



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**



EMYKAELLY KAUANNE LIMA BATISTA

RELAÇÃO ENTRE QUEIXA PARA DEGLUTIR E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS

**JOÃO PESSOA
2018**

EMYKAELLY KAUANNE LIMA BATISTA

RELAÇÃO ENTRE QUEIXA PARA DEGLUTIR E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito obrigatório para
conclusão do Curso de Graduação em
Fonoaudiologia da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB).

Orientador: Prof. Dr. Leandro de Araújo
Pernambuco

Co-orientador: Prof. Me. Jaims Franklim
Ribeiro Soares

JOÃO PESSOA
2018

Relação entre Queixa para Deglutir e Transtornos Mentais Comuns em Laringectomizados Totais

Relationship Complaint between for Swallowing and Common Mental Disorders in Total Laryngectomee

Título resumido: deglutição e transtornos mentais comuns em laringectomizados totais

**Emykaelly Kauanne Lima Batista (1), Jaims Franklin Ribeiro Soares (2),
Leandro Pernambuco(2)**

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – João Pessoa/PB, Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – João Pessoa/PB, Brasil.

Trabalho realizado em um serviço de referência em oncologia no estado da Paraíba, Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: *EKLB* contribuiu com a concepção, coleta, análise dos dados, escrita e revisão final do artigo; *LP* e *JR* contribuíram com a orientação, análise dos dados, escrita e revisão final do artigo.

Autor correspondente:

Leandro Pernambuco

Departamento de Fonoaudiologia

Cidade Universitária, João Pessoa (PB), Brasil, CEP: 58051-900.

E-mail: leandroape@globbo.com

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	6
2. ABSTRACT.....	7
3. INTRODUÇÃO.....	8
4. METODOLOGIA.....	11
5. RESULTADOS.....	14
6. DISCUSSÃO.....	18
7. CONCLUSÃO.....	21
8. REFERÊNCIAS.....	22
9. ANEXOS.....	26
10. APÊNDICES.....	33

RESUMO

Objetivo: Identificar se existe relação entre queixa para deglutir e transtornos mentais comuns em laringectomizados totais. **Método:** Foi realizada uma entrevista estruturada com 14 pacientes laringectomizados totais que frequentam um grupo de apoio de um serviço de referência em oncologia na cidade de João Pessoa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os sujeitos eram submetidos às questões do *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)*, instrumento com escala dicotômica (sim/não), usado para o rastreio de transtornos mentais comuns (TMCs). Em seguida eram questionados através de uma pergunta piloto sobre uma possível dificuldade de deglutição. Respostas negativas encerravam a entrevista. Respostas positivas encaminhava-os para o último instrumento, utilizado para avaliar os efeitos da disfagia na qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento para câncer de cabeça e pescoço, o *MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)*. **Resultados:** O perfil da amostra foi de indivíduos do sexo masculino, baixa escolaridade e média de idade elevada (66 anos). A média total dos escores do SRQ-20 ($m=3,07$; $dp=2,67$) ficou abaixo do ponto de corte, insuficiente para determinar nível de suspeição de algum transtorno mental comum nessa população. Dos 14 entrevistados, cinco referiram queixa para deglutir. As médias dos domínios do SRQ-20 não diferiram de forma significativa entre indivíduos com e sem queixa. Os escores do MDADI indicaram limitação média na qualidade de vida, com maior impacto no domínio emocional (limitação severa). **Conclusão:** Não foi encontrada relação significativa entre queixa para deglutir e transtornos mentais comuns em laringectomizados totais.

Descritores: deglutição, laringectomia, transtornos de deglutição, transtornos mentais.

ABSTRACT

Purpose: To identify whether there is a relationship between complaint for swallowing and common mental disorders in total laryngectomees. **Method:** A structured interview was conducted with 14 total laryngectomy patients attending a support group of a reference service in oncology in the city of João Pessoa. After signing the Free and Informed Consent Term (TCLE), the subjects were submitted to the Self-Report Questionnaire (SRQ-20), a dichotomous scale instrument (yes / no), used for the screening of common mental disorders (CMD). They were then questioned through a pilot question about a possible difficulty in swallowing. Negative replies ended the interview. Positive responses guided them to the last instrument, used to evaluate the effects of dysphagia on quality of life in patients undergoing treatment for head and neck cancer, the MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI). **Results:** The sample profile was of males, low schooling and average age (65 years). The mean total SRQ-20 scores ($m = 3.07$; $dp = 2.67$) were below the cut-off point, insufficient to determine the level of suspicion of some common mental disorder in this population. Of the 14 interviewees, five reported a swallowing complaint. Mean SRQ-20 domains did not differ significantly between subjects with and without complaint. The MDADI scores indicated a mean limitation in quality of life, with greater impact in the emotional domain (severe limitation). **Conclusion:** There was no significant relationship between swallowing complaint and common mental disorders in total laryngectomized patients.

Keywords: swallowing, laryngectomy, deglutition disorders, mental disorders.

INTRODUÇÃO

A deglutição constitui uma das atividades primordiais para a sobrevivência do ser humano e é definida como o ato de conduzir o alimento da cavidade oral em direção ao estômago, cuja função primordial é obter as necessidades nutricionais e hídricas, mantendo o indivíduo hígido e saudável.¹

A redução ou a perda da capacidade de deglutir é denominada disfagia e pode ter consequências importantes como desnutrição, desidratação e, em casos graves, até levar à morte por comprometer a integridade de vias aéreas.²

Os cânceres de cabeça e pescoço abrangem tumores primários que surgem da laringe, faringe, cavidade oral, seios paranasais e glândulas salivares. Estes cânceres surgem em áreas estruturalmente complexas que são necessárias para funções críticas, incluindo respiração, fala e deglutição.³

A disfagia é uma sequela comumente encontrada em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, podendo estar relacionada às opções para tratamento da neoplasia; cirurgia, radioterapia, quimioterapia, sejam elas administradas de forma isolada ou conjunta.^{4,5,6}

Em relação à cirurgia de laringectomia total, todo o arcabouço laríngeo é retirado e, embora não haja mais riscos de aspiração/penetração laríngea, a cirurgia ocasiona uma perturbação anatômica considerável que influencia no mecanismo da deglutição, envolvendo principalmente a diminuição do movimento de propulsão da base de língua, a perda do movimento de excursão hiolaríngea, culminando com a redução do peristaltismo faríngeo^{7,8,9} ou ainda o aparecimento de outras sequelas, como as fístulas orocutâneas e/ou faringocutâneas. Além disso, a ressecção ganglionar pode estar relacionada a alterações estéticas, com impacto negativo na autoestima desses sujeitos.^{10,11}

As consequências da disfagia vão desde fatores importantes como desnutrição e desidratação,^{5,6,12} até fatores que podem influenciar o estado psicoemocional do sujeito, levando a casos de comprometimento da função social para indivíduos que comem em reclusão ou aqueles que perderam o prazer em se alimentar, gerando decréscimo na sua qualidade de vida.¹²

Nesse cenário, entender a disfagia como uma alteração com potencial limitante para restringir as relações do indivíduo com seu cotidiano permite supor o surgimento de alterações psíquicas como os Transtornos Mentais Comuns (TMCs). A intensidade e cronicidade destas alterações podem estar relacionadas ao desenvolvimento de doenças como ansiedade e depressão,^{12,13,14} razão pela qual seu rastreio pode ser importante para estes pacientes.

Um Transtorno Mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.¹⁵

O conceito de TMCs caracteriza casos que apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que levam à incapacidade funcional, mas não atendem ainda aos requisitos de diagnósticos listados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para caracterização de entidades nosológicas específicas.^{16,17}

No caso do laringectomizado total, o potencial sofrimento psíquico ocasionado pelo medo de engasgos, dificuldade de deglutir sólidos, sensação de bolo preso na garganta e dor ao deglutir pode gerar uma condição emocional de desequilíbrio capaz de interferir na autoconfiança desses pacientes e produzir um sentimento de incapacidade mesmo que o indivíduo esteja bem no que diz respeito a sua saúde física.

A literatura científica na área tem registro de alguns estudos que avaliam relações entre procedimentos cirúrgicos em oncologia com alterações psíquicas como ansiedade e depressão.^{7,10,12}. Contudo, estudos que correlacionam especificamente dificuldades de deglutição com transtornos mentais comuns em laringectomizados totais são escassos na literatura e inexistentes no que diz respeito à população alvo deste estudo. Nesse contexto, essa pesquisa tem por objetivo identificar se existe relação entre queixa para deglutir e transtornos mentais comuns em laringectomizados totais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional, exploratório, transversal e analítico, constituído por pacientes atendidos em um serviço de referência em oncologia na cidade de João Pessoa. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Protocolos de Avaliação e Autopercepção em Disfagia e Voz: Tradução para o Português Brasileiro, Adaptação Transcultural e Evidências de Validade, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob número 2.190.942 e está de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de serem submetidos aos procedimentos da pesquisa.

Como critério de inclusão, considerou-se sujeitos adultos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que foram submetidos à laringectomia total com ou sem esvaziamento cervical, com ou sem radioterapia e/ou quimioterapia adjuvante, com queixas de diminuição dos sentidos do olfato e paladar, que apresentaram ou não complicações pós-operatórias. Foram eliminados da pesquisa os sujeitos que ainda estavam em processo de reabilitação radioterápica e quimioterápica, com via oral suspensa para alimentação no momento da coleta, que apresentaram alterações neurológicas, neuromusculares ou neurodegenerativas autorreferidas ou registradas no prontuário, dificuldade na compreensão de ordens simples e cirurgias prévias em região de cabeça de pescoço.

Inicialmente, realizou-se um levantamento de prontuários dos pacientes laringectomizados totais acompanhados no serviço e, posteriormente, mediante acompanhamento da pesquisadora aos encontros semanais do grupo de laringectomizados totais, os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa. O

primeiro procedimento foi a assinatura do TCLE, seguido do preenchimento da ficha de anamnese. Posteriormente foi aplicado um questionário para rastreio de transtornos mentais comuns, o *Self-Reporting Questionnaire (SRQ – 20)*^{18,19}. Esse instrumento dispõe de 20 questões destinadas a detecção de sintomas, ou seja, nível de suspeição (ausente/presente) de algum transtorno mental, porém, não determina diagnóstico específico. É um instrumento autoaplicável, com escala dicotômica (sim/não) para cada uma de suas questões. Apresenta quatro domínios, sendo classificados em humor depressivo ansioso (1-4), sintomas somáticos (5-10), decréscimo de energia vital (11-16) e pensamentos depressivos (17-20). Sua pontuação varia entre 0 e 20 pontos (quanto maior o escore, pior o nível de suspeição para transtornos mentais comuns) com ponto de corte na soma de 7 pontos/respostas positivas para suspeição de TMC.

Logo após, os sujeitos foram submetidos a uma pergunta piloto referente aos sintomas percebidos/sentidos na última semana, a saber: “O senhor(a) sente dificuldade para engolir?”. Se a resposta fosse “não”, encerrava-se a entrevista. Se caso a resposta fosse “sim”, seguia-se com o preenchimento do questionário de qualidade de vida em disfagia, o *MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)*^{20,21}. O MDADI é um instrumento específico para avaliar os efeitos da disfagia na qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos ao tratamento para câncer de cabeça e pescoço. Possui 20 questões subdivididas em quatro domínios: geral, emocional, funcional e físico, com pontuação variando de 0 a 100, sem ponto de corte definido (quanto menor o escore, pior o efeito da disfagia na qualidade de vida). O objetivo desse instrumento é avaliar a percepção dos pacientes sobre a sua função de deglutição após o tratamento e o quanto uma alteração nessa função influencia sua qualidade de vida. Ambos os instrumentos são validados para o português brasileiro.

Todos os usuários foram submetidos a entrevistas nas quais os questionários foram aplicados de forma oral, padronizada, desconsiderando se os sujeitos são letrados ou não, e sendo marcada apenas uma questão correspondente à resposta dada pelo sujeito, a fim de evitar interpretações variadas que possam influenciar nos resultados da pesquisa.

A análise descritiva dos dados foi feita por meio do cálculo de medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (desvio padrão e distância interquartílica), além da distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas. Para análise de distribuição de médias entre as diferentes categorias das variáveis independentes foi utilizado o teste de Mann-Whitney considerando o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Neste estudo, o perfil da casuística é composto por 14 sujeitos, em sua maioria homens, média de idade de 66 anos ($\pm dp = 8,63$), baixa escolaridade, com companheiro em seu estado civil, tendo o carcinoma espinocelular como tipo de tumor mais frequente, prevalecendo tumores mais agressivos T3 e T4, tratados em sua maioria por cirurgia e radioterapia adjuvante, que apresentam queixas de alteração no olfato e paladar, além de queixas para deglutir e que participavam regularmente do encontro semanal do grupo de laringectomizados totais. Esses dados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da casuística de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas (n=14).

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	2 (14,3)
Masculino	12 (85,7)
Escolaridade	
Analfabeto	4 (28,6)
Fundamental Incompleto	3 (21,4)
Fundamental Completo	1 (7,1)
Ensino Médio Completo	1 (7,1)
Ensino Médio Incompleto	2 (14,3)
Não informado	3 (21,4)
Estado Civil	
Sem companheiro (a)	6 (42,9)
Com companheiro (a)	8 (57,1)
Tipo	
Carcinoma Espinocelular	11 (78,6)
Outros	1 (7,1)
Não informado	2 (14,3)
Tamanho do Tumor	
T4	3 (21,4)
T3	3 (21,4)
T2	3 (21,4)
Não informado	5 (35,7)

Tratamento	
Cirurgia + Radioterapia	10 (71,4)
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	1 (7,1)
Cirurgia	1 (7,1)
Não informado	2 (14,3)
Queixa de Alteração no Olfato	
Anosmia	4 (28,6)
Hiposmia	3 (21,4)
Não	7 (50,0)
Queixa de Alteração no Paladar	
Ageusia	4 (28,6)
Disgeusia	3 (21,4)
Não	7 (50,0)
Queixa para Deglutir	
Mais de uma consistência	1 (7,1)
Sólido	3 (21,4)
Pastoso	2 (14,3)
Não	8 (57,1)
Participação no Grupo de Laringectomizados Totais	
Sempre	9 (64,3)
Às vezes	5 (35,7)

Legenda: T4 = tumor que invade estruturas adjacentes (lábio e/ou cavidade oral), T3 = tumor com mais de 4cm em sua maior dimensão, T2 = tumor com mais de 2cm e até 4cm em sua maior dimensão.

A tabela 2 apresenta os dados referentes aos domínios do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. A média total abaixo do ponto de corte (7 pontos/respostas) não é suficiente para determinar nível de suspeição de algum transtorno mental comum nessa população do estudo. Nessa amostra, o domínio mais comprometido foi o de sintomas somáticos, seguido por pensamentos depressivos.

Já a tabela 3 expõe os escores dos domínios do *SRQ-20* relacionando-os com a presença ou não de queixa para deglutir. Embora não apresente resultado estatisticamente significativo, é possível observar que houve aumento no número de sintomas de TMC em todos os domínios naqueles pacientes que responderam positivamente para a presença de queixa para deglutir.

Tabela 2 – Distribuição da casuística de acordo com as medidas de tendência central e de variabilidade referentes às medidas dos domínios do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* (n=14).

Variável	média ± dp	Mínimo-Máximo	Mediana (Q25-Q75)
SRQ -20 Total	3,07 ± 2,67	0 - 9	3,00 (0,00-5,00)
Humor Depressivo Ansioso	0,43 ± 0,51	0 - 1	0,00 (0,00-1,00)
Sintomas Somáticos	1,21 ± 1,05	0 - 3	1,00 (0,00-2,00)
Decréscimo de Energia Vital	0,43 ± 0,51	0 - 1	0,00 (0,00-1,00)
Pensamentos Depressivos	1,00 ± 1,24	0 - 4	0,50 (0,00-2,00)

Legenda: dp = desvio padrão.

Tabela 3 – Comparação de médias dos domínios do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* e a presença ou não de queixa para deglutir (n=14).

	RELAÇÃO ENTRE O SRQ-20 E QUEIXA PARA DEGLUTIR									
	SRQ-20 Total		HDA		SS		DEV		PD	
	média ± dp	p	média ± dp	p	média ± dp	p	média ± dp	P	média ± dp	p
Queixa para Deglutir										
Não	2,22±2,38	0,15	0,33±0,50	0,35	1,00±1,11	0,26	0,33±0,50	0,35	0,56±0,88	0,08
Sim	4,60±2,70		0,60±0,54		1,60±0,89		0,60±0,54		1,80±1,48	

Legenda: HDA = humor depressivo ansioso, SS = sintomas somáticos, DEV = decréscimo de energia vital, PD = pensamentos depressivos, dp = desvio padrão.

Por fim, os resultados dos escores referentes aos domínios do *MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)* estão dispostos na tabela 4. A média referente ao escore total do *MDADI* pode ser considerada uma limitação média na qualidade de vida. Em relação aos seus domínios foram consideradas: limitação moderada no domínio global, severa no domínio emocional e média nos domínios físico e funcional, com o domínio emocional como o mais comprometido nessa população.

Tabela 4 – Distribuição da casuística de acordo com as medidas de tendência central e de variabilidade referentes às medidas dos domínios do *MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)* (n=05).

Variável	média ± dp	Mínimo-Máximo	Mediana (Q25-Q75)
MDADI Global	60,00 ± 37,41	20 - 100	40,00 (30,00-100,00)
Domínio Emocional	53,96 ± 22,39	33,30–86,60	53,30 (33,30-74,95)
Domínio Físico	68,50 ± 10,83	55,00 –80,00	70,00 (57,50-78,75)
Domínio Funcional	63,20 ± 9,12	52,00–76,00	60,00 (56,00-72,00)
Escore Total	61,78 ± 13,42	48,40 –78,20	61,10 (48,70-75,20)

Legenda: dp = desvio padrão.

DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes laringectomizados totais encontrados nesse estudo é semelhante a outros realizados anteriormente no Brasil,⁷ e até mesmo em outras regiões do mundo, como na Austrália.¹⁰

O fato dos escores do SRQ-20 não terem atingido o ponto de corte para indicar presença de TMCs pode ser parcialmente explicado pelo tamanho pequeno da amostra. É possível que o aumento do número de participantes em futuras pesquisas possa gerar resultados distintos dos encontrados neste estudo.

Outra explicação seria o perfil predominante masculino dos participantes. Sobre isso, a literatura associa os TMCs com baixa escolaridade, baixa renda e a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens.²²

Em contrapartida, se a baixa escolaridade e baixa renda são fatores que intensificam a presença de transtornos mentais comuns, o apoio social é um fator que diminui o risco de TMCs, seja através de redes como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Unidades de Saúde da Família, ou por meio da inserção e participação em grupos de apoio,²³ como ocorreu com a população de laringectomizados totais deste estudo.

Ainda sobre a ausência de TMCs na amostra deste estudo, é possível supor outras hipóteses. Estratégias de enfrentamento focadas na espiritualidade e religiosidade como reguladores emocionais podem representar atitudes de negação ou esquiva para lidar com a condição de saúde frente a eventos estressores como o câncer. Essa relação, possivelmente intrínseca a situações de dor emocional, muitas vezes é confundida com “pessimismo”, “pensamentos negativos”, podendo ocasionar situações de omissão devido à estrutura das organizações pautadas

sobre a ideia de crença. Por outro lado, espiritualidade e religiosidade também podem ser internalizadas como principais fontes de cura da doença e uma vez que esta esteja estabilizada, o paciente pode minimizar outras possíveis sequelas físicas e psíquicas que acompanham esse processo.

Também é necessário ponderar a possível dificuldade dos sujeitos em relatar dores emocionais diante de pessoas que não participam do seu cotidiano ou até mesmo na presença de profissionais no momento da entrevista. Esses fatores devem ser controlados com rigor em pesquisas futuras. Vale ressaltar que independente dos resultados, por ser um estudo pioneiro na área, seus dados expressam situações que precisam ser melhor investigadas e aproveitadas no tratamento desses pacientes.

A relação entre queixa para deglutir e TMCs não foi significativa. É possível que esse resultado tenha sido influenciado pelo número pequeno de pacientes com queixa e a pouca representatividade de sujeitos com escores mais elevados no SRQ-20, nesta amostra.

Mesmo não havendo diferença significativa, todos os escores do SRQ-20 foram maiores em pacientes com queixa. Isso pode ser explicado pela dificuldade de engolir alimentos de consistências específicas²³ devido à extensão do procedimento cirúrgico a que foram submetidos.^{7,8,9} Além disso, o medo de engasgos, tosse ou aspiração²⁵ ao ingerir alimentos mais sólidos ocasiona um aumento do sofrimento psíquico nesses indivíduos, limitando a realização de atividades sociais que envolvam alimentos.¹² Essa limitação também se relaciona à aparência dos sujeitos, seja pelo traqueostoma definitivo ou pela desfiguração provocada pelo esvaziamento cervical.^{10,11}

Para pacientes com câncer, o bem-estar psicológico pode estar comprometido no momento do diagnóstico e/ou após o tratamento.²⁶ Isso pode explicar o comprometimento maior no escore do domínio emocional do MDADI, pois, uma vez que o bem-estar pode estar comprometido em momentos diferentes do curso da doença, o sentimento de incapacidade e medo acompanha o paciente durante todo esse processo.

O bem-estar psicológico está "preocupado com as emoções, sentimentos, carga de perturbação, preocupação, ansiedade e nível de satisfação com a condição (de saúde)".²⁷ Nesse caso, a própria dificuldade de deglutir algum alimento pode estar relacionada a um comprometimento estrutural devido à cirurgia de laringectomia total, como também um comprometimento emocional, com episódios de frustração e preocupação²⁸ relacionados à própria capacidade, cujo impacto significativo no funcionamento interfere diretamente de forma negativa na qualidade de vida dessa população.

Considerando essa perspectiva, o impacto de uma cirurgia de laringectomia total pode ser tardio em alguns sujeitos. Esse fato alerta para a necessidade de um acompanhamento prolongado mesmo após a finalização do tratamento,²⁹ com instrumentos que captem a real impressão do sujeito sobre o seu problema, a fim de desenvolver estratégias que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida. A ausência de acompanhamento nesse período tardio pós finalização do tratamento pode culminar com o aparecimento de sintomas somáticos e pensamentos depressivos nessa população.

CONCLUSÃO

Não houve relação significativa entre queixa de deglutição e TMCs em laringectomizados totais, ainda que o número de sintomas psíquicos tenha sido maior entre os que tinham queixa para deglutir.

REFERÊNCIAS

1. Campiotto AR et al. Novo Tratado de Fonoaudiologia. 3.ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2013.
2. Finiels H, Strubel D, Jacquot JM. Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects. Pressemedicale (Paris, France: 1983). 2001; 30(33): 1623-1634.
3. Murphy BA et al. Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. Crit Ver Oncol Hematol. 2007; 62(3): 251-267.
4. Maclean J, Cotton S, Perry A. Variation in surgical methods used for total laryngectomy in Australia. J Laryngol Otol. 2008;122:728–32.
5. Speyer R, Heijnen BJ, Baijens LWJ, Vrijenhoef FH, Otters EF, Roodenburg N, et al. Quality of life in oncological patients with oropharyngeal dysphagia: validity and reliability of the Dutch version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. Dysphagia. 2011; 26:407–14.
6. Heijen BJ, Speyer R, Baijens LWJ. Neuromuscular electrical stimulation versus traditional therapy in patients with Parkinson's disease and oropharyngeal dysphagia: effects on quality of life. Dysphagia 2012;27:336–45.
7. Pernambuco LA, et al . Qualidade de vida e deglutição após laringectomia total. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2012 dec.; São Paulo; 16(4): 460-465.
8. Maclean J, Szczesniak M, Cotton S, Cook I, Perry A. Impact of a laryngectomy and surgical closure technique on swallow biomechanics and dysphagia severity. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Jan;144(1):21-8.
9. Maclean J, Cotton S, Perry A. Post-laryngectomy: it's hard to swallow. Dysphagia. 2009; 24(2): 172-179.

10. Maclean J, Cotton S, Perry A. Dysphagia Following a Total Laryngectomy: The Effect on Quality of Life, Functioning, and Psychological Well-Being. *Dysphagia*. 2009; 24: 314-321.
11. Semple CJ, Dunwoody L, Kernohan WG, Mcgaughan E, Sullivan K. Changes and challenges to patient's lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 63:85–93.
12. Verdonschot RJCG, Baijens LWJ, Serroyen JL, Leue C, Kremer B. Symptoms of anxiety and depression assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *J Psychosom Res*. 2013; 75:451-455.
13. Chan JYK, Lua LL, Starmer HH, Sun DQ, Rosenblatt ES, Gourin CG. The relationship between depressive symptoms and initial quality of life function in head and neck cancer. *Laryngoscope*. 2011;121:1212–8.
14. Lin BM, Starmer HM, Gourin CG. The relationship between depressive symptoms, quality of life, and swallowing function in head and neck cancer patients 1 year after definitive therapy. *Laryngoscope* 2012;122:1518–25.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
16. Gomes VF, Miguel TLB, Miaso AI. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2013; 21(6):1203-1211.
17. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*. 2008;11(3):285-94.

18. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985 Aug; 15(3):651-9.
19. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). *Rev.Baiana Saúde Pública.*2010, 34(3):544-560.
20. Schindler A, Borghi E, Tiddia C, Ginocchio D, Felisati G, Ottaviani F. Adaptation and validation of the Italian MD Anderson dysphagia inventory(MDADI). *Rev Laryngol Otol Rhinol.*2008; 129:97-100.
21. Guedes RL, Angelis EC, Chen AY, Kowalski LP, Vartanian JG. Validation and application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in patients treated for head and neck cancer in Brazil. *Dysphagia.* 2013 Mar;28(1):24-32.
22. Araújo TM. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. bras.saude mater. infant. Recife.* 2005;5(3): 337-348.
23. Costa AG, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2005; 21(1):73-79.
24. Watts K. Swallowing difficulties experienced by people Who have undergone a total laryngectomy for head and neck cancer. Um published honours thesis, La Trobe University, Melbourne, 2006.
25. Baijens LWJ, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia.* 2013; 28(2): 260-270.

26. Gil F, et al. First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress Health*. 2012; 28(5): 362-367.
27. Enderby P, John A, Petheram B. Therapy outcome measures for rehabilitation professionals: speech and language therapy, physiotherapy, occupational therapy. 2th ed. England: John Wiley & Sons; 2013.
28. Ward EC, Bishop B, Frisby J, Stevens M. Swallowing outcomes following laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128:181–6.
29. Noonan BJ; Hegarty J. The impact of total laryngectomy: the patient's perspective. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(3):293-301.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO E AUTOPERCEPÇÃO EM DISFAGIA E VOZ: TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE** e está sendo desenvolvida na Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Leandro Pernambuco. O objetivo geral do estudo é traduzir, adaptar e validar três instrumentos para o português brasileiro. Um deles é para avaliar a deglutição (ato de engolir) de pessoas que foram tratadas por câncer de cabeça e pescoço, o outro é um questionário para identificar pessoas que fizeram cirurgia para retirar a laringe (órgão da garganta) e ficaram com dificuldade para engolir e o terceiro instrumento é outro questionário para identificar pessoas que sentem dificuldades na voz depois que fizeram cirurgia para retirar a tireoide.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a avaliação fonoaudiológica das dificuldades de deglutição e voz. Você será beneficiado com uma avaliação da deglutição ou da voz, orientações de hábitos saudáveis para a voz ou deglutição e nos casos em que se perceba a necessidade de fonoterapia, você será encaminhado ou mantido no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Napoleão Laureano.

Se você estiver participando da avaliação da deglutição, solicitamos a sua colaboração para responder uma entrevista com perguntas sobre você, a história de sua doença e sobre a deglutição no seu dia a dia. Depois, faremos uma avaliação para verificar como você engole diferentes consistências de alimentos. Nessa avaliação será necessário colocar espessante na água. O espessante é um pó que ao ser misturado com o líquido faz com que ele fique mais engrossado.

Se você estiver participando da avaliação da voz, você responderá uma entrevista com perguntas sobre você, a história de sua doença e sobre a voz no seu dia a dia. Depois, iremos gravar sua voz durante a emissão de alguns sons e palavras. Será colocado um microfone acoplado a um fone de ouvido e pediremos para você emitir uma vogal [e] e depois contar de 1 a 10.

Também solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece risco mínimo de constrangimento em responder a entrevista. Está assegurado a você o direito de se recusar a responder, mesmo sabendo que os dados são confidenciais. Você será esclarecido que os procedimentos serão realizados em ambiente discreto, preferencialmente apenas na sua presença e na do avaliador. Quanto aos procedimentos a serem realizados, se você estiver participando do estudo de deglutição, há risco de engasgos ao engolir, porém os pesquisadores estarão habilitados a prestar socorro, caso necessário. Se você estiver participando do estudo de voz, há previsão de risco de constrangimento em ter sua voz gravada, porém, reforçamos que as amostras gravadas serão utilizadas com finalidade exclusivamente científica.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha

Impressão dactiloscópica

Contato do Pesquisador (a) Responsável

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador Leandro Pernambuco no endereço Jardim Universitário, S/N, Castelo Branco, João Pessoa, PB, 58051-900 ou pelo telefone 83 32167831.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☐ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO E AUTOPERCEPÇÃO EM DISFAGIA E VOZ: TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

Pesquisador: Leandro de Araujo Pernambuco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71311717.4.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.190.942

Apresentação do Projeto:

Os protocolos para diagnóstico e monitoramento preciso das alterações de deglutição e voz devem proporcionar interpretações válidas dos resultados obtidos. Há Protocolos específicos para essas funções, particularmente para indivíduos com câncer ou submetidos à cirurgias de cabeça e pescoço, foram desenvolvidos em outras culturas e ainda não são utilizados no Brasil. A pesquisa irá traduzir os instrumentos e aplicá-los para validação

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir, adaptar e validar o Mann Assessment of Swallowing Ability – Cancer (MASA-C), o Swallowing Outcomes After Laryngectomy (SOAL) e o Thyroidectomy-related Voice Questionnaire (TRVQ) para o português brasileiro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

pode ocorrer constrangimento ou desconforto do voluntário em responder aos questionários. O voluntário será beneficiado com a entrada ou manutenção do seu tratamento no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Napoleão Laureano e poderá ter sua avaliação da deglutição e voz complementada com procedimentos mais específicos, incluindo exames de imagem para os quais poderá ser encaminhado. A validação dos instrumentos permitirá a utilização de protocolos confiáveis e padronizados na atenção à disfonia e disfagia orofaríngea em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem fundamentada e relevante no âmbito social, clínico e acadêmico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos estão de acordo com as diretrizes das resoluções 466/12, 510/16 e normas operacionais e portanto APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_948152.pdf	10/07/2017 21:21:38		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/07/2017 21:18:59	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_VALIDACOES.pdf	21/06/2017 16:38:29	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO_Validacoes.pdf	21/06/2017 16:33:06	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Outros	Certidao_Departamento.jpg	21/06/2017 16:31:05	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_COLETA_Validacoes.pdf	21/06/2017 16:26:31	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Validacoes.pdf	21/06/2017 16:23:50	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Validacoes.docx	21/06/2017 16:22:47	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Justificativa de Ausência	TCLE_Validacoes.docx	21/06/2017 16:22:47	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Validacoes.docx	21/06/2017 16:22:30	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Validacoes.docx	21/06/2017 16:22:05	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Julho de 2017

Assinado por:
Eliane Marques
Duarte de Sousa
(Coordenador)

SRQ 20 (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO-RELATO

NOME:			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE:			
Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.			
OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.			
RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE.			
1. Tem dores de cabeça frequentes?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
2. Tem falta de apetite?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
3. Dorme mal?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
4. Assusta-se com facilidade?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
5. Tem tremores de mão?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
7. Tem má digestão?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
10. Tem chorado mais do que de costume?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	() SIM [1]	() NÃO [1]	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
17. Tem tido idéias de acabar com a vida	() SIM [1]	() NÃO [0]	
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
20. Cansa-se com facilidade?	() SIM [1]	() NÃO [0]	
		TOTAL:	
NOME DO RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE:			
DATA:			

ID: _____

Nome: _____ RGH: _____

Data: _____ ()TESTE ()RETESTE

Este questionário pergunta sobre sua habilidade de engolir (deglutir). Estas informações irão nos auxiliar a entender como você se sente em relação à sua deglutição.

As questões que seguem foram preparadas por pessoas que têm problema com sua deglutição. Alguns dos itens podem ser relevantes para você.

Por favor, leia cada questão e marque a resposta que melhor reflete sua experiência na última semana.

Minha capacidade de deglutição limita minhas atividades diárias

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

E2. Eu tenho vergonha dos meus hábitos alimentares

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

F1. As pessoas têm dificuldade de cozinhar para mim

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

P2. É mais difícil engolir no fim do dia

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

E7. Sinto-me inseguro quando me alimento

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

E4. Eu estou triste pelo meu problema de deglutição

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

P6. Deglutir é um grande esforço

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

E5. Deixo de sair de casa por causa do meu problema de deglutição

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

F5. Meu problema de deglutição tem me causado perda de rendimentos financeiros

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

P7. Eu levo mais tempo pra comer por causa do meu problema de deglutição

()Concordo totalmente ()Concordo ()Sem opinião ()Discordo
()Discordo totalmente

P3. As pessoas me perguntam, “Porque você não pode comer isto?”

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

E3. Outras pessoas se irritam por causa do meu problema de deglutição

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

P8. Eu tenho tosse quando eu tento beber líquidos

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

F3. Meus problemas de deglutição atrapalham minha vida pessoal e social

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

F2. Eu me sinto à vontade para sair pra comer com meus amigos, vizinhos e parentes

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

P5. Eu limito minha alimentação por causa da minha dificuldade de deglutição

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

P1. Perco peso devido ao meu problema de deglutição

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

E6. Eu tenho baixa auto-estima por causa do meu problema de deglutição

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

P4. Eu sinto que estou conseguindo deglutir uma grande quantidade de alimentos

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

F4. Eu me sinto isolado por causa dos meus hábitos de alimentação

☐Concordo totalmente ☐Concordo ☐Sem opinião ☐Discordo
☐Discordo totalmente

Obrigado por completar este questionário!

APÊNDICES

FICHA DE ANAMNESE

DADOS PESSOAIS			
Nome:		Idade:	() Masc. () Fem.
DN:		Endereço:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Profissão:		Estado Civil:	
Escolaridade:			
Tel.Res.:		Cel.:	
Email:		Data da Entrevista:	

DOENÇA E TRATAMENTO	
Diagnóstico:	
Tipo de Câncer: () CEC () Outros	
Tamanho do Tumor: () T1 () T2 () T3 () T4	
Tratamento: () Cirurgia Tipo: _____ Tempo: _____ () RxT () QxT () Medicamento () Controle Clínico(s/medicamento) Outro: _____	
Nível de Reconstrução: () Mucosa () Músculo () Músculo e Músculo	
Tipo de Reconstrução: () Fechamento Vertical () Fechamento Transversal () Fechamento Combinado "T"	
Tratamentos adjuvantes: () RxT () QxT () QxT + RxT () Não	
Esvaziamento Cervical: () Nível 1 () Nível 2 () Nível 3 () Nível 4 () Nível 5 () Nível 6 () Não	
Tipos de Sonda: () Gastrostomia () Naso/Orogástrica () Naso/Oroentérica () Não Tempo: _____	
Tempo decorrido após a cirurgia: _____	
Queixa de Alteração no Olfato: () Anosmia () Hiposmia () Não	
Queixa de Alteração no Paladar: () Ageusia () Disgeusia () Não	
Queixa para Deglutir: () Líquido () Sólido () Pastoso () Não	
Complicações pós-operatórias: () Salivação Reduzida () Edema ou Linfedema () Fístulas () Estenoses () Refluxo Gastroesofágico () Cicatrizes () Não	
Processos de Reabilitação da Comunicação Oral: () Voz Esofágica () Prótese Traqueoesofágica () Laringe Eletrônica () Não	
Participação no Grupo de Laringectomizados: () Não () Às vezes () Sempre	