et al. (1999) com doentes oncológicos de cabeça e pescoço, e a de Bandeira (2008) com doentes oncológicos da cavidade oral após tratamento à língua, não encontraram associações no que concerne as variáveis estágio do tumor e termino do tratamento, respetivamente. Contrariamente, no estudo de Bandeira (2008) embora o tipo de tratamento não se mostre predictor em todos os domínios, são visíveis diferenças estatisticamente significativas quando analisados doentes com e sem RT nos domínios do burden, duração da alimentação, saúde mental e sono. Importante também realçar que no presente estudo, devido ao tamanho da amostra, nem sempre as variáveis supracitadas tinham um número adequado de participantes nos diversos valores das mesmas.

## **V. CONCLUSÃO**

De forma sucinta, a localização da neoplasia não poderá ser considerada como predictor na perceção da QdV relacionada com a disfagia. Contudo, com este estudo foi possível constatar que existem diferenças significativas entre estes 2 grupos, realçando o domínio do desejo de comer, uma vertente alteradora da alimentação e a perceção do seu impacto na QdV no caso doente oncológico da cavidade oral. Enquanto, os doentes oncológicos da laringe, embora com alterações na deglutição, têm como principal alteração e também preocupação, a comunicação com os seus interlocutores. Assim,

futuramente poderá ser pertinente analisar estes e/ou outros domínios em distintas localizações com amostras superiores. Desta forma, pode compreender-se de que forma pequenos fatores alteram a perceção da QdV relacionada com a disfagia, não só de um ponto de vista global mas sim, nos domínios específicos que mais preocupam os doentes oncológicos, compreendendo se as inquietações do ponto de vista clínico coincidem ou não com as perceções dos doentes.

Realça-se também que os utentes com maiores alterações na deglutição são eficazmente encaminhados para TdF. Contudo, nem sempre é possível uma recuperação total e nesses casos as vias de alimentação não-oral ou técnicas compensatórias apreendidas pelos doentes, embora pensadas para garantir a segurança na alimentação e adequada nutrição, poderão levar a constrangimentos e conseqüentemente influenciar negativamente a sua QdV, tal como foi possível verificar. Os doentes que não usufruíram de TdF, embora com melhores resultados na frequência dos sintomas, apresentam um resultado total inferior ao do grupo que obteve esta terapia. Revelando assim, uma alteração da deglutição que deveria ser tida em conta para a respetiva avaliação e tratamento. Infelizmente, no presente estudo não é possível determinar a eficácia da TdF na sua totalidade, pelo que futuramente seria importante um estudo de follow-up, antes e após a terapia. De modo a perceber a evolução terapêutica dos doentes, não só de um ponto de vista clínico, mas também na perceção dos mesmos relativamente ao impacto da disfagia na sua QdV.

Em estudos futuros considera-se igualmente pertinente, com recurso a uma amostra superior, determinar a influência do estadio e tratamento realizado (cirurgia, RT e QT) face à perceção do impacto da disfagia na QdV.

Em suma, foi possível uma melhor compreensão do impacto da disfagia, pela perceção do doente, já que é esta que garante uma reflexão sobre a real limitação que a doença causa no indivíduo e na sua QdV. Deste modo, o TF, enquanto profissional envolvido no diagnóstico e tratamento das disfagias em doentes oncológicos, deverá ser capaz de conhecer esta perspetiva, de modo a ser capaz de direcionar a intervenção não só para as dificuldades por ele observadas em exames objetivos, mas também para as necessidades e preferências do paciente.

## VI. BIBLIOGRAFIA

- Abrahão, M., Santos, R. e Cervantes, O. (2000). Laringectomias Parciais. *In: Carrara-de Angelis, E. (Ed.). A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.* São Paulo, Lovise, p.155-162.
- Antunes, E., Vieira, D. e Dinis-Ribeiro D. Adaptation in Portuguese of SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for adults with oropharyngeal dysphagia: phase I) Conceptual, linguistic and cultural equivalence, *submitted.*
- Behlau, M. et al. (2005). Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. *In: Behlau, M. (Org.). Voz – O livro do especialista, Vol. II.* Rio de Janeiro, Editora Revinter, pp. 213-285.
- Bjordal, K. et al. (1999). Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-H&N35, *Journal Clin Oncol*, 17(3), pp.1008–1019.
- Bonita, R., Beaglehole, R. e Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica.* São Paulo, Livraria Santos Editora.
- Carrara-de Angelis, E., Mourão, L. e Furia, C. (2000). Avaliação e tratamento das disfagias após tratamento de câncer de cabeça e pescoço. *In: Carrara-de Angelis E., et al. (Ed.). A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.* São Paulo, Lovise, pp.155-162.
- Close, L., Larson, D. e Shah, J. (1998). *Essentials of Head and Neck Oncology.* Nova Iorque, Thieme Medical Publishers.
- Crary, M. e Groher, M. (2003). *Introduction to Adult Swallowing Disorders.* Missouri, Elsevier.
- Crespo, A. (2000). Propedêutica da Laringe. *In: Carrara-de Angelis, E., (Ed.). A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.* São Paulo, Editora Lovise. pp.53-60.
- DeLacure, M. (1998). Lip and oral cavity. *In: Close, L., Larson, D., Shah, J. Essentials of Head and Neck Oncology.* Nova Iorque, Thieme Medical Publishers, pp. 178-191.
- Dreizen, S., et al. (1977). Oral complications of cancer radiotherapy. *Postgrad Med.*, 61(2), pp.85-92.

- Feliciano, C. (2010). Influência do género na percepção da qualidade de vida e resiliência familiares. [Em linha] Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/15416>> [Consultado em 30 de Março de 2014].
- Frowen, J., (2010). Impact of demographics, tumor characteristics, and treatment factors on swallowing after (chemo)radiotherapy for head and neck cancer. *Head & Neck*, 32(4), pp. 513–528.
- Furkim, A. e Carrara-de Angelis, E. (2000). Organização de um Departamento de Reabilitação de Voz, Fala e Deglutição. In: Carrara-de Angelis, E., (Ed.). *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise, pp.141-149.
- Gritz, E. et al. (1999). First Year After Head and Neck Cancer: Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), pp.76-83
- Hanna, E. e Suen, J. (1998). Larynx. In: Close, L., Larson D., Shah J. (Ed.). *Essentials of Head and Neck Oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers, pp. 223-242.
- Isaacson, S. (1998). Complications of Radiation Therapy. In: Close, L., Larson D., Shah J. (Ed.). *Essentials of Head and Neck Oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers, pp. 395-407.
- Kligerman, J. e Dias, F. (2001). Tumores malignos da boca. In: Barbosa, M., Sá, G., Lima, R. (Ed.). *Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 79-88.
- Khosh, M. e Aviv, J. (1998). Complications of Surgery. In: Close, L., Larson, D., Shah, J. (Ed.). *Essentials of Head and Neck Oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers, pp. 385-394.
- Kowalski, L., Miguel, R. e Ulbrich, F. (2000). Câncer de Laringe. In: Carrara-de Angelis, E., et al. (Ed.). *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise, pp. 97-104.
- Lazarus, C., et al. (1996). Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope*, 106(9), pp. 1157-1166.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2014). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ligacontracancro.pt/>>. [Consultado em 15/02/2014]

- Lima, R., Soares, J. e Barbosa, M. (2001). Tumores malignos da laringe. *In: Barbosa, M., Sá, G., Lima, R. (Ed.). Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço.* São Paulo, Editora Atheneu, pp. 107-118.
- Lippman, S. e Vokes, E. (1998) Complications of Chemotherapy. *In: Close, L., Larson D., Shah J. (Ed.). Essentials of Head and Neck Oncology.* Nova Iorque, Thieme Medical Publishers, pp 408-415.
- List, M., Ritter-Sterr, C. e Lansky, S. (1990). A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*, 66, pp.564-569.
- List, et al. (1996). The Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients and the Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck Scale, *American Cancer Society*, pp.2294-2301.
- Logemann, J., Pauloski B. e Rademaker, A. (2008). Swallowing disorders in the first year after radiation and chemoradiation, *Head Neck*, 30, pp.148-158.
- Magrin, J., Kowalsi, L. e Carvalho, A. (2000). Carcinoma de Boca. *In: Carrara-de Angelis, E. (Ed.). A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.* São Paulo, Editora Lovise, pp.61-66.
- McHorney, C. et al. (2000a). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*, 21, pp.141-148.
- McHorney, C. et al. (2000b). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15, pp. 122-133.
- McHorney, C. et al. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17, pp.97-114.
- Pimentel, F. (2006) *Qualidade de vida e oncologia.* Coimbra, Almedina.
- Pontes, L. (2012). Registo Oncológico 2010. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipoportor.min-saude.pt/NR/rdonlyres/85BB8B9A-81F2-43AF-8100-84D354C5116E/24336/RegistoOncol%C3%B3gico2010.pdf>> [Consultado em 13 de Março de 2013]
- Raber-Durlacher, J. et al. (2012). Swallowing dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer*, 20, pp.433-443.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde.* Lisboa, CLIMEPSI Editores.

- Rinkel, R. (2009). The psychometric validity of SWAL-QOL questionnaire in evaluating swallowing problems experienced with oral and oropharyngeal cancer. *Elsevier*, 45, pp.67-71.
- Rocha, H. e Delamaro, M. (2011). Abordagem metodológica na análise de dados de estudos não-paramétricos, com base em respostas em escalas ordinais. *GEPROS*, 6(3), pp.77-91.
- Santos, L. e Martins, I. (2002). A Qualidade de Vida Urbana – o caso da cidade do Porto. *Faculdade de Economia da Universidade do Porto*, Working Paper nº 16
- Seeley, R., Stephens, T. e Tate, T. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. 6º Ed. Lisboa, Editora Lusociência.
- Siegel, S. e Castellan, J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed.
- Silva, V. (2007). Avaliação de fala de pacientes submetidos à glossectomia após adaptação de prótese rebaixadora de palato. [Em linha]. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5143/tde-01062007-110600/>>. [Consultado em 17/05/2013]
- Thomas L. et al. (2008). An evaluation of the University of Washington quality of life swallowing domain following oropharyngeal cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 265(1), pp.29–37.
- Van der Molen L. et al. (2009). Pretreatment organ function in patients with advanced head and neck cancer: clinical outcome measures and patients' views. *BMC Ear Nose Throat Disord*, 9(10).
- Verdonck-de Leuw, I., Rinkel, R. e Leemans, C. (2007). Evaluating the Impact of Cancer of the Head and Neck. In: Ward, E., As-Brooks, C. (Ed.). *HEAD AND NECK CANCER Treatment, Rehabilitation, and Outcomes*. Abingdon, Plural Publishing, pp.27-56
- Vieira, D. e 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.101-117.
- Vieira, D. (2010). Validação da versão portuguesa do questionário Swal-Qol em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/44546/2/tese.pdf>> [Consultado em 2 de Abril de 2013].

- Wilson, J. et al. (2011). Dysphagia after Nonsurgical Head and Neck Cancer Treatment: Patient's Perspectives. *American Academy of Otorrhology*, 145(5), pp.767-771.
- World Health Organization. (2013). *Cancer*. [Em linha] Disponível em <<http://www.who.int/cancer/en/>> [Consultado em 27 de Fevereiro de 2014].

## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

## SWAL-QOL-PT

### Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição

Versão portuguesa do SWAL-QOL Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS, & D. Earl Bricker, MS (2002)

Adaptado por Eva Bolle Antunes, SLP e Daniela Vieira, SLP (2009)

### Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar de que modo o seu problema em engolir tem afectado a sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	<del>3</del>	4	5

### Nota Importante:

Sabemos que pode ter vários problemas físicos. Por vezes, torna-se difícil separá-los das dificuldades em engolir, mas esperamos que se consiga concentrar **apenas** no seu **problema em engolir**. Obrigado pelo seu esforço em completar este questionário.

1. Apresentam-se, de seguida, afirmações que pessoas com **problemas em engolir** podem produzir. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
É muito difícil lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir é um grande estorvo na minha vida.	1	2	3	4	5

2. Apresentam-se, de seguida, afirmações sobre a alimentação diária ditas por pessoas com **problemas em engolir**. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
Na maioria dos dias não me importo se como ou se não como.	1	2	3	4	5
Demoro mais tempo a comer do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Raramente tenho fome.	1	2	3	4	5
Demoro imenso tempo a comer uma refeição.	1	2	3	4	5
Já não sinto prazer em comer.	1	2	3	4	5

3. Apresentam-se, de seguida, alguns problemas físicos sentidos por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses problemas em consequência das suas dificuldades em engolir.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tossir.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao comer alimentos.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao beber líquidos.	1	2	3	4	5
Ter saliva ou expectoração espessas.	1	2	3	4	5
Vontade de vomitar.	1	2	3	4	5
Babar-me.	1	2	3	4	5
Problemas em mastigar.	1	2	3	4	5
Ter muita saliva ou expectoração.	1	2	3	4	5
Ter de limpar a garganta (pigarrear).	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na garganta.	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pela boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	1	2	3	4	5

4. De seguida, responda o **quanto concorda** com cada uma das afirmações sobre o modo como o seu **problema em engolir** afectou a sua dieta e alimentação no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso e o que não posso comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil encontrar comida que eu goste e que ao mesmo tempo possa comer.	1	2	3	4	5

5. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem sobre comunicação se aplicaram a si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
As pessoas têm bastante dificuldade em compreender o que digo.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil para mim falar com clareza.	1	2	3	4	5

6. Apresentam-se, de seguida, algumas preocupações mencionadas por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses sentimentos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando como alimentos.	1	2	3	4	5
Tenho medo de apanhar uma pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar quando bebo líquidos.	1	2	3	4	5
Nunca sei quando me vou engasgar.	1	2	3	4	5

7. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem **foram verdadeiras** para si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre verdade	Frequentemente verdade	Algumas vezes verdade	Raramente verdade	Nunca verdade
O meu problema em engolir deprime-me.	1	2	3	4	5
Ter de ter muitos cuidados a comer ou a beber aborrece-me.	1	2	3	4	5
Sinto-me desencorajado devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir frustra-me.	1	2	3	4	5
Fico impaciente ao lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

8. Pense na sua vida social no último mês. Refira o **quanto concorda** com cada uma das afirmações que se seguem.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Não vou comer fora por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir dificulta a minha vida social.	1	2	3	4	5
O meu trabalho ou as minhas actividades de lazer alteraram-se por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
As situações sociais (como férias ou festas) não são agradáveis por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu papel com familiares e amigos modificou-se devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

9. No último mês, **com que frequência** sentiu cada um dos seguintes sintomas físicos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
Sentir-me cansado.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em ficar a dormir.	1	2	3	4	5
Sentir-me exausto.	1	2	3	4	5

10. Actualmente, come ou bebe através de uma sonda de alimentação?

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Não ..... 1

Sim ..... 2

11. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência ou textura dos alimentos que comeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Dieta completamente normal, com uma grande variedade de alimentos, incluindo alimentos difíceis de mastigar como bifes, cenouras, pão, salada e pipocas.
B	Alimentos moles e fáceis de mastigar como estufados, fruta de conserva, legumes cozidos, carne picada ou sopas passadas.
C	Alimentos que tenham sido triturados por uma varinha mágica ou picadora, como comida em puré.
D	A maior parte da alimentação é feita através de sonda, comendo por vezes gelados, pudins, compotas, ou outros alimentos saborosos.
E	Toda a alimentação é feita através de sonda.

12. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência dos líquidos que bebeu mais vezes na última semana.

*(assinale, com um círculo, apenas uma letra)*

A	Bebe líquidos como água, leite, chá, sumo de fruta e café.
B	A maior parte dos líquidos são espessos, como néctar de pêsego. Esses líquidos espessos escorrem lentamente da colher quando virada para baixo.
C	Os líquidos são moderadamente espessos. São líquidos difíceis de beber por uma palha, como é o caso dos batidos espessos, ou que escorrem muito lentamente, gota-a-gota, da colher quando virada para baixo, como o mel.
D	Os líquidos são muito espessos, ficando agarrados à colher quando virada para baixo, como pudim.
E	Não bebe líquidos pela boca ou apenas está limitado a pedaços de gelo.

13. No geral, considera que a sua saúde é:

*(assinale, com um círculo, apenas um número)*

- Má ..... 1  
Razoável ..... 2  
Boa ..... 3  
Muito boa ..... 4  
Excelente ..... 5

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE QUESTIONÁRIO!

## ANEXO 2

**Escalas de níveis de desempenho para pacientes cancro no pescoço e cabeça - PSS** Processo de adaptação do PSS de Marcy A. List, PhD, Chris Ritter-Sterr, MS, RN & Shirley B. Lansky, MD, (1990)

Adaptado por Daniela Vieira, SLP  
(2009)

---

### Comer em público

---

- 100 Sem restrição de lugar, comida ou companhia (come fora sempre que tem oportunidade)
- 75 Sem restrição de lugar mas limita a dieta alimentar quando está em público (come em qualquer lado, mas pode optar por ingerir comida menos difícil, por exemplo líquidos)
- 50 Come só na presença de determinadas pessoas em locais seleccionados.
- 25 Come apenas em casa na presença de determinadas pessoas.
- 0 Come sempre sozinho

---

### Ininteligibilidade do discurso

---

- 100 Sempre inteligível
- 75 Inteligível na maior parte do tempo; necessária a repetição ocasional.
- 50 Habitualmente inteligível; necessário contacto frente a frente
- 25 Difícil de compreender
- 0 Nunca é inteligível; pode ter de usar a comunicação escrita

---

### Normalidade da dieta

---

- 100 Dieta completa (sem restrições)
  - 90 Amendoins
  - 80 Todo o tipo de carne
  - 70 Cenouras, aipo
  - 60 Pão seco e crackers
  - 50 Alimentos moles e mastigáveis (por ex. macarrão, frutos moles e..., legumes cozidos, peixe, hambúrguer, pequenas porções de carne)
  - 40 Alimentos moles que não requerem mastigação (por ex. batatas em puré, molho de maçã, pudim)
  - 30 Alimentos em puré (numa misturadora)
  - 20 Líquidos quentes
  - 10 Líquidos frios
  - 0 Alimentação não oral (via entubação)
-

### ANEXO 3

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme alei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

#### **Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe**

Por favor, leia a seguinte declaração e assinie se concorda em participar no estudo de sua livre vontade.

Este estudo está a ser conduzido por Marisa Santos<sup>1</sup>, sob a orientação da Terapeuta da Fala Daniela Vieira<sup>2</sup>, com o objetivo de avaliar a perspetiva dos doentes oncológicos da cavidade oral e laringe face às dificuldades que a disfagia (dificuldades em engolir) acarreta no seu dia-a-dia. A participação neste estudo demorará cerca de 30 minutos, onde o doente terá de responder ao questionário SWAL-QOL e será garantido o anonimato. Todas as respostas serão tratadas de forma confidencial e os participantes individuais nunca serão identificados. Todos os dados serão agregados e publicados de forma conjunta. Não existem riscos para os participantes, para além dos que se poderão encontrar na vida diária. A participação é voluntária e a recusa em cooperar com este estudo não trará consequências nem perda de benefícios. Os participantes poderão sair do estudo em qualquer altura, sem consequências.

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado(a), \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do questionário que irá ser realizado, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. 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 e o eventual desconforto da avaliação. Foi-me igualmente garantido que a minha desistência não tinha qualquer efeito posterior nos cuidados prestados e que os dados serão tratados de forma confidencial e usados para fins pedagógicos e científicos.

Por isso, consinto em participar neste estudo, respondendo às questões propostas e permitindo a recolha de informações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

O(A) participante:

O(A) observador(a):


<sup>1</sup>Aluna do curso de Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa

<sup>2</sup>Terapeuta da Fala (dvieira@ufp.edu.pt)



## ANEXO 5

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde

#### Pedido de Autorização

Exm<sup>a</sup> Prof. Mestre Daniela Vieira  
Exm<sup>a</sup> Prof. Dra. Eva Antunes

O meu nome é Marisa Santos, sou aluna do 3ºano da Licenciatura de Terapêutica da Fala na Universidade Fernando Pessoa e no âmbito da Unidade Curricular Projeto de Graduação irei realizar um projeto com o tema: “Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe”, para a recolha de dados gostaria de utilizar a versão portuguesa do SWAL-QOL.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a vossa permissão para utilizar o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição, traduzido para Português por V.<sup>as</sup> Ex.<sup>as</sup> Daniela Vieira e Eva Antunes.

A requerente,  
Marisa Santos

Porto, 17 / Abril / 2013

Daniela Vieira  
(Daniela Vieira)

Eva Antunes  
(Eva Antunes)

## ANEXO 6

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Luis Martins  
Director da FCS

Porto, 30 de Julho de 2013

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de Graduação em Terapêutica da Fala, de Marisa da Conceição Lima Santos, intitulado "Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe", considera nada haver a opor ao mesmo, dado que esclarece as questões levantadas no parecer anterior.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da  
Comissão de Ética



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

1100-001-0000 - Rua da Universidade, 28 - 4150-012 Porto, Portugal - T. +351 22 581 0000 - F. +351 22 581 0000 - Email: geral@ufp.pt  
1100-001-0000 - Rua da Universidade, 28 - 4150-012 Porto, Portugal - T. +351 22 581 0000 - F. +351 22 581 0000 - Email: geral@ufp.pt  
1100-001-0000 - Rua da Universidade, 28 - 4150-012 Porto, Portugal - T. +351 22 581 0000 - F. +351 22 581 0000 - Email: geral@ufp.pt

## ANEXO 7

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO IPOPFG-EPE

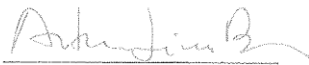
Parecer CES IPO: 278def/013

Assunto: Estudo de Investigação da autoria de Marisa da Conceição Lima Santos, intitulado *"Auto-perceção do impacto da disfagia em doentes oncológicos da cavidade oral e laringe"*

Data: 24 de Outubro de 2013

#### PARECER

É parecer desta CES, após reavaliação do referido estudo com a informação adicional solicitada, não existir impedimento ético á sua realização.



Dr. Artur Lima Bastos  
Presidente da CES IPO Porto EPE