

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CIRÚRGICAS

JORDANA BALBINOT

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES TRATADOS POR CÂNCER DE LÍNGUA
PRÉ E PÓS FONOTERAPIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Porto Alegre

2020

JORDANA BALBINOT

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES TRATADOS POR CÂNCER DE LÍNGUA
PRÉ E PÓS FONOTERAPIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Sady Selaimen da Costa
Coorientadora: Profa. Dra. Sílvia Dornelles

Porto Alegre
2020

JORDANA BALBINOT

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES TRATADOS POR CÂNCER DE LÍNGUA
PRÉ E PÓS FONOTERAPIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador: Dr. Sady Selaimen da Costa
Doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo

Prof^a. Coorientadora: Dr^a Silvia Dornelles - Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Gerson Schulz Maahs - Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Pricila Sleifer
Doutorado em Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Luciana Grolli Ardenghi
Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Balbinot, Jordana

Qualidade de vida em pacientes tratados por câncer de língua pré e pós fonoterapia: um ensaio clínico randomizado / Jordana Balbinot. -- 2020.

68 f.

Orientador: Sady Selaimen da Costa.

Coorientador: Sílvia Dornelles.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Neoplasias da Língua. 2. Transtornos de Deglutição . 3. Qualidade de vida. 4. Ensaio Clínico Controlado Aleatório. 5. Fonoterapia. I. Costa, Sady Selaimen da, orient. II. Dornelles, Sílvia, coorient. III. Título.

*“Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*
(Fernando Sabino)

DEDICATÓRIA

À minha mãe Marlene, por ser apoiadora de todos os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À minha família, agradeço pelo apoio incondicional, por me incentivarem a nunca desistir dos meus sonhos e por nos momentos mais difíceis terem me mostrado que tudo ficaria bem. Mãe, Pai, João e Jonatas, vocês me ensinaram a lutar pelos meus objetivos, com humildade e dedicação, vocês me dão forças para continuar! Sou grata por compreenderem todas as ausências durante esses seis anos; foram muitos os momentos abdicados para chegar até aqui e, sem vocês ao meu lado, nada do que vivo hoje seria possível. Agradeço à minha sobrinha Alice, que me apresentou um amor inexplicável, você é a minha alegria.

Agradeço especialmente a todos os meus amigos, que dividiram comigo incontáveis momentos de alegria e muitas vezes enxugaram minhas lágrimas nesses 2 anos, vocês tornaram tudo mais leve. Obrigada também à querida amiga Cecília, que não mediu esforços para auxiliar na realização deste trabalho.

Carol, à você que compartilhou comigo cada momento desse percurso, meu mais sincero agradecimento. Vivenciamos muitos desafios, muitas alegrias e muitos momentos de desespero, em todos sempre pude contar contigo. Obrigada pelo abraço amigo, pelas palavras de incentivo, obrigada pelos muitos “vai dar tudo certo, miga” e, principalmente, obrigada por ter se tornado esta grande amiga, para sempre minha dupla.

Aos meus admirados orientadores, Professor Sady e Professora Sílvia, sou grata por todas as oportunidades que me propiciaram nesses 5 anos de trajetória. Profe Sílvia, que dádiva a UFRGS ter me agraciado com essa generosa mãe, que acompanhou meu crescimento e foi base na construção da profissional que sou hoje. Obrigada pela confiança e por sempre acreditar no meu potencial. Se hoje alçarei um voo maior, muito disso é pelo seu incentivo e exemplo. Você sabe o quanto é importante para mim, desejo que nossa parceria e amizade perdure e saiba que serás sempre minha inspiração.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, e à CAPES pela bolsa de fomento que possibilitou o meu ingresso e permanência no mestrado.

Agradeço aos pacientes que tornaram possível a realização desse trabalho e à toda a equipe da Zona 19, pelo acolhimento e auxílio prestados.

Aos queridos membros da banca Dr. Gérson, Dra. Pricila e Dra. Luciana, gratidão imensa por transmitirem suas valiosas contribuições a este trabalho!

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	9
LISTA DE FIGURAS	10
RESUMO	11
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES	15
2.2 MARCO CONCEITUAL	16
2.3 CÂNCER DE LÍNGUA: CENÁRIO ATUAL	17
2.4 TRATAMENTO ONCOLÓGICO E DISFAGIA EM CÂNCER DE LÍNGUA	18
2.5 FONOTERAPIA E PERSPECTIVAS DA REABILITAÇÃO	21
2.6 QUALIDADE DE VIDA EM EVIDÊNCIA	22
3 JUSTIFICATIVA	25
4 HIPÓTESES	26
5 OBJETIVOS	27
5.1 PRINCIPAL	27
5.2 SECUNDÁRIOS	27
6 REFERÊNCIAS	28
ARTIGO EM INGLÊS	31
ARTIGO EM PORTUGUÊS	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
ANEXOS	63
ANEXO 1 - Ficha de Dados Sociodemográficos e Histórico da Doença	64
ANEXO 2 - Questionário Índice de Desvantagem da Deglutição	65
ANEXO 3 - Escala Funcional de Ingestão por Via Oral	67
ANEXO 4 - Classificação endoscópica da gravidade da disfagia orofaríngea	68

LISTA DE ABREVIATURAS

QV - Qualidade de Vida

INCA - Instituto Nacional do Câncer

HPV - Human Papilloma Virus

MDADI - M. D. Anderson Dysphagia Inventory

SWAL-QOL - Swallowing Quality of Life Questionnaire

DHI - *Dysphagia Handicap Index*

IDD – Índice de Desvantagem da Deglutição

FOIS - Funcional Oral Intake Scale

VED - Videoendoscopia da deglutição

GE - Grupo Estudo

GC - Grupo Controle

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema representativo da seleção de artigos para a revisão de literatura	15
Figura 2 - Marco conceitual.....	16

RESUMO

Introdução: O câncer de língua é um dos subtipos mais comuns do câncer de cabeça e pescoço. Os efeitos agressivos dos tratamentos oncológicos desses tumores acarretam grande impacto estético, psicossocial e déficits funcionais, principalmente a disfagia, que cursa em piora na Qualidade de Vida dos pacientes. A reabilitação torna-se fundamental ao propiciar a recuperação máxima da funcionalidade desses indivíduos e ao auxiliá-los no enfrentamento das novas estruturas, gerando impacto positivo na Qualidade de Vida. **Objetivo:** Verificar o impacto da fonoterapia na Qualidade de Vida relacionada à deglutição de pacientes tratados por câncer de língua. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado paralelo realizado em um Hospital Público de referência de Porto Alegre, Brasil. Os participantes foram avaliados no início e no final do acompanhamento por meio de um questionário de Qualidade de Vida, o Índice de Desvantagem da Deglutição, foram classificados quanto ao nível da escala FOIS e submetidos ao exame de Videoendoscopia da Deglutição, para definição do grau de disfagia. Os indivíduos do grupo experimental passaram por quatro sessões semanais de fonoterapia, totalizando um mês de acompanhamento, composta por um programa de exercícios e orientações para deglutição. O grupo controle recebeu o acompanhamento habitual realizado pela instituição. **Resultados:** A amostra foi composta por dois grupos de pacientes tratados por câncer de língua, um estudo e um controle, totalizando 30 indivíduos, de ambos os sexos. Houve uma diminuição significativa, de aproximadamente 40 pontos ($P < 0,001$), nos escores de Qualidade de Vida após a intervenção no grupo estudo. Verificou-se correlação significativa entre a melhora da Qualidade de Vida, a redução da gravidade da disfagia e o aumento dos níveis da escala FOIS ($P < 0,001$). **Conclusões:** Pacientes tratados por câncer de língua apresentaram melhora nos escores de Qualidade de Vida relacionada à deglutição e na gravidade da disfagia após fonoterapia.

Palavras-chave: Neoplasias da Língua; Transtornos de Deglutição; Qualidade de vida; Ensaio Clínico Controlado Aleatório; Fonoterapia.

ABSTRACT

Introduction: Tongue cancer is one of the most common subtypes of head and neck cancer. The aggressive effects of treatment cause aesthetic, psychosocial and functional deficits, especially dysphagia, which affects patient quality of life. Rehabilitation, which is essential for functional maximum recovery, helps patients deal with new structures and has a positive impact on quality of life. **Objective:** To verify the impact of speech therapy on swallowing quality of life in tongue cancer patients after treatment. **Methods:** This parallel randomized clinical trial was conducted at a public hospital in Porto Alegre, RS, Brazil. Before and after the intervention, a quality of life questionnaire (the Deglutition Handicap Index) was applied, dysphagia severity was assessed with fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, and by the Functional Oral Intake Scale. The experimental group underwent four week sessions of speech therapy over one month, while the control group received the institution's usual follow-up. **Results:** Thirty individuals treated for tongue cancer were divided into a study and a control group. Deglutition Handicap Index scores decreased significantly (approximately 40 points) ($P < 0.001$) after the intervention in the study group. There was a significant correlation between improved quality of life, reduced dysphagia severity and increased in Functional Oral Intake Scale scores ($P < 0.001$). **Conclusions:** After speech therapy, quality of life scores related to deglutition and dysphagia severity improved in patients treated for tongue cancer.

Keywords: Tongue Neoplasms; Deglutition Disorders; Quality of Life; Randomized Controlled Trial; Speech Therapy.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de cavidade oral apresentam alta incidência ocupando a quinta posição entre os tumores mais comuns em homens no Brasil (INCA, 2019). Estudos epidemiológicos realizados em diversas cidades brasileiras apontam que a língua é um dos principais sítios anatômicos acometidos em relação a esses tumores, com uma prevalência em torno de 30 a 40% dos casos, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade (AQUINO et al., 2015; SICILIANI; SILVA, 2012; MELO et al., 2010).

A língua é protagonista no processo de deglutição. Na fase oral, ela propicia a percepção do bolo alimentar, seu volume, consistência, sabor, realiza seu posicionamento e é a principal fonte de pressão propulsora do alimento em direção à faringe e ao esôfago. A efetividade desta fase é fundamental para que as subseqüentes ocorram de forma efetiva e dinâmica, sendo necessária a integridade de um complexo controle neurofisiológico para sua funcionalidade (GARCIA; QUEIJA, 2017; ZHEN et al., 2012).

Nos pacientes com câncer de língua, os efeitos de tratamentos cirúrgicos extensos, associados ou não à reconstrução, radioterapia e quimioterapia, acarretam grande impacto estético, psicossocial e déficits funcionais, principalmente a disfagia, (COHEN GOLDEMBERG et al., 2018; ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017; DZIOBA et al., 2017; HUANG et al., 2016) que se configura como qualquer alteração de deglutição que afete o transporte seguro e eficiente de alimentos e líquidos da boca até o estômago (CLAVÉ; SHAKER, 2015). Essas combinações agressivas de modalidades de tratamento cursam em melhores índices de sobrevivência, porém os efeitos na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes são devastadores (DZIOBA et al., 2017).

Está cada vez mais em voga o confronto entre os resultados terapêuticos e a QV. Apesar da cura ser o foco do tratamento oncológico, muitas vezes negligencia os aspectos funcionais e a QV dos pacientes (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017; ZHEN et al., 2012). No panorama atual, no qual o número de sobreviventes ao câncer vem aumentando, acompanhado por melhorias no diagnóstico e

tratamento da doença, a reabilitação torna-se ainda mais importante ao propiciar aos pacientes a recuperação máxima de suas funções, visando autonomia e retorno às suas atividades (GURU; MANOOR; SUPE, 2012).

Conhecer qual o impacto das alterações da deglutição na QV pode resultar em mudanças no planejamento terapêutico e de reabilitação, com o intuito de minimizá-los. A fonoterapia vem nesse contexto auxiliar o paciente no enfrentamento das novas estruturas e adaptações funcionais. A reabilitação fonoaudiológica almeja propiciar ao paciente maior segurança durante a alimentação, possibilitar sua reintrodução no âmbito familiar e social e consequentemente gerar um impacto positivo em sua QV.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

A busca de artigos para a revisão da literatura foi realizada nas bases de dados Pubmed/Medline, Scopus, Web of Science, Elsevier e Springer, selecionando artigos publicados nos últimos 10 anos, com as seguintes palavras-chave e seus sinônimos possíveis: 1) tongue neoplasms 2) speech therapy 3) quality of life

Em relação ao termo “tongue neoplasms” foram encontrados 5594 artigos; ao termo “speech therapy”, 4444 artigos identificados e ao termo “quality of life” 263944 artigos localizados. Cruzando as palavras-chave “tongue neoplasms” e “speech therapy”, foram encontrados 41 artigos; enquanto que a combinação “tongue neoplasms” e “quality of life” localizou 64 artigos. A união dos termos “tongue neoplasms”, “speech therapy” e “quality of life” identificou 253 artigos. O esquema representativo da seleção de artigos para a revisão de literatura pode ser visualizado na Figura 1.

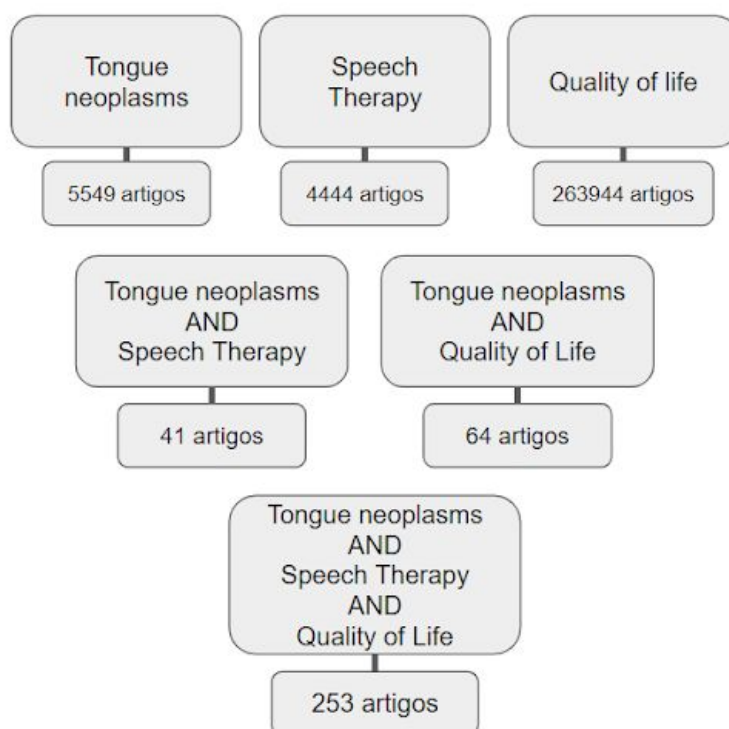


Figura 1. Esquema representativo da seleção de artigos para a revisão de literatura

2.2 MARCO CONCEITUAL

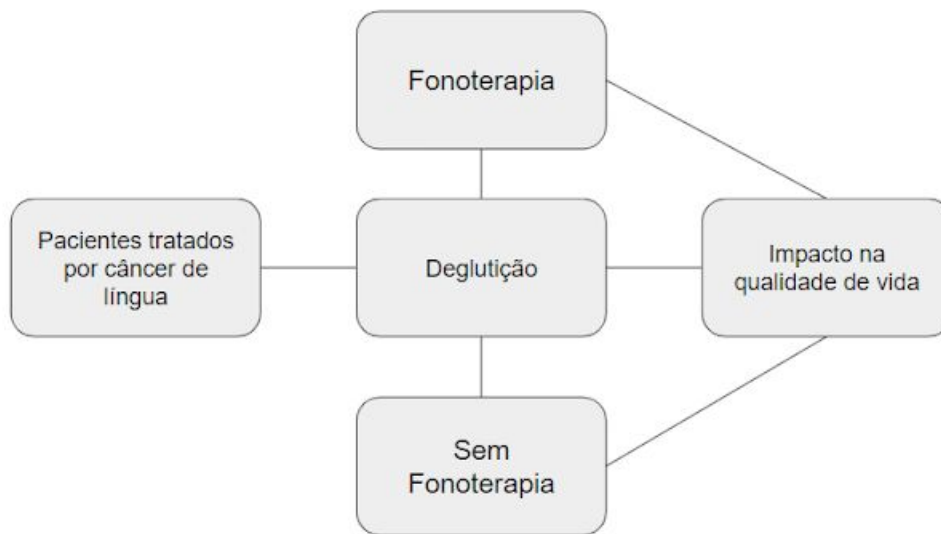


Figura 2. Marco conceitual

O marco conceitual do presente estudo (Figura 2) propõe-se a analisar o efeito da fonoterapia na QV relacionada à deglutição de pacientes tratados por câncer de língua e comparar com indivíduos controle que não receberam a intervenção fonoaudiológica.

2.3 CÂNCER DE LÍNGUA: CENÁRIO ATUAL

O câncer de cavidade oral apresenta alta incidência (em torno de 15.190 casos novos ao ano), ocupando a quinta posição entre os tumores mais comum em homens no Brasil, segundo estimativa realizada em 2019 pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Dentre elas, a neoplasia maligna de língua é um dos subtipos mais comuns do câncer de cabeça e pescoço (HUANG et al., 2016). Estudos epidemiológicos realizados em diversas cidades brasileiras evidenciaram que a língua é um dos principais sítios anatômicos acometidos em relação aos tumores de cavidade oral, com prevalência em torno de 30 a 40% dos casos, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade (AQUINO et al., 2015; SICILIANI; SILVA, 2012; MELO et al., 2010).

De acordo com a American Cancer Society (2018), o carcinoma de células escamosas, que se caracterizam por células planas semelhantes a escamas, também conhecido como carcinoma espinocelular, é o tipo histológico mais comum do câncer de cavidade oral e orofaringe, ocorrendo em mais de 90% dos casos. Esses tumores são mais frequentemente em indivíduos do gênero masculino, sendo duas vezes mais comuns em homens, e na faixa etária superior aos 55 anos, com ocorrência semelhante em relação à etnia (American Cancer Society, 2018; GURU; MANOOR; SUPE, 2012).

Dentre as etiologias, o tabagismo e o etilismo são os fatores de risco mais frequentemente associados com o desenvolvimento dessa doença, ocorrendo em mais de 75% dos casos (American Cancer Society, 2018; GURU; MANOOR; SUPE, 2012). Tabagistas apresentam 25,3 vezes mais risco de desenvolver esses tumores em comparação a não tabagistas, enquanto que etilistas apresentam 10,9 vezes mais risco do que não etilistas. (KOWALSKI; CARVALHO; VARTANIAN, 2009). A associação sinérgica entre o tabagismo e o etilismo resulta em uma chance 100 vezes maior de manifestar esse tipo de câncer, comparando-se a não usuários dessas substâncias (American Cancer Society, 2018; MULLER, 2017).

Outros fatores como predisposição genética, profissão, condições sociais, hábitos e infecções pelo vírus HPV (Human Papilloma Virus) estão relacionados ao surgimento dessas neoplasias (American Cancer Society, 2018; GURU; MANOOR;

SUPE, 2012). A infecção pelo HPV tem sido reconhecida como um importante fator de risco para o câncer de boca e orofaringe e estudos têm demonstrado o aumento da incidência deste tipo histológico nos últimos anos (ATTNER et al., 2011).

Apesar da facilidade na detecção desses tumores, 85% dos casos são identificados em estágios avançados da doença, cursando em tratamentos mais agressivos e menor probabilidade de cura. (COHEN GOLDEMBERG et al., 2018; HUANG et al., 2016; KOWALSKI; CARVALHO; VARTANIAN, 2009). Os estágios tumorais mais avançados cursam em tratamentos cirúrgicos extensos e com mutilação, os quais geram impacto estético, psicológico, social e déficits funcionais, principalmente a disfagia, desencadeando prejuízos na QV (CHEN et al., 2018; HUANG et al., 2016). Quanto maior a extensão da ressecção necessária, piores serão os comprometimentos funcionais, tornando a disfagia mais grave (HUANG et al., 2016).

2.4 TRATAMENTO ONCOLÓGICO E DISFAGIA EM CÂNCER DE LÍNGUA

A disfagia é qualquer alteração de deglutição que afete o transporte seguro e eficiente de alimentos e líquidos da boca até o estômago (CLAVÉ; SHAKER, 2015). Nos casos de câncer de cabeça e pescoço, os distúrbios de deglutição são denominados disfagias mecânicas, pois são decorrentes de alterações estruturais. Estas são consideradas transitórias, passíveis de tratamento e de reabilitação fonoaudiológica por meio de estruturas remanescentes e demais estratégias de adaptação (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017). Além das alterações da deglutição, o indivíduo disfágico apresenta comprometimentos na saúde geral, no estado nutricional e das condições pulmonares, impactando na sua QV (VALE-PRODOMO; CARRARA-DE-ANGELIS; BARROS, 2009).

A língua é protagonista no processo de deglutição, principalmente durante a fase oral, por propiciar a percepção do bolo alimentar, seu volume, consistência, sabor, por realizar o posicionamento do bolo e por ser a principal fonte de pressão que propulsiona e direciona o alimento em direção à faringe e ao esôfago. A efetividade desta fase é fundamental para que as fases subsequentes ocorram de forma efetiva e dinâmica e necessita da integridade de um complexo controle

neurofisiológico para sua funcionalidade (GARCIA; QUEIJA, 2017; SANTORO; PINHEIRO, 2017; ZHEN et al, 2012).

Os sintomas de disfagia na população com câncer de língua podem estar presentes antes mesmo do início do tratamento, pela ação do crescimento tumoral, porém, mesmo em tumores avançados, a dieta se mantém a mesma na grande maioria dos casos (em 80%) e o volume da ingesta permanece maior do que 50% (em 98% dos casos). Os fatores preditivos de disfagia nessa população tem relação direta com o sítio tumoral e seu estadiamento, disfagia prévia, estado geral de saúde, idade, perda de peso, tabagismo e etilismo (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017).

Em relação às modalidades de tratamento, tumores menores geralmente tem indicação de apenas uma modalidade de tratamento (cirurgia ou radioterapia), enquanto que os tumores avançados apresentam melhores resultados com a terapêutica combinada. Vale ressaltar que cada instituição possui protocolos de tratamento individualizados conforme o sítio da lesão, seu estadiamento, idade, ocupação e expectativas do paciente (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017). Para tumores de estádios II a IV ressecáveis, o tratamento de escolha é a cirurgia com ressecção ampla, associada ao esvaziamento cervical e geralmente combinada à radioterapia pós-operatória. Todas as lesões localizadas no andar inferior da boca com espessura igual ou superior a 3 milímetros (N1) são de alto risco para metastatização (KOWALSKI; CARVALHO; VARTANIAN, 2009).

Os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes com câncer de língua são denominados glossectomias e podem ser parciais, subtotais ou totais (BLYTH et al., 2015; HUANG et al., 2016). Há também a pelveglossectomia, que abrange a ressecção do assoalho de boca associada a algum tipo de glossectomia, e a mandibulectomia, que inclui a ressecção de porções ósseas da mandíbula (KOWALSKI; CARVALHO; VARTANIAN, 2009). No período pós operatório há efeitos precoces e tardios, e o impacto vai depender do sítio primário, estadiamento clínico, extensão da ressecção, necessidade de esvaziamento cervical, tipo de reconstrução, além dos fatores individuais do paciente (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017). As sequelas do pós operatório incluem desfiguração de face,

edema, alterações de mobilidade, tonicidade, e sensibilidade das estruturas remanescentes e regionais e fibrose cicatricial, que cursam em dificuldades nas funções de voz, fala, mastigação e deglutição (HUANG et al., 2016). No que tange a deglutição, a dificuldade no controle e manipulação do bolo alimentar em cavidade oral, bem como a redução da pressão intraoral, interferem na eficiência da deglutição e aumentam o risco de aspiração, sendo que quanto maior a ressecção cirúrgica, pior a deglutição (BLYTH et al., 2015).

Nos casos de glossectomias e pelveglossectomias, a fase oral da deglutição é a principal prejudicada, tendo como principais manifestações aumento do tempo do trânsito oral, perda precoce do alimento e estase em cavidade oral. Nos tumores mais amplos ou com abrangência da base da língua, a fase faríngea também é afetada, gerando alterações mais graves, como redução de mobilidade da língua, perda de controle do alimento em cavidade oral e maior risco de aspiração. Já nos casos avançados, quando há acometimentos de tecidos moles e ósseos, as dificuldades são ainda maiores. Nas glossectomias associadas a mandibulectomias ocorrem alterações na abertura e fechamento de boca, na mastigação, na mobilidade de língua, na propulsão do bolo alimentar, no vedamento labial, incontinência oral e estase de alimento em cavidade oral (GUEDES; CARRARA-DE-ANGELIS, 2017; NETTO; ARAKAWA-SUGUENO, 2017).

Quando o paciente é submetido ainda à radioterapia, associada ou não à quimioterapia, as sequelas da deglutição podem ser ainda mais avassaladoras, devido à fibrose, mucosite, disgeusia, xerostomia e trismo, que podem cursar em aumento do tempo de trânsito oral, diminuição de sensibilidade e da elevação laríngea, que trazem como consequência maiores índices de penetração/aspiração laringotraqueal (GUEDES; CARRARA-DE-ANGELIS, 2017).

As combinações agressivas de modalidades de tratamento resultaram em melhoria significativa nos resultados de sobrevivência, mas os efeitos na QV e na funcionalidade são profundos (DZIOBA et al., 2017). Apesar da cura ser o foco do tratamento oncológico, muitas vezes negligencia os aspectos funcionais e a QV dos pacientes. Está cada vez mais em voga o confronto entre os resultados terapêuticos, a QV e os custos gerados durante o tratamento. Muitos locais têm

optado por terapêuticas de menor efetividade, em termos de índice de cura, mas que proporcionem melhor QV, nos casos avançados, visto que a maioria desses pacientes apresenta sobrevida curta. Nesse contexto, voltar o olhar para a expectativa do paciente e o quanto o tratamento impacta na QV deve ter papel chave na escolha das condutas terapêuticas (COHEN GOLDEMBERG et al., 2018; ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017; ZHEN et al., 2012).

2.5 FONOTERAPIA E PERSPECTIVAS DA REABILITAÇÃO

O número de sobreviventes ao câncer vem aumentando nos últimos anos, acompanhado por melhorias no diagnóstico e tratamento da doença. Dessa forma, torna-se fundamental a reabilitação para garantir aos pacientes a recuperação máxima de suas funções, visando autonomia e retorno às atividades anteriormente realizadas (GURU; MANOOR; SUPE, 2012). A reabilitação objetiva alcançar e manter níveis funcionais, físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais, propiciando ao paciente alcançar independência e autonomia, principalmente nos casos de câncer, nos quais a reabilitação propicia melhora na QV dos pacientes e suas famílias (UGOLINI et al., 2012).

Devido aos prejuízos desencadeados pelos tratamentos desses pacientes já relatados anteriormente, a reabilitação se torna essencial. A atuação fonoaudiológica em disfagia nos casos de câncer de língua incluem orientações, estratégias diretas, adaptações de utensílios, mudanças de consistência e volume das ofertas. O treino em casa envolve cuidadores e exige orientação constante com acompanhamento acerca da intensidade, frequência, carga, tempo de duração e número de repetições das técnicas aplicadas. As estratégias diretas envolvem uso de manobras de proteção de via aérea inferior e facilitadoras, exercícios de motricidade orofacial de força, mobilidade, sensibilidade e coordenação (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017).

Na literatura compulsada verificou-se notória preocupação referente à descrição e avaliação dos parâmetros da QV em pacientes com câncer de língua (DZIOBA et al., 2017; YANG et al., 2010; BANDEIRA et al., 2008), porém no que tange a intervenção fonoaudiológica, ainda há um número limitado de pesquisas.

Uma revisão de literatura publicada em 2015, compilou a existência de apenas sete estudos que realizaram intervenção com indivíduos tratados por câncer de língua, no período entre 1971 a 2012. Os estudos tratavam-se de relatos de casos, séries de casos e um quasi-experimento. Apesar da diferença metodológica entre os estudos, todos eles tiveram resultados positivos frente a intervenção fonoaudiológica, o que demonstra a importância da reabilitação, tanto para retomar as funções de deglutição e fala quanto para a QV dessa população (Blyth et al., 2015).

Nos últimos oito anos, alguns estudos intervencionais em indivíduos acometidos por câncer de cavidade oral tem demonstrado resultados relevantes após tratamento para disfagia, com impacto positivo na QV dos participantes. Um ensaio clínico randomizado realizado por Chen e col. em 2018, verificou melhora da QV em relação à disfagia no quesito emocional em pacientes tratados por câncer de cavidade oral, após participação em um programa de exercícios para deglutição. Já no estudo intervencional de Zhang et al. (2014), foi possível verificar melhora em relação à disfagia e à depressão após um programa de treinamento de deglutição em pacientes tratados por câncer de língua. O quasi-experimento desenvolvido por Zhen et al., (2012), por sua vez, também obteve melhores escores de QV após um programa de exercícios voltados à deglutição em pacientes tratados por câncer de língua. Apesar dos resultados promissores desses estudos, todos se propuseram a realizar programas de tratamento para disfagia por meio de intervenções interdisciplinares, aplicadas por enfermeiros e não por fonoaudiólogos.

Na literatura compilada, até o momento, não foi encontrado ensaio clínico randomizado contendo intervenção fonoaudiológica em indivíduos com câncer de língua.

2.6 QUALIDADE DE VIDA EM EVIDÊNCIA

A QV pode definir-se como o nível de satisfação do paciente com sua condição funcional atual, comparada àquilo que ele percebe como possível ou ideal. Levar em conta os desejos, crenças e expectativas do paciente na escolha do tratamento é fundamental, pois este é um processo individualizado e que impacta de

forma diferente em cada indivíduo. Mesmo que os índices de sobrevida não sejam alcançados como previsto pela equipe, a QV e a busca pelo bem estar psicossocial e funcional devem receber um olhar especial (ARAKAWA-SUGUENO; DEDIVITIS, 2017).

Estudos que fazem a correlação entre a QV e as avaliações da deglutição tem demonstrado a ligação entre as queixas do paciente e as alterações encontradas no exame clínico e objetivo. Nesse contexto, a utilização de questionários de QV tem papel importante, pois contribui para mapear as dificuldades do paciente e auxilia na definição de condutas dos profissionais de saúde e das famílias, frente às diferentes opções de tratamento. Isso faz com que as estratégias de reabilitação tenham foco no indivíduo, e sabe-se que a participação do paciente no processo terapêutico define sua motivação e envolvimento para alcançar o sucesso na reabilitação em menor espaço de tempo (BANDEIRA; CARRARA-DE-ANGELIS, 2017).

A preocupação com a QV dos pacientes tem sido cada vez mais preconizada pelos serviços de saúde, colocando o paciente como agente no processo de tratamento. Nesse contexto, diversos questionários de QV foram desenvolvidos para verificar a QV dos pacientes oncológicos. No que tange a deglutição, os questionários mais empregados pelos estudiosos são:

- MDADI: M. D. Anderson Dysphagia Inventory → trata-se de um questionário de autoavaliação, validado e desenvolvido especificamente para avaliar o impacto da disfagia na QV de pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço (ZHEN et al., 2012).
- SWAL-QOL: Quality of life in swallowing disorders → desenvolvido por McHorney et al., avalia o impacto das alterações da deglutição na QV de indivíduos com disfagia orofaríngea. O questionário também avalia a autopercepção do paciente sobre a sua saúde global (QUEIJA et al., 2009).
- DHI: *Dysphagia Handicap Index (DHI)*, ou Índice de Desvantagem da Deglutição (IDD) □ desenvolvido por Silbergleit et al. (2012), pesquisa a QV frente às dificuldades de deglutição dos sujeitos, e tem como objetivo identificar o sucesso ou falha da terapia na reabilitação da deglutição. Possui

um item em que o paciente auto avalia sua dificuldade de deglutição. Este questionário foi traduzido e validado por Souza, no ano de 2014.

Avaliar a QV relacionada à deglutição se faz necessário para conhecer qual o verdadeiro impacto das alterações vivenciadas no momento da alimentação após tratamentos abrangentes e agressivos como nos casos de câncer de língua. Além disso, esses questionários são ferramentas úteis para melhor compreensão das principais dificuldades desses pacientes e suas prioridades antes e após o tratamento oncológico, favorecendo uma assistência multidisciplinar que seja eficiente, integral e otimizada e uma escolha do tratamento mais assertiva para cada caso (ALGAVE; MOURÃO, 2015; ZHEN et al, 2012).

3 JUSTIFICATIVA

Os dados do INCA (2019), retratam que a estimativa de câncer de cavidade oral no período de 2020 a 2022 no Brasil é de 15.190 casos novos, dos quais 11.180 casos em homens e 4.010 em mulheres, sendo o risco estimado de 10,69 novos casos para cada 100.000 homens. Estudos epidemiológicos realizados em diversas cidades do país vem demonstrando que a língua é o principal sítio anatômico acometido em relação ao câncer de cavidade oral, com uma prevalência em torno de 30 a 40% dos casos, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade (AQUINO et al., 2015; SICILIANI; SILVA, 2012; MELO et al., 2010).

Visto o grande número de pacientes com essa comorbidade e conhecendo os impactos dos tratamentos oncológicos no cotidiano desses indivíduos é preciso considerar alternativas que possam minimizar tais prejuízos, pois a mobilidade das estruturas remanescentes, como da língua, determinam a inteligibilidade da fala, as características vocais e a segurança e eficácia da deglutição (BEHLAU et al. 2005). As medidas de QV são parâmetros importantes para a avaliação e controle da efetividade das diversas formas de tratamento para câncer de cabeça e pescoço. Nesse sentido nota-se a necessidade de avaliar a QV desses pacientes para compreender o grau de melhoria e/ou estabilização, ou mesmo de piora, obtidos com os procedimentos terapêuticos (ANDRADE et al., 2017).

Na literatura compulsada verificou-se notória preocupação referente à descrição e avaliação dos parâmetros da QV, relacionados à deglutição de pacientes com câncer de língua (DZIOBA et al.,2017; YANG et al., 2010; BANDEIRA et al., 2008), porém no que tange a intervenção fonoaudiológica, ainda há um número limitado de pesquisas, com predomínio de estudos de caso ou intervenções realizadas por equipes multidisciplinares (ZHANG et al., 2014; ZHEN et al., 2012; VIEIRA, 2011).

4 HIPÓTESES

Hipotiza-se que os pacientes tratados por câncer de língua, submetidos à fonoterapia, apresentarão melhores indicadores no questionário específico de QV relacionado à deglutição ao final do estudo, quando comparados aos indivíduos que não receberam a intervenção.

5 OBJETIVOS

5.1 PRINCIPAL

Verificar o impacto da fonoterapia na QV relacionada à deglutição de pacientes tratados por câncer de língua.

5.2 SECUNDÁRIOS

Correlacionar o grau de disfagia com a QV dos sujeitos antes e após a fonoterapia.

Correlacionar o nível da escala Functional Oral Intake Scale (FOIS) com a QV dos sujeitos antes e após a fonoterapia.

6 REFERÊNCIAS

ALGAVE, D. P.; MOURÃO, L. F. Quality of life in total laryngectomy patients: an analysis of different assessment tools. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-70, 2015.

ANDRADE, M. S. et al. Correlation between swallowing-related quality of life and videofluoroscopy after head and neck cancer treatment. **Rev. CoDAS.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-10, 2017.

American Cancer Society. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer. 2018. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer.html>

AQUINO, R. C. A. et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1254-1261, aug. 2015.

ARAKAWA-SUGUENO, L.; DEDIVITS, R. A. Câncer de cabeça e pescoço. In: DEDIVITS, R. A.; SANTORO, P. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. **Manual prático de disfagia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 5.

ATTNER, P., et al. Human papillomavirus and survival in patients with base of tongue cancer. **Int. J. Cancer.**, v. 128, n. 12, p. 2892-2897, 2011.

BANDEIRA, A. K.; CARRARA-DE ANGELIS, E. Qualidade de Vida e de Sobrevida em Deglutição. In: JOTZ, G. P.; CARRARA-DE ANGELIS, E. **Disfagia: Abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 28.

BANDEIRA, A. K. et al. Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment. **Dysphagia.**, v. 23, n. 2, p. 183-192, 2008.

BEHLAU, M., et al. Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. In: BEHLAU, M. **Voz o livro do especialista**. Rio de Janeiro, Revinter, 2005. p. 213-273.

BLYTH, K. M. et al. Speech and swallow rehabilitation following partial glossectomy: a systematic review. **Int. J. Speech. Lang. Pathol.**, v. 17, n. 4, p. 401-410, 2015.

CHEN, S. et al. Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: a randomized controlled trial. **Support. Care. Cancer.**, v. 26, n. 8, p. 2919-2928, 2018.

CLAVÉ, P.; SHAKER, R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. **Nat Rev. Gastroenterol. Hepatol.**, London, v. 12, n. 5, p. 259-270, 2015.

COHEN GOLDEMBERG, D. et al. Tongue cancer epidemiology in Brazil: incidence, morbidity and mortality. **Head & neck.**, v. 40, n. 8, p. 1834-1844, 2018.

DZIOBA, A. et al. Functional and quality of life outcomes after partial glossectomy: a multi-institutional longitudinal study of the head and neck research network. **J. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.**, v. 46, n. 1, p. 46-56, 2017.

GARCIA, R. I. D.; QUEIJA, D. S. Anatomia e Fisiologia da Deglutição. In: DEDIVITIS, R. A.; SANTORO, P. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. **Manual prático de disfagia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 1.

GUEDES, R. L. V.; CARRARA-DE-ANGELIS, E. Disfagia mecânica no adulto e no idoso. In: JOTZ, G. P.; CARRARA-DE ANGELIS, E. **Disfagia: Abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 16.

GURU, K.; MANOOR, U. K.; SUPE, S. S. A comprehensive review of head and neck cancer rehabilitation: physical therapy perspectives. **Indian. J. Palliat. Care.**, v. 18, n. 2, p. 87-97, 2012.

HUANG, Z. S. et al. Dysphagia in tongue cancer patients before and after surgery. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 74, n. 10, p. 2067-2072, 2016.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L.; VARTANIAN, J. G. Tumores da cavidade oral e orofaringe. In: JOTZ, G. P.; CARRARA-DE-ANGELIS, E.; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, Cap. 28, p. 188-200.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Rev. Gauch. Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-355, jul./set. 2010.

MÜLLER, S. Update from the 4th edition of the World Health Organization of head and neck tumours: tumours of the oral cavity and mobile tongue. **Head. Neck. Pathol.**, v. 11, n. 1, p. 33-40, 2017.

NETTO, I. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. Disfagia Orofaringea Mecânica. In: DEDIVITIS, R. A.; SANTORO, P. P.; ARAKAWA-SUGUENO, L. **Manual prático de disfagia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 16.

QUEIJA, D. S. et al. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v. 75, n. 4, p. 556-564, 2009.

SANTORO, P. P.; PINHEIRO, T. G. Avaliação clínica da deglutição no adulto e no idoso. In: JOTZ, G. P.; CARRARA-DE ANGELIS, E. **Disfagia: Abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. Cap. 6.

SICILIANI, C. C.; SILVA, D. E. M. Neoplasias malignas da cavidade bucal: levantamento dos pacientes diagnosticados ou tratados em um hospital de referência de Porto Alegre/RS. **Revista da Graduação.**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, 2012.

SILBERGLEIT, A. K. et al. The Dysphagia Handicap Index: development and validation. **Dysphagia.**, v. 27, n. 1, p. 46-52, 2012.

SOUZA, D. H. B. Validação dos questionários “Speech Handicap Index” e “Dysphagia Handicap Index” para o português Brasil. 2014. 55 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2014.

UGOLINI, D. et al. Scientific production in cancer rehabilitation grows higher: a bibliometric analysis. **Support. Care. Cancer.**, v. 20, n. 8, p. 1629-1638, 2012.

VALE-PRODOMO, L. P. D.; CARRARA-DE-ANGELIS, E.; BARROS, A. P. B. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: JOTZ, G. P.; CARRARA-DE-ANGELIS, E.; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança.** 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, Cap. 6, p. 61-67.

VIEIRA, C. A. Fonoterapia em glossectomia total - estudo de caso. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 479-82, 2011.

ZHANG, L. et al. Effect of swallowing training on dysphagia and depression in postoperative tongue cancer patients. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, Barcelona, v. 18, n. 6, p. 626-629, 2014.

ZHEN, Y. et al. Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 54-58, 2012.

YANG, Z. et al. Quality of life of patients with tongue cancer 1 year after surgery. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 68, n. 9, p. 2164-2168, 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deglutição vai muito além de nutrir e hidratar o indivíduo, por envolver as esferas social, emocional e o prazer imbricados na alimentação. Os distúrbios da deglutição por si só geram prejuízos na QV dos indivíduos. Nos pacientes com câncer de língua, já abalados pelos tratamentos agressivos e mutiladores aos quais são submetidos, as limitações geradas pela disfagia são devastadoras, gerando impactos ainda mais negativos na QV.

Este estudo vislumbrou a importância de compreender a experiência dos pacientes ao lidarem com as dificuldades de deglutição após esses tratamentos, evidenciou o quanto a disfagia impacta na QV desses pacientes e como a reabilitação pode beneficiá-los. Os questionários de QV devem estar inseridos dentro dos protocolos de tratamento, pois são ferramentas importantíssimas para uma melhor avaliação dos programas de tratamento, além de colocarem o paciente como agente nesse processo. Levar em conta os desejos, crenças e expectativas do paciente na escolha das terapêuticas é fundamental, pois este é um processo individualizado e que impacta de forma diferente em cada indivíduo.

Gradativamente tem sido confrontados os resultados dos tratamentos oncológicos em contrapartida aos benefícios funcionais gerados aos pacientes. A QV tem sido preconizada pelos serviços de saúde e a preocupação em oferecer a reabilitação antes, durante e após o tratamento oncológico tem aumentado. O ambulatório de câncer de cabeça e pescoço da instituição onde este estudo foi realizado, lamentavelmente não conta com fonoaudiólogo na equipe. Os resultados animadores da presente pesquisa vem também para sinalizar essa necessidade.

ANEXOS

ANEXO 1 - Ficha de Dados Sociodemográficos e Histórico da Doença

Ficha de Registro de Dados Sociodemográficos e Histórico da Doença

I. IDENTIFICAÇÃO

Data da coleta: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____

Sexo: (1) M (2) F Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: S(1) C(2) V(3) D(4) Filhos: Não (0) Sim (1)

Cor: (1) Branca (2) Negra (3) Amarela

Grau de Escolaridade: (0) analfabeto (1) 1º grau Incompleto (2) 1º grau completo
(3) 2º grau incompleto (4) 2º grau completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo

Trabalha atualmente: (0) Não (1) Sim

Fumo: (0) nunca (1) parou (2) mantém o vício ____ anos

Álcool: (0) nunca (1) parou (2) mantém o vício ____ anos

II. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

Diagnóstico: _____

Estadiamento: (0)T0 (1)T1 (2) T2 (3) T3 (4) T4 (5) Tx

(0)N0 (1) N1 (2) N2 (3) N3 (4)Nx .

(1) M0 (2)M1 (3) Mx

Sítio da lesão Primária: (1) Língua (2) Assoalho de boca (3) Mandíbula

(4) Outra região: _____

Tipo de Cirurgia: (1) Glossectomia total (2) Hemiglossectomia (3) Mandibulectomia

(4) Hemimandibulectomia (5) Pelveglossectomia (6) Outra: _____

Estruturas associadas: (1) Língua (2) Assoalho de boca (3) Mandíbula

(4) Outra região: _____

Tratamento: (1) Cirurgia (2) Radioterapia (3) Quimioterapia (4) Reconstrução

Reconstrução: (0) Não (1) Sim Tipo: _____

Esvaziamento Cervical: (0) Não (1) Sim Tipo: _____

Radioterapia: (0) Não (1) Pré-op (2) Pós-op (finalizada em _____) Dose: _____

Recidiva: (0) Não (1) Sim

III. REABILITAÇÃO

Traqueostomia: (0) Não (1) Sim Início: _____ Término: _____

Via de alimentação: Pré: _____ Pós: _____

Peso: Pré: _____ Pós: _____

Consistência(s): Pré: _____

Pós: _____

Utensílios: _____

Observações: _____

Escala FOIS: Pré: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

Pós: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

ANEXO 2 - Questionário Índice de Desvantagem da Deglutição

Índice de desvantagem da deglutição (IDD)

Data: ___/___/___

Nome: _____

Por favor, marque um X no quadrado que descreva a sua dificuldade em engolir.

	Nunca	Algumas vezes	Sempre
1P. Eu tusso quando bebo líquidos.			
2P. Eu tusso quando como alimentos sólidos.			
3P. Minha boca é seca.			
4P. Eu necessito beber líquidos para retirar o resto de alimento que fica na boca.			
5P. Eu tenho perdido peso devido ao problema para engolir.			
1F. Eu evito alguns alimentos por causa do meu problema para engolir.			
2F. Eu mudei o jeito de comer para ficar mais fácil de me alimentar.			
1E. Tenho vergonha de comer em público.			
3F. Eu levo mais tempo para comer do que antes.			
4F. Eu como em menor quantidade, porém mais vezes ao dia devido ao meu problema para engolir.			
6P. Eu tenho que engolir novamente para o alimento descer.			
2E. Eu me sinto deprimido por que não posso comer o que eu quero.			
3E. Eu não sinto prazer em comer como eu sentia			

	Nunca	Algumas vezes	Sempre
antes.			
5F. Eu não participo muito socialmente devido ao meu problema para engolir.			
6F. Eu evito comer devido ao meu problema para engolir.			
7F. Eu como menos devido ao meu problema para engolir.			
4E. Eu estou nervoso devido ao meu problema para engolir.			
5E. Eu me sinto incapacitado por causa do meu problema para engolir			
6E. Eu tenho raiva de mim mesmo devido ao meu problema para engolir.			
7P. Eu me engasgo quando tomo remédios.			
7E Eu tenho medo de engasgar e parar de respirar por causa do meu problema para engolir.			
8F. Eu preciso me alimentar de outra maneira (ex., sonda) por causa do meu problema para engolir.			
9F. Eu mudei minha dieta devido ao meu problema para engolir.			
8P. Eu tenho uma sensação de estrangulamento quando engulo			
9P. Eu expectoro alimentos depois de engolir.			

1	2	3	4	5	6	7
Normal	Problema moderado			Problema grave		

Por favor circule o número que corresponda a gravidade da sua dificuldade de deglutição (1 sem dificuldade; 4 = um pouco de problema; 7 = o pior problema que eu possa ter)

ANEXO 3 - Escala Funcional de Ingestão por Via Oral

Nível 1: Nada por via oral ()

Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido ()

Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido ()

Nível 4: Via oral total de uma única consistência ()

Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações ()

Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares ()

Nível 7: Via oral total sem restrições

ANEXO 4 - Classificação endoscópica da gravidade da disfagia orofaríngea

Classificação endoscópica da gravidade da disfagia orofaríngea

(MACEDO FILHO et al., 2000)

- ❑ **Grau 0:** exame normal.
- ❑ **Grau I (leve):** estase pequena pós-deglutição, menos de três tentativas para propulsão do bolo, ausência de regurgitação nasal.
- ❑ **Grau II (moderado):** estase salivar moderada, maior estase pós-deglutição, mais de três tentativas para a propulsão do bolo, regurgitação nasal, redução da sensibilidade laríngea, mas sem aspiração.
- ❑ **Grau III (grave):** grande estase salivar, aumento da quantidade de resíduos pós-deglutição, propulsão débil ou ausente, regurgitação e aspiração traqueal.