

Artigos originais

Voz e qualidade de vida de laringectomizados totais: um estudo comparativo

Voice and quality of life of totally laryngectomized patients: a comparative study

Maria Eduarda Correia⁽¹⁾
Karina Mary de Paiva Vianna⁽¹⁾
Ana Carolina de Assis Moura Ghirardi⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida relacionada à voz em pacientes laringectomizados totais participantes de um grupo de apoio.

Métodos: a população estudada foi constituída por 11 indivíduos laringectomizados totais, de ambos os sexos com idade compreendida entre 43 e 84 anos, falantes por meio de voz traqueoesofágica ou laringe eletrônica. Foi aplicado o protocolo Qualidade de Vida em Voz (QVV) e uma escala representada por uma régua de dez centímetros para aferição da satisfação da comunicação.

Resultados: os indivíduos falantes traqueoesofágicos apresentaram melhores resultados no escore global do QVV em relação aos usuários de laringe eletrônica ($p=0.026$). Os sujeitos que apresentaram melhores índices globais no QVV apresentaram melhores índices de satisfação com a comunicação ($p=0.001$). Os índices de satisfação com a comunicação apresentaram relação com o tempo de cirurgia ($p=0.050$). Não foram encontradas associações entre a satisfação com a comunicação e as variáveis sociodemográficas sexo ($p=0.154$) e idade ($p=0.303$).

Conclusão: pode-se observar que quanto maior o tempo de cirurgia mais satisfeito o indivíduo está com a comunicação. Observou-se ainda que o QVV é uma medida fidedigna da satisfação na comunicação de laringectomizados totais.

Descritores: Voz; Laringectomia; Qualidade de Vida; Voz Alaríngea

ABSTRACT

Purpose: to analyze the voice-related quality of life in totally laryngectomized patients in speech therapy for a support group.

Methods: the studied population was composed of 11 totally laryngectomized subjects of both genders between 43 and 83 years of age, who speak using a tracheoesophageal prosthesis or electronic larynx. The patients answered the Brazilian Portuguese version of the Voice-Related Quality of Life (VR-QOL) questionnaire and rated their satisfaction with their communication on a 10cm visual analogic scale. Results were submitted to statistical analysis with a 5% significance level.

Results: tracheoesophageal prosthesis speakers had better results in the global score of the VR-QOL when compared with electronic larynx speakers ($p=0.026$). The subject with higher global VR-QOL scores had higher satisfaction levels regarding their communication ($p=0.001$). Satisfaction levels with communication were also statistically related to time of surgery ($p=0.05$). There were no statistically significant associations regarding satisfaction with communication and sociodemographic variables sex ($p=0.154$) and age ($p=0.303$).

Conclusion: individuals with more time since surgery are better satisfied with their communication. Satisfaction levels showed that the VR-QOL is a reliable measure of communication satisfaction of totally laryngectomized patients.

Keywords: Voice; Laryngectomy; Quality of Life; Speech, Alaryngeal

Recebido em: 30/12/2015
Aceito em: 25/05/2016

Endereço para correspondência:

Maria Eduarda Correia,
Rua João Fernando da Silva nº 147
Florianópolis – SC – Brasil
CEP: 88108-145
E-mail: duda_2.3@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A laringe é um órgão com diversas funções no organismo, funcionando como esfíncter, atuando na respiração, na deglutição e desempenhando seu papel primordial na produção da voz laríngea. Alterações laríngeas podem ocasionar grandes dificuldades relacionadas à fonação, à respiração e à alimentação¹. O câncer de laringe corresponde a cerca de um a dois por cento dos tumores malignos que podem acometer o homem em todo o mundo, representando o câncer mais comum na área da cabeça e pescoço. O paciente acometido por essa patologia é tipicamente do sexo masculino. O tabagismo e o uso de álcool são os fatores de risco mais bem estabelecidos para este tipo de câncer².

O tratamento de uma neoplasia maligna envolve procedimentos cirúrgicos em que toda a laringe é removida, denominada laringectomia total ou apenas parte dela, parcial. As laringectomias totais resultam em perda completa da voz laríngea e, assim é preciso determinar um método de reabilitação para que a comunicação oral seja reestabelecida³.

Além da perda da voz laríngea, o paciente submetido à laringectomia total sofre grandes mudanças em seu corpo com a separação das vias digestivas e respiratórias. O indivíduo passa a respirar pelo traqueostoma que será definitivo e possibilitará a passagem de ar para a inspiração e expiração⁴.

Existem dois momentos cruciais no enfrentamento do diagnóstico e do tratamento para o paciente laringectomizado: a possibilidade de morte, associada ao câncer e ao medo da cirurgia, e o entendimento de todas as modificações que ocorrerão, principalmente a perda da comunicação oral⁵.

Assim, a reabilitação fonoaudiológica possui grande importância, não somente para auxiliar no método de aquisição de uma nova voz, mas também para reinserir o sujeito em seu meio social e profissional com qualidade de vida. É responsabilidade do fonoaudiólogo esclarecer sobre as mudanças anatómicas, o uso da sonda nasoenteral no período pós-operatório e o traqueostoma definitivo, bem como, expor os métodos de reabilitação vocal existentes para a comunicação após a laringectomia, a voz esofágica, voz traqueoesofágica (com adaptação da prótese vocal) e as eletrolaringes⁶.

Para tanto é necessário conhecer a individualidade de cada paciente, entendendo a aceitação da imagem corporal alterada, os sentidos associados à falta do tabaco e álcool e acima de tudo auxiliar na escolha

do melhor método de reabilitação vocal, buscando sempre qualidade de vida para esses pacientes.

A perda da voz laríngea é a principal sequela das cirurgias de laringectomias totais. A voz representa a identidade do indivíduo, perde-la significa limitar a interação social, a comunicação por meio de sentimentos, desejos e das características individuais e biológicas. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida relacionada à voz em pacientes laringectomizados totais, por meio do conhecimento do nível da satisfação dos usuários com o método de adaptação vocal escolhido, e de que forma a perda da voz laríngea e a sua reabilitação influenciam em sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC com parecer nº 1183216 e participação dos sujeitos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critério de inclusão considerou-se pacientes submetidos à laringectomia total, participantes do Grupo de Apoio a Laringectomizados (GAL) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis, Santa Catarina que se comunicam através de prótese traqueoesofágica ou laringe eletrônica.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa durante a realização dos encontros mensais do grupo de apoio. No momento da coleta participavam do grupo 16 pacientes, dos quais cinco comunicavam-se somente por meio de voz esofágica, os quais foram excluídos do estudo. Os demais participantes (11) estavam dentro dos critérios e aceitaram participar.

Os sujeitos foram solicitados a preencher o protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV (Figura 1) em sua versão validada para o português brasileiro por GASPARINI e BEHLAU, 2009⁷ e a realizar uma autoavaliação da sua satisfação com o método de reabilitação vocal utilizado. Para este procedimento foi utilizada uma escala analógico-visual de 10 cm onde 0(zero) representou muito insatisfeito e 10 muito satisfeito. O paciente marcou, livremente, o ponto da régua que melhor representou a sua satisfação, no momento da coleta de dados. Após o preenchimento, as marcações foram medidas e anotadas, com precisão de uma casa decimal.

O QVV apresenta uma lista de possíveis problemas relacionados à voz e procura caracterizar a interferência de um possível problema de voz nas atividades

da vida cotidiana. Trata-se de um questionário com dez perguntas que devem ser respondidas considerando-se a gravidade do problema e a frequência em que o mesmo ocorreu em aproximadamente duas semanas anteriores ao momento do preenchimento.

A coleta de dados foi realizada em uma sala silenciosa, na presença da pesquisadora e dos demais participantes. Quando necessário, as perguntas foram realizadas verbalmente, de forma individual.

O valor do escore total do QVV foi calculado a partir da fórmula [Total = 100 – (escore bruto – 10/ 40) x 100].

O escore máximo é 100 (melhor qualidade de vida), e o escore mínimo é zero (pior qualidade de vida).

A análise estatística comparou as variáveis “método de reabilitação” (prótese traqueoesofágica e laringe eletrônica), “satisfação com a comunicação”, “tempo de cirurgia” (meses), bem como os dados sócio-demográficos (idade e sexo) dos sujeitos. Para analisar a associação dessas variáveis com os resultados do QVV foi calculada a média dos valores das variáveis contínuas (idade, escore do QVV, satisfação e tempo de cirurgia) utilizando-se assim duas variáveis categóricas (acima e abaixo da média) para o estudo da associação entre elas. Para essa finalidade, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Protocolo de Qualidade de vida em Voz –QVV

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

Nome: _____ Data: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Profissão: _____

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

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

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

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

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

Figura 1. Protocolo de Qualidade de Vida em Voz

RESULTADOS

A população estudada foi composta por 11 pacientes laringectomizados totais, falantes por meio de laringe eletrônica (8) ou voz traqueoesofágica (3), com idade compreendida entre 43 e 84 anos (média $65 \pm 10,5$ anos). Dos indivíduos, dois eram do sexo feminino e nove do sexo masculino com tempo de cirurgia entre 18 e 204 meses (média $75,4 \pm 66,8$) (Tabela 1).

Os níveis de satisfação com a comunicação apresentaram resultados com média de 6,6cm (IC (95%) = 4,89 – 8,49) em uma escala de 10 cm. Verificou-se que seis indivíduos apresentaram resultados abaixo da média de satisfação e cinco apresentaram resultados acima da média. Todos os indivíduos usuários de prótese traqueoesofágica encontram-se acima da média com melhores índices de satisfação.

Com relação ao QVV (Tabela 2), foi calculada a média dos escores gerais ($59,5 \pm 23,4$) e assim, os pacientes foram divididos em categorias acima e abaixo da média (<60 e 60+). Os resultados demonstraram que seis indivíduos encontram-se abaixo da média e cinco acima da média. Todos os indivíduos usuários de prótese traqueoesofágica encontram-se acima da média com melhores escores no QVV. A tabela 3 demonstra os resultados dos escores gerais e por domínio no protocolo QVV.

Os resultados relacionando o método de reabilitação com o escore global do QVV demonstraram que seis reabilitados com laringe eletrônica estão na categoria de <60 e dois na categoria 60+. Todos os falantes traqueoesofágicos apresentaram resultados na categoria de 60+, o que indica que o grupo com voz traqueoesofágica apresenta melhor qualidade de vida relacionada à voz ($p = 0.026$).

Os participantes falantes por meio de laringe eletrônica assinalaram com maior frequência “é um problema grande” ou “é um problema muito grande” os itens “tenho dificuldades em falar forte ou ser ouvido em lugares barulhentos” além de “tenho dificuldades em falar ao telefone por causa da minha voz”.

A maioria dos pacientes usuários de prótese traqueoesofágica obteve escores menores no domínio emocional, assinalando que os itens nesse domínio que envolvem ansiedade, frustração e depressão, representam um problema moderado/médio. Essas dificuldades também foram relatadas pelos pacientes usuários de laringe eletrônica, no entanto, esses referem que não evitam sair socialmente por causa da voz, ao contrário dos pacientes do grupo anterior.

Quando estudada a associação entre os resultados do QVV com os resultados da satisfação com a comunicação pode-se perceber que o nível de satisfação influencia positivamente no nível de qualidade de vida relacionada à voz. Os sujeitos que apresentaram melhores índices globais no QVV apresentaram melhores índices de satisfação com a sua comunicação com alta significância estatística ($p = 0.001$).

Os níveis de satisfação com a comunicação também apresentaram relação estatisticamente significativa com o tempo de cirurgia ($p = 0.050$), demonstrando que a satisfação aumentou em decorrência do tempo. Os sujeitos com maior tempo de cirurgia estão mais satisfeitos com a sua comunicação. Os indivíduos do sexo feminino (P5 e P11) apresentaram exatamente o mesmo tempo de cirurgia (48 meses) e método de reabilitação de fala (Laringe Eletrônica) e os menores níveis brutos de satisfação encontrados nesta população (4,8 e 1,0 respectivamente).

Não foram encontradas associações entre a satisfação com a comunicação e as variáveis sociodemográficas sexo ($p = 0.154$) e idade ($p = 0.303$).

Tabela 1. Caracterização dos pacientes segundo sexo, idade, tempo de cirurgia, método de reabilitação e nível de satisfação com a comunicação

Paciente	Sexo	Idade (anos)	Tempo de cirurgia (meses)	Reabilitação	Satisfação (centímetros)
P1	M	69	73	LE	5,7
P2	M	67	24	PTE	9,3
P3	M	64	24	LE	8,7
P4	M	65	48	LE	5,3
P5	F	64	48	LE	4,8
P6	M	66	204	PTE	9,8
P7	M	84	18	LE	5,4
P8	M	73	120	LE	9,5
P9	M	48	18	LE	5,9
P10	M	71	204	PTE	8,2
P11	F	44	48	LE	1,0

Legenda: M- masculino; F- feminino; LE- laringe eletrônica; PTE- prótese traqueoesofágica

Tabela 2. Distribuição segundo métodos de reabilitação, escore médio no protocolo de qualidade de vida em voz e satisfação com a comunicação

	n	%
Reabilitação		
LE	8	72.73
PTE	3	27.27
QVV		
<60	6	54.55
60+	5	45.45
Satisfação		
<6.7	6	54.55
6.8+	5	45.45

Legenda: LE- laringe eletrônica; PTE- prótese traqueoesofágica

Tabela 3. Escores totais e dos domínios físico e emocional do protocolo de qualidade de vida em voz (QVV)

Paciente	Escore QVV (total)	Domínio Físico	Domínio Emocional
P1	42,5	37,5	50
P2	75	83,4	62,5
P3	62,5	62,5	62,5
P4	35	45,9	18,8
P5	35	29,2	43,8
P6	95	95,9	93,8
P7	52,5	54,2	50
P8	95	91,7	100
P9	50	62,5	31,2
P10	85	75	100
P11	27,5	25	31,2

Tabela 4. Caracterização dos pacientes segundo o tempo de cirurgia e o nível de satisfação com a comunicação*

Paciente	Tempo de cirurgia (meses)	Satisfação (cm)
P1	73	5,7
P2	24	9,3
P3	24	8,7
P4	48	5,3
P5	48	4,8
P6	204	9,8
P7	18	5,4
P8	120	9,5
P9	18	5,9
P10	204	8,2
P11	48	1

*teste de associação pelo qui-quadrado: $p=0.05$

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade de vida relacionada à voz de pacientes laringectomizados totais participantes de um grupo de apoio. Além disso, buscou-se conhecer o nível da satisfação dos usuários com o método de adaptação vocal escolhido, e de que forma a perda da voz laríngea e a sua reabilitação influenciam a sua qualidade de vida. Salienta-se que houve diferença no número de sujeitos reabilitados com laringe eletrônica (8) e prótese traqueoesofágica (3). Esse fato ocorreu dadas as características inerentes ao grupo em que a pesquisa foi realizada (amostra por conveniência). No entanto, a análise estatística que prevê 5% de erro na consideração de significância dos resultados, permite que análises de associação sejam feitas entre ambos os grupos.

A média de idade dos participantes foi de 65 anos e dos 11 indivíduos apenas dois eram do sexo feminino. A literatura aponta que o câncer de laringe está tipicamente relacionado ao sexo masculino associado à alta ingestão de tabaco e bebidas alcoólicas, má nutrição, exposição a substâncias tóxicas e químicas e histórico familiar de câncer. A incidência estimada é de 7.640 novos casos por ano, sendo 6.870 em homens e 770 em mulheres⁸.

A satisfação com a comunicação foi bem distribuída, seis pacientes apresentaram resultados abaixo e cinco acima da média (6,6 cm). Apesar da amostra reduzida, todos os falantes traqueoesofágicos apresentaram valores acima da média. Estes resultados eram esperados, uma vez que, a voz traqueoesofágica utiliza o ar pulmonar, e aumenta, assim, o tempo máximo de fonação, possibilita uma melhor fluência de fala e variação de intensidade e modulação, tornando a voz

mais próxima do natural¹. No entanto dois sujeitos (P3 e P8) falantes por meio da laringe eletrônica apresentaram resultados acima da média, o que pode ter ocorrido pelo fato de estarem adaptados a este método de reabilitação e assim satisfeitos com a sua comunicação.

Com relação à qualidade de vida e voz, os resultados demonstram que a partir da média dos escores (59,5), novamente seis indivíduos apresentaram resultados abaixo da média e cinco acima da média. Os indivíduos usuários de prótese traqueoesofágica apresentaram os melhores valores no escore do QVV. Esses dados corroboram os de outros estudos^{9,10} que afirmam que falantes traqueoesofágicos possuem melhores escores globais no QVV em comparação com usuários de laringe eletrônica e voz esofágica.

No presente estudo analisaram-se os falantes por laringe eletrônica e prótese traqueoesofágica por serem os métodos mais utilizados no grupo de apoio estudado. A voz esofágica é dificilmente utilizada nesse contexto. A relação da reabilitação com o escore global do QVV demonstrou que seis reabilitados com laringe eletrônica estavam com níveis de qualidade de vida em voz abaixo da média e apenas dois estavam acima da média corroborando com o estudo¹⁰ citado, afirmando que embora a prótese traqueoesofágica apresentar melhores escores que a laringe eletrônica, os usuários de laringe eletrônica demonstraram associação positiva com o tempo de cirurgia. Sendo assim, destes dois pacientes, (P3 e P8), um apresentou tempo de cirurgia de 120 meses indicando a possibilidade de satisfação em decorrência do tempo com o método utilizado.

Os participantes falantes por meio de laringe eletrônica apresentaram pior desempenho no

domínio físico, conforme resultados obtidos em outros estudos^{11,12}. É possível que essa ocorrência se deva ao fato de que as perguntas mais frequentemente assinadas como um problema “grande” ou “muito grande” eram relacionadas a falar forte ou serem ouvidos em locais barulhentos, além de dificuldades em falar ao telefone. Os usuários de laringe eletrônica dependem de um dispositivo que geralmente funciona a pilha, e consiste em um cilindro com uma membrana vibrátil, que proporciona uma vibração, e quando em contato com a região do pescoço, transfere o som para a cavidade oral onde é modificado pelos articuladores e produz a fala. Dessa forma, possui limitações em termos de frequência e intensidade, além de gerar uma voz com qualidade “metálica” e muitas vezes definida como robotizada¹³, o que pode ser uma barreira importante, principalmente na comunicação à distância ou em ambientes ruidosos.

Os falantes traqueoesofágicos apresentaram piores escores no domínio emocional, demonstrando que os itens que envolvem ansiedade, frustração e depressão, representam um problema moderado/médio. Tal fato pode ser justificado uma vez que embora sejam usuários da prótese traqueoesofágica que proporciona maiores recursos de comunicação, a utilização do ar pulmonar para a fala, em função da cirurgia de laringectomia total ocasiona sequelas definitivas¹⁴. O uso do traqueostoma, a perda da voz laríngea, do olfato, além da impossibilidade de imersão na água são motivos que, embora físicos, poderiam resultar em prejuízos no domínio emocional do QVV. Sabe-se que esses aspectos são inerentes à laringectomia total e que são realidade para todos os pacientes, independentemente da forma de comunicação utilizada. No entanto, entende-se que esses prejuízos são percebidos de forma diferente pelos usuários de prótese traqueoesofágica e de laringe eletrônica, uma vez que as frustrações se manifestaram em um prejuízo maior no domínio físico para o primeiro grupo de pacientes e no domínio emocional para o segundo. Nota-se que dois dos três usuários de prótese traqueoesofágica tem 17 anos de pós operatório, demonstrados em meses na Tabela 1. Hipotetiza-se que este tempo mais longo tenha permitido que as mudanças físicas decorrentes da cirurgia tenham sido fisicamente superadas ou adaptadas e deixaram marcas que foram expressas como frustrações frente às perguntas do questionário. Sabe-se ainda que, alguns dos pacientes usuários de laringe eletrônica o fazem por insucesso na tentativa de emprego de outro método de comunicação, o que

poderia demandar mais tempo para que as dificuldades físicas com a comunicação sejam superadas.

Além disso, há uma dificuldade no convívio social, devido a julgamentos de terceiros, falta de sensibilidade e entendimento, forçando o laringectomizado a evitar situações que podem confrontá-lo com tais limitações¹⁵. Nota-se ainda que queixas como dificuldade em “falar forte” e “ser compreendido em ambiente ruidoso” podem acompanhar todos os laringectomizados, mas são acentuadas muitas vezes pelas limitações oferecidas por alguns modelos de eletrolaringe¹⁶.

Pode-se afirmar que o nível de satisfação com a comunicação influencia positivamente no nível de qualidade de vida relacionada com a voz. Esse é um achado importante que demonstra que o QVV é uma medida muito fidedigna da satisfação com a comunicação para os sujeitos laringectomizados totais. Assim, pode-se afirmar que, quanto mais satisfeito o paciente está com a sua comunicação melhor será o seu escore global no QVV. Tal resultado corrobora com outro estudo¹⁷, que observou que, apesar do caráter insubstituível da laringe, a maioria dos indivíduos reabilitados com prótese traqueoesofágica possuem melhores índices de qualidade de vida e conseqüentemente estão mais satisfeitos com a sua comunicação, assim como sugere o presente estudo que demonstrou resultados estatisticamente significantes para a associação de tempo de cirurgia e satisfação com a comunicação, mesmo com apenas três pacientes usuários de prótese traqueoesofágica.

Observou-se também que quanto maior o tempo de cirurgia, mais satisfeito o indivíduo estará com a sua comunicação ($p=0.050$) (Tabela 4). Isso pode ocorrer uma vez que, possivelmente, o indivíduo vai adquirindo segurança e autoconfiança, que o levam a ter maior satisfação com a sua nova forma de comunicar-se. O luto pela perda da voz laríngea é feito com o tempo. Além disso, há o luto em relação à perda das demais funções da laringe (esfíncter, respiração, deglutição) e às adaptações que serão necessárias para suprir a perda desse órgão¹⁷. Há ainda a presença de dores e distúrbios psicológicos como medo da morte e enfrentamento do câncer que precisam de tempo para serem superadas¹⁸.

Outro estudo¹⁹ afirma que sentimentos como medo, preocupação e culpa estão presentes, no entanto com o decorrer da doença os pacientes aprendem a superar estes sentimentos e devido à fase de vida que se encontram, este aspecto apresenta pouca ou

nenhuma influência na qualidade de vida. Portanto é comum que no início do período de reabilitação e pós-operatório as pessoas estejam com baixo índice de satisfação com a comunicação. Conforme o tempo passa e com o aumento da segurança com a condição física e psicológica, mais satisfeito estará com o método vocal escolhido, e conseqüentemente, melhor estará sua qualidade de vida.

Vale ressaltar que este estudo foi realizado com uma amostra reduzida, sem a inclusão de sujeitos falantes esofágicos por características do centro onde foi realizado. Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros com um maior número de sujeitos para comparação dos dados e também para comparação com o método esofágico de fala e com indivíduos sem método de comunicação oral.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados neste estudo os usuários de prótese traqueoesofágica obtiveram escores acima da média do grupo no QVV global. A associação do QVV com a satisfação da comunicação demonstrou que o QVV é uma medida fidedigna da satisfação na comunicação de laringectomizados totais. Todos os indivíduos que ficaram acima da média da satisfação, permaneceram acima da média no resultado global do QVV. Quanto maior o tempo de cirurgia, mais satisfeito o indivíduo está com a comunicação.

REFERÊNCIAS

- Ghirardi ACAM, Ferreira LP. Laryngectomized Users of Tracheoesophageal Prosthesis: Principles and Methods of Speech-Language Pathology Practice. *Appl. cancer res.* 2008;28(4):134-43.
- Lima MAG, Barbosa LNF, Sougey EB. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. *Rev. SBPH.* 2011;14(1):18-40.
- Silva AC, Abrahão V, Rudnicki T. A Inter-Relação entre Qualidade de Vida e Adequação Social em Laringectomizados. *Rev. Sbph.* 2009;11(2):17-30.
- INCA [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Orientação aos Pacientes Laringectomizados. [acesso em setembro de 2014]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=111>.
- Barbosa LNF, Francisco AL. Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéia.* 2011;21(48):73-81.
- Fouquet ML. Reabilitação fonoaudiológica após laringectomia total. In: Filho OL, Campiotto AR, Levy CCAC, Redonto MC, Anelli W. *Novo Tratado de Fonoaudiologia.* 3 ed. São Paulo: Manole; 2013. p. 717-29.
- Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. *Voice.* 2009;23:76-81.
- INCA [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Câncer. Rio de Janeiro. [acesso em setembro de 2014]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>.
- Deshpande MS, Kaskade AC, Chaukar DA, Gore VT, Pai OS, Chaturvedi P et al. Validation and assessment of voice-related quality of life in Indian patients undergoing total laryngectomy and primary tracheoesophageal puncture. *Head Neck.* 2009;31(1):37-44.
- Moukarbel RV, Philip CD, John HY, Jason HF, Adam MB, Kevim F. Voice-related Quality of Life (V-RQOL) outcomes in laryngectomees. *Head Neck,* 2011;33(1):31-6.
- Gadenz CD, Souza CH, Cassol M, Martins VB, Santana MG. Análise da qualidade de vida e voz de pacientes laringectomizados em fonoterapia participantes de um grupo de apoio. *Distúrb Comun.* 2011;23(2):203-15.
- Carmo RD, Camargo Z, Zuleica, Nembr K. Relação entre Qualidade de Vida e Auto- Percepção da Qualidade Vocal de Pacientes Laringectomizados Totais: Estudo Piloto. *Rev CEFAC.* 2006;8(4):518-28.
- Santos CB, Caria PHF, Tosello DO, Bérzin F. Comportamento dos músculos cervicais em indivíduos com fala esofágica e laringe artificial. *Rev CEFAC.* 2010;12(1):82-90.
- Gomes TABF, Rodrigues FM. Qualidade de vida do laringectomizado traqueostomizado. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2010;39(3):199-205.
- Barbosa LNF, Santos DA, Amaral MX, Gonçalves AJ, Bruscatto WL. Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos a Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo. *Rev. Sbph.* 2004;7(1):45-58.
- Carmo RDC, Cunha MC, Ghirardi ACAM. Voz e psiquismo: efeitos recíprocos em um paciente laringectomizado total. *Distúrb Comun,* 2010;22(1):61-7.

17. Rossi VC, Fernandes FL, Ferreira MAA, Bento LR, Pereira PSG, Chone CT. Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2014;80(5):403-8.
18. Lima MAG, Barbosa LNF, Sougey EB. Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Laringe. *Rev. Sbph.* 2011;14(1):18-40.
19. Algave DP, Mourão LF. Qualidade de Vida em Laringectomizados Totais: Uma análise sobre diferentes instrumentos de avaliação. *Rev CEFAC.* 2015;17(1):58-70.