

O IMPACTO DA DISFAGIA EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

STOCCO, Alessandra¹
OBERMEIER, Celine²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção do impacto disfagia nos pacientes em tratamento de Câncer de Cabeça e Pescoço de um Hospital Oncológico. **Metodologia:** O estudo é uma pesquisa de campo, exploratória, analítica de abordagem quantitativa. Foi realizada no Hospital Oncológico de Cascavel-Pr, com 12 pacientes em tratamentos de Câncer de Cabeça e Pescoço. Esses foram submetidos a questionários que avaliaram o impacto da Disfagia durante o tratamento Oncológico de Câncer de Cabeça e Pescoço. A pesquisa foi realizada no período de Outubro a Novembro de 2017, com protocolos EatingAssessment Tool (E-AT -10) e Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral IntakeScale – (FOIS). **Resultados:** O estudo mostrou, através do instrumento de avaliação da deglutição E- AT-10, que 72% possuem dificuldade de engolir alimentos sólidos, líquidos, tosse, dores, limitação em comer fora de casa, sensação de alimentos presos a garganta, engasgos perda da satisfação em se alimentar, nervosismo. Na Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS), 83% do total de respostas apresentaram sintomas que indicam impactos na alteração da ingestão de alimentos via oral e, na entrevista associativa, 33% declararam-se desidratados e outros 25% desnutridos. **Conclusão:** Conclui-se que o impacto da Disfagia nos pacientes avaliados está representado por um elevado percentual de respostas que evidenciam sua presença. Com base no estudo realizado, verificou-se, também, a necessidade de apoio aos pacientes para realização de procedimentos Fonoterápicos, propiciando uma melhor readaptação pós-tratamentos.

Palavras-chave: Disfagia. Câncer de Cabeça e Pescoço. Fonoaudiologia.

¹Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia -Centro Universitário FAG–e-mail

²Docente Orientadora do Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário FAG–e-mail

INTRODUÇÃO

A Disfagia é o nome dado ao diagnóstico clínico dos pacientes que enfrentam dificuldades no processo de deglutição de alimentos. Essa dificuldade, muitas vezes, possui relação com os efeitos de determinadas doenças tumorais, tais como Câncer de Cabeça e Pescoço. Também se observam que muitos deles, durante os tratamentos Oncológicos, apresentam determinadas interferências que podem impactar significativamente na sua deglutição, bem estar e qualidade de vida. O Câncer denominado das regiões da cabeça e pescoço está representado por uma diversidade de pontos diferentes dentro deste campo anatômico e fisiológico. Os tumores podem surgir na cavidade oral, língua, gengivas, nas glândulas que produzem a saliva, na faringe, laringe, esôfago e outros. Esses podem interferir na capacidade respiratória e na deglutição, causando diversos sintomas que poderão provocar diversos impactos na qualidade de vida e bem estar dos pacientes (PADOVANI, 2007).

Conforme Marchesan (2003), a deglutição possui quatro aspectos fisiológicos a serem considerados: fase antecipatória, fase oral, fase laríngea fase esofágica. No primeiro momento, tem-se a chamada fase antecipatória que corresponde ao processo de mastigação e mistura do bolo com a saliva. Na segunda etapa, ocorre a subida do bolo alimentar dentro da boca e seu posterior impulsionamento para a faringe, dita a fase oral. Na terceira, a fase laríngea é a que, através o movimento involuntário da laringe, realiza a ascendência da epiglote sobre a estrutura da supraglote, em que o alimento é direcionado para a última fase, chamada de fase final esofágica. Nessa, ocorre o encaminhamento do bolo alimentar do esôfago até o estômago. Quando ocorre qualquer alteração dentro destes mecanismos, voluntários e involuntários, na deglutição, pode-se considerar que a Disfagia estará presente.

Os tumores, encontrados na região de cabeça e pescoço, atingem as vias áreas e digestivas superiores. Quando se fala das vias áreas, essas incluem a região da boca e cavidades orais, mais laringe e faringe. Dentro da boca, as mucosas da base da língua e o assoalho bucal têm apresentado como altas incidências da lesão. Aproximadamente 25% dos diagnósticos cancerígenos estão inclusos nas estruturas laríngeas e 25% na faringe, outros 10% correspondem a tireoide e, ainda, glândulas salivares, sendo que a cavidade oral vem em primeiro lugar na incidência, representado por aproximadamente 40% dos casos (ALVARENGA *et al*, 2008).

Na afirmação de Liang (2012), o HPV (Papiloma vírus humano) representa risco para o desenvolvimento dos cânceres das regiões orofaríngeo e laríngeo. Ainda, estudos do autor apontaram que 25% dos diagnósticos malignos, principalmente da região orofaríngea e tendo as amígdalas como referência, tiveram nos exames o diagnóstico do vírus HPV presente.

Nos cânceres da cavidade oral, uma das importantes características é surgimentos de pequenas lesões. Essas, num primeiro momento, apresentam-se como pequenas feridas que, muitas vezes, não recebem a devida atenção, podendo serem ignoradas por possuírem características indolores. Associada a essas condições, apresentam-se em coloração avermelhada ou esbranquiçadas (AQUINO *et al* 2016).

Outros sinais e sintomas, observados pelos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, que estão presentes são: mucosite, candidose, necrose do tecidos, perda de paladar edesconfortoao deglutir (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2010; SAWADA, DIAS e ZAGO, 2006).

Existe uma diversidade de condições que podem levar ao aparecimento do câncer, seja ele de cabeça, ou pescoço, ou de outras partes. Os fatores genéticos, o estilo de vida e, mais recentemente conhecidas, algumas exposições a determinados tipos de vírus, bactérias ou parasitas vem demonstrando serem fatores de risco. Associado e agravante a esses, muitas vezes, estão presentes determinadas infecções crônicas como o HPV, vírus das hepatites Be C (HBV), (HCV), Vírus Epstein-Barr(EB) (INCA, 2006).

O uso de bebidas alcoólicas e o cigarro estão apontados como evidentes indicadores para incidência dos tumores e esses comprometem ainda mais seu estado de saúde e agravamento dos sintomas (GRITZ, 1993).

Na visão de Choi (2008^{apud} COLOMBO; RAHAL, 2009), os cânceres, localizados cabeça e pescoço, podem apresentar uma relação com determinadas exposições químicas da vida laboral. Condição de trabalho em determinadas fábricas, especialmente, do ramo petroquímico e metalúrgico, as quais expõem o trabalhador a essas determinadas condições sem a devida proteção adequadas.

Segundo Pinto (2012), o refluxo gastro-esofágico vem apresentando-se como um fator de risco para o surgimento do câncer de garganta na população. O refluxo é o retorno do ácido clorídricodo estômago para as cavidades superiores, causando irritação de mucosas, interferências vocais, provocando queimação da garganta, rouquidão e pigarro, dependendo, também, do tempo de exposição, a quantidade desse ácido e a presença de lesões anteriores na

mucosa da laringe. O fato deve-se a um mau funcionamento do esfíncter superior do estômago.

Para os tratamentos de câncer, sempre que os tumores estiverem no estágio inicial e levando em conta o local em que se apresenta, o tratamento radioterápico e, até mesmo, cirúrgico são recomendados primordialmente, já a quimioterapia faz parte de uma indicação médica para casos de lesões mais complexas, tendo como objetivo, no primeiro momento, a redução do tumor para, se necessário, a aplicação posterior dos outros métodos propostos (INCA, 2002).

Segundo Manrique(2002), a Disfagia neurogênica se dá devido a algum acontecido neurológico, com sintomas e complicações que comprometem os músculos envolvidos no processo de deglutição, ela é altamente debilitante, com consequência de desnutrição e problemas pulmonares devido a aspirações traqueais.

A laringectomia é um processo cirúrgico em que se faz a retirada parcial ou total da laringe, ocorrendo, assim, um processo mutilatório. Dessa forma, a laringectomia parcial é feita em casos que o câncer é pequeno, mantendo o caminho da respiração, tendo apenas que adaptar a deglutição e realizar alguns ajustes para que paciente possa falar adequadamente. Uma vez que, na laringectomia total, é feita a retirada total da laringe, torna-se imprescindível o processo de traqueostomia para que o paciente possa respirar e tossir (HORTENDE, *et al* 2004).

Como assegura Araújo, Bicalho e Francesco(2005), a Disfagia Mecânica ocorre devido a traumas de face, câncer de laringe e devido ao tratamento de neoplasias como a radioterapia.

De acordo com Amaral, Rodrigues e Furlan *et al* (2015), é importante que o paciente, com problemas de Disfagia, receba uma alimentação com consistências especiais e que haja uma comunicação efetiva entre responsáveis para defini-la.

Conforme INCA (2002), os tipos de câncer e suas formas de tratamentos são representados da seguinte maneira:

Tipos de câncer: Estádio I (T1 N0 M0) O tratamento preferencial é cirúrgico, o qual corresponde à ressecção de lesão com margens de pelo menos 1,0cm. Em casos de lesões localizadas na língua, deve-se associar, ao tratamento do tumor primário, o esvaziamento cervical supra-omo-hióideo, em virtude do alto índice de metástase cervical oculta. Nos casos de lesões em assoalho de boca, a indicação de esvaziamento cervical eletivo vai depender do caráter infiltrativo da lesão, o esvaziamento cervical radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular.

Estádio II (T2 N0 M0) O tratamento preferencial é cirúrgico, com ressecção da lesão com margens de pelo menos 1,0cm. Nos casos de tumores localizados na língua ou assoalho da boca, associar, ao tratamento do tumor primário, o esvaziamento cervical eletivo supra-omo-hióideo. Nos casos de pacientes com metástase cervical, realizar também o esvaziamento radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, incluir, no tratamento cirúrgico, o esvaziamento cervical radical. Os cuidados trans e pós-operatórios são os mesmos descritos para o Estádio I.

Estádio III (T3 N0 M0 e T1, T2 ou T3 N1 M0) A cirurgia é o tratamento preferencial e consiste de ressecção completa da lesão com margens de no mínimo 1,0cm, associada ao esvaziamento cervical supra-omo-hióideo em casos de pescoço clinicamente negativo. Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, realizar o esvaziamento cervical Radical. A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar em casos de pescoço positivo com múltiplos linfonodos, extravasamento capsular, invasão angiolinfática e/ou perineural, doença residual microscópica ou lesão primária T3.

Estádio IV (T4 N0 ou N1 M0/qualquer T N2 OU N3 M0/qualquer T/ qualquer N/ M1) A cirurgia é o tratamento preferencial, consistindo de ressecção completa da lesão com margens de no mínimo 1,0cm e associada ao esvaziamento cervical supra-omo-hióideo em casos de pescoço clinicamente negativo. Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, realizar o esvaziamento cervical radical (INCA, 2002, s/p).

Avaliar a autopercepção do impacto disfagia nos pacientes em tratamento de Câncer de Cabeça e Pescoço de um Hospital Oncológico.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa e descritiva. A técnica para seleção da amostragem utilizada foi não probabilística e voluntária. A amostra, dessa pesquisa, contou com 12 pacientes, sendo 06 do gênero masculino e 06 do feminino. A pesquisa foi realizada na UOPECCAN - União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer na Cidade de Cascavel-Paraná.

Como critérios de inclusão, foram considerados os adultos maiores de 18 anos considerados pacientes internados e em tratamento, no setor ambulatorial, em decorrência do diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço.

Antes disso, o projeto foi submetido ao CEP e aceito foi feito o contato com o Cômite de Ética e Pesquisa da Instituição Uopecan, assim iniciou-se o procedimento inicial desse estudo. Como procedimento inicial de coleta, os pacientes eram informados em conversa formal sobre a pesquisa, aqueles que se dispusera a participar foram direcionados individualmente para o ambulatório Fonoaudiológico da Instituição, onde ficavam apenas o paciente e a pesquisadora e em seguida assinavam o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), (Anexo A). Após aceitarem a participar do estudo, o mesmo foi feito em forma de entrevista, em que a pesquisadora fazia as perguntas e os mesmos respondiam, com protocolo específico o qual contemplou questões contendo sete perguntas para registro de dados, (APÊNCICE A), e o questionário EatingAssessment Tool (E-AT -10) que contemplam duas perguntas abertas e dez perguntas objetivas, que avaliam a Disfagia de um modo subjetivo, (Anexo B). Usado, também, a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral IntakeScale – (FOIS), (Anexo C), que é altamente reconhecida e estatisticamente validada para avaliar pacientes com Disfagia, apresenta sete níveis de classificação com base em questões clínicas que refletem a capacidade da ingestão oral.

A análise estatística utilizada no estudo foi feita pelo Programa Excel 2013, composta pela Técnica Inferencial. Os dados foram registrados em forma de gráficos comparativos para uma melhor interpretação e conclusão dos casos coletados.

Durante a realização da pesquisa para avaliação do impacto da Disfagia, utilizou-se dois questionários. O primeiro corresponde ao Instrumento de Avaliação da Deglutição na versão Portuguesa- EatingAssessment Tool (E-AT -10) e o segundo tratava-se de uma ferramenta de avaliação da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral IntakeScale – (FOIS).

O (E-AT -10) buscou avaliar a satisfação do indivíduo com relação à dificuldade de deglutir alimentos e suas possíveis consequências, utilizando-se de um questionário com dez questões. A primeira questão abordava se o paciente percebeu se houve perda de peso devido à dificuldade de engolir; A dois, quer saber se o problema de engolir limita a capacidade do paciente para ir comer fora de casa; A de número três, questiona se engolir líquidos exige maior esforço, a quatro, se engolir alimentos sólidos exige mais esforço; A de número cinco, se engolir comprimidos exige mais esforço; A seis, se o paciente sente dor ao engolir. Já, a pergunta sete quer saber se engolir afeta o prazer em comer; A oito, se quando ele engole a comida prende-se à garganta; A de número nove, se existe tosse quando come, e a dez, se engolir o deixa mais preocupado ou nervoso.

A segunda ferramenta de avaliação utilizada foi a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – (FOIS), que abordou a auto-percepção do paciente com relação a diferentes graus de ingestão via oral. O questionamento refere-se a se não ingere nada via oral, se dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido, se dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido se tem via oral total de uma única consistência, se possui via oral total com múltiplas consistências e se utiliza via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, com restrições alimentares, e se ele realiza a ingestão de alimentos através de via oral total e sem restrições.

Buscou-se, através de um questionário de entrevista, identificar o grau de instrução dos pacientes, o gênero masculino ou feminino, os locais acometidos pelo câncer, as comorbidades associadas e os tipos de tratamentos realizados que serão apresentados abaixo de forma descritiva ou de figuras.

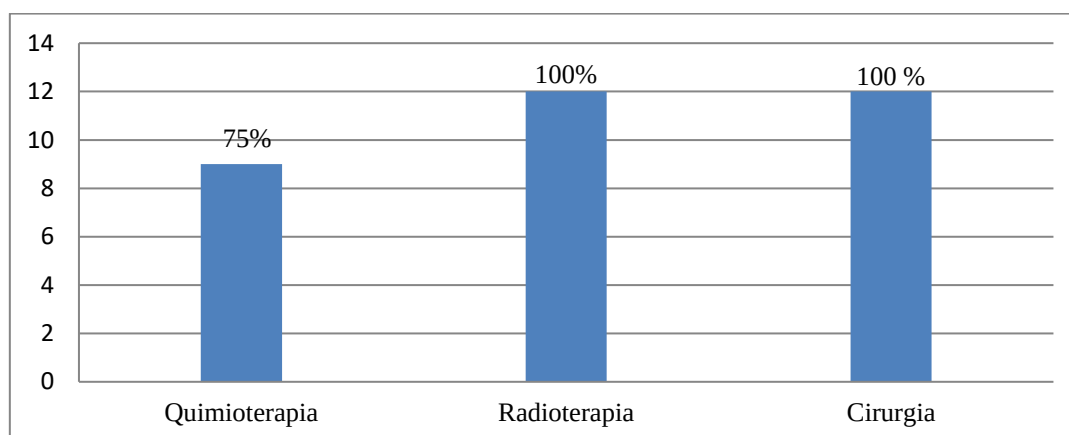
O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz conforme número do CAAE: 73347817.4.0000.5219.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi realizada com 12 pacientes, os quais possuíam, em média, 66 anos de idade, variando entre 52 a 87 anos. Quanto ao gênero 50% correspondiam ao masculino e os outros 50% ao feminino. Verificou-se que 75% possuíam somente o ensino fundamental, 8% ensino médio e 17% analfabetos.

Na entrevista, através dos questionários, percebe-se que 33% dos pacientes estavam desidratados e 25% relatavam-se desnutridos, indicando que pode-se relacionar esses problemas aos procedimentos cirúrgico e radioterápicos e, inclusive, quimioterápicos, representados, a qual mostra que 100% deles já haviam realizado procedimento de radioterapia, 100 cirurgias e 75% quimioterapia conforme figura 01 abaixo:

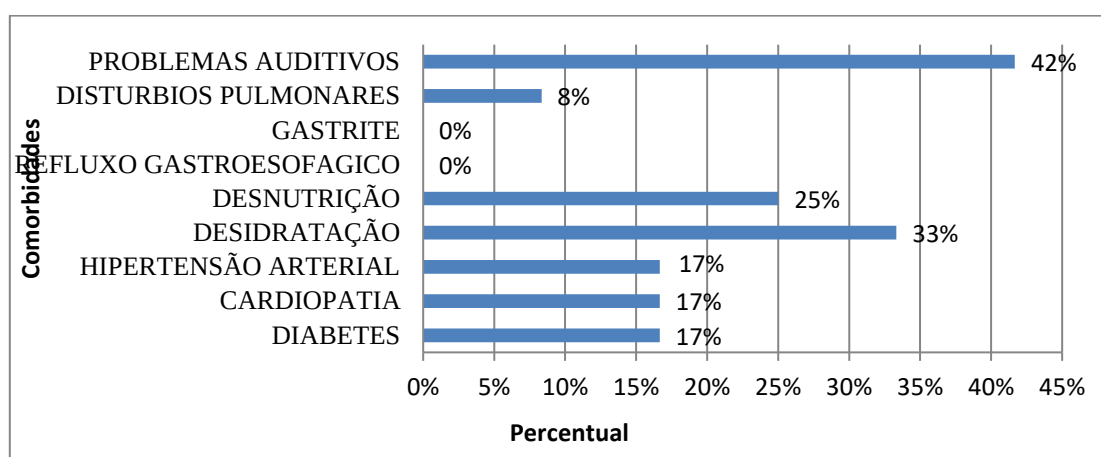
FIGURA 1 – Distribuição percentual quanto ao Tipo de Tratamento.



Fonte: STOCCO, OBERMEIER (2017)

Conforme Portas *et al.*(2011), muitos pacientes apresentam dificuldades no processo de deglutição devido aos efeitos colaterais do tratamento oncológicos por causar dor, excesso ou falta de produção de saliva, inchaços, fibroses, restrição de mobilidade dificultado o processo de alimentação e podendo ocorrer desidratação e desnutrição conforme figura 02 abaixo:

FIGURA 2 – Distribuição percentual conforme as comorbidades.

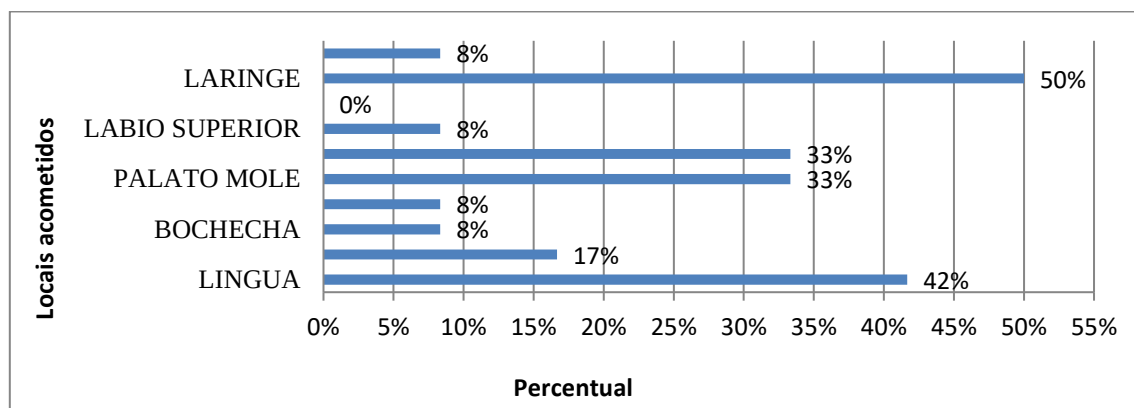


Fonte: STOCCO, OBERMEIER(2017)

Segundo Praise Jr. (2000^{apud} AMARAL E GOMES, 2009), cirurgias de retiradas de partes da região da boca podem causar agressões, as quais trazem dificuldades posterior para o paciente na preparação do bolo alimentar, causando acúmulo de alimentos da região do

palato duro, redução do peristaltismo faríngeo e, conseqüentemente, dificuldades na deglutição. Corroborando, assim, ao fato que mostra a relação da quantidade de cirurgias e o relato da desidratação e da desnutrição nos pacientes e ao abalizar os dados, nota-se que esses pacientes relataram já terem feitos cirurgias na região da língua, palato duro, palato mole, assoalho da boca, gengivas conforme figura 3 abaixo.

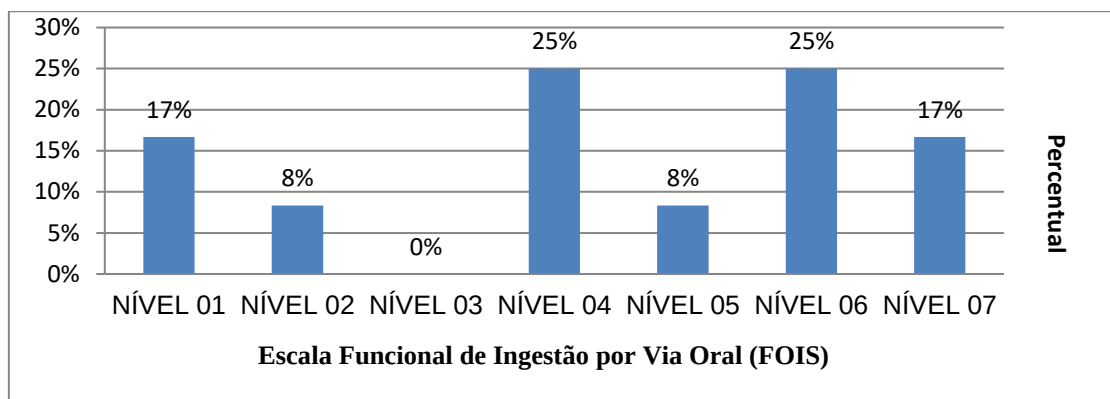
FIGURA 3 – Distribuição percentual conforme os locais acometidos.



Fonte: STOCO, OBERMEIER (2017)

Ao analisar os resultados, observa-se que o presente estudo mostrou, com relação aos impactos citados pelos pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço quando avaliados através da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS), 83% do total de respostas apresentaram sintomas que indicam a presença de determinadas dificuldades de deglutir, desde leves até graves, conforme figura 4 abaixo:

FIGURA 4 – Distribuição percentual das respostas da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS) de acordo com todos os participantes.



Fonte: STOCCO, OBERMEIER (2017)

Esse estudo mostrou um percentual de pacientes que afirmam a necessidade de realizar ingestão de alimentos, muitas vezes, com consistências diferentes, e que o prazer em se alimentar não existe, inclusive, devido a dores no local. Possivelmente, pode-se correlacionar esse fato ao tratamento realizado, uma vez que, segundo Albuquerque (2007), os pacientes com câncer na região oral durante o tratamento quimioterápico poderão apresentar inflamações nas cavidades orais, podendo sentir dores intensas, no falar na higienização e principalmente para se alimentar.

A textura dos alimentos e o prazer associado, durante degustação dos alimentos, traz características importantes que estimulam a pessoa a sentir o prazer da alimentação, das quais pode-se relatar a firmeza, mastigabilidade, dureza e viscosidade, como sendo importante no momento da deglutição (SOUZA et al., 2003).

Durante a mastigação, os alimentos são reduzidos em tamanho menor e a salivação auxilia no amolecimento e na preparação da consistência, sendo ideal para a deglutição. Assim sendo, é de suma importância determinar duas características dos alimentos: sua textura e viscosidade (SOUZA et al., 2003).

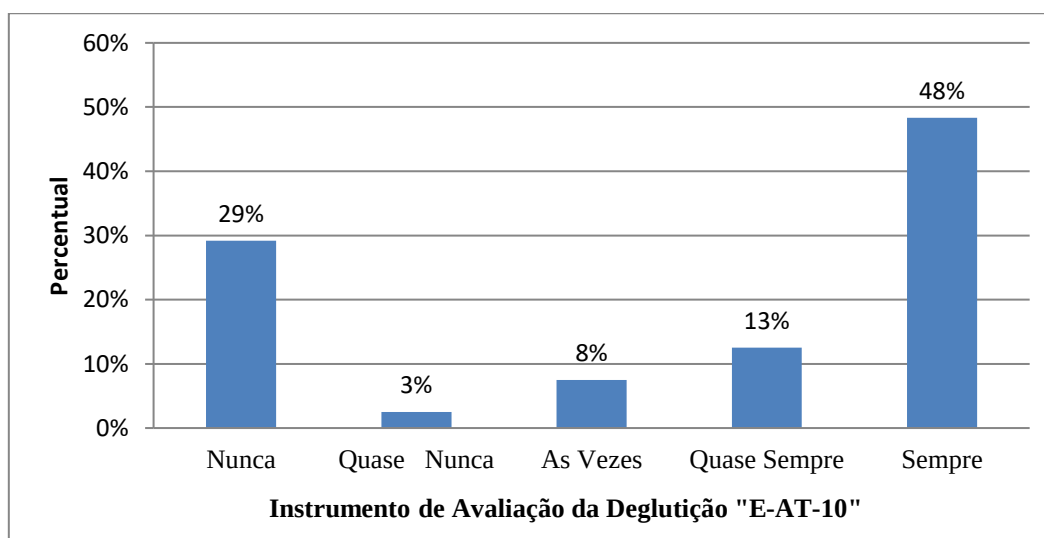
Os líquidos ralos dificultam a deglutição de pacientes que apresentam o controle oral reduzido e, ainda, aumentam o risco de aspiração do alimento. Para evitar que isso ocorra, deve ser determinada a viscosidade ideal do alimento, de modo que sua deglutição ocorra de maneira segura (SOUZA et al., 2003).

Dentre esses tratamentos, segundo Freitas *et. al.* (2011), a Radioterapia é o uso de radiações para impactar células malignas e tem seu efeito no DNA da célula, provocando alterações que podem levar sua extinção. Já, na quimioterapia é aplicado medicamentos que operam sob as células tumorais, capazes de causar danos a tecidos, inclusive, da mucosa oral que pode se tornar severo, dificultando alimentação (HESPANHOL, et.al., 2010).

Essas alterações poderão levar o paciente a diferentes graus de Disfagia, provocando no paciente uma variabilidade de sintomas, que podem ser referidos conforme as três classificações representadas abaixo.

Disfagia leve: é uma alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutição e ausculta cervical sem alteração. **Disfagia moderada:** alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso do reflexo de deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição. **Disfagia grave:** atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, deglutição incompleta e ausculta cervical alterada (Silva, 2010 *apud* Silva, 1997, p.77).

FIGURA 5 – Distribuição percentual das respostas do instrumento de avaliação da deglutição E-AT-10 de acordo com todos os participantes.



Fonte: STOCCO, OBERMEIER (2017)

Avaliando o impacto da Disfagia, através do instrumento de avaliação da deglutição E-AT-10, percebe-se que o gráfico acima mostra que 48 % dos entrevistados relataram sempre possuírem dificuldade de engolir alimentos sólidos, líquidos e comprimidos. Os mesmos, afirmam que ao engolir sentem desconforto e a comida fica presa na garganta, associados a tosse (odinofagia) dores e, ainda, que tais problemas os limitam de comerem fora de casa. Também, relataram não sentirem satisfação em se alimentar e que tais problemas os deixam irritadiços afetando, também, seu estado de saúde emocional. E 13% dos pacientes quase sempre, 8% deles às vezes, 3% quase e 28% afirmam que nunca terem sentido nenhum impacto relacionada a deglutição.

Esse estudo mostrou que, com relação aos impactos citados pelos pacientes em tratamento de câncer de cabeça e pescoço, quando avaliados através do instrumento de avaliação da deglutição E- AT-10, evidenciou-se que 72% do total de respostas apresentam sintomas que indicam a presença de determinadas dificuldades de deglutir que poderiam ser leves até graves, conforme figura 5.

Para Dias *et al* (2015), a má deglutição e a insatisfação em se alimentar, dos pacientes em tratamentos de câncer de cabeça e pescoço, traz impactos negativos e sintomas de ordem emocional, em que ocorrem quadros de irritabilidade e nervosismo.

Nas palavras de Chavoniet *al* (2009), outra característica importante que possui interferência negativa no processo de deglutição e impacta no processo de alimentação é a chamada xerostomia, causada pela radioterapia. Tendo esses como sintomas, a sensação de boca seca exige maior esforço na deglutição.

Foram encontrados engasgos e, conseqüentemente, em dados momentos os pacientes confirmaram, quando perguntados, qual seria o impacto e suas vidas. Seus relatos nesse momento foram ao encontro dos resultados de outro estudo da área, onde foi afirmado que os pacientes portadores de problemas relacionados ao câncer de cabeça e pescoço poderão apresentar engasgos de alimentos em determinados momentos, dessa forma, causando constrangimentos, podendo-os afastar do convívio social, principalmente, em confraternizações que envolvam encontros para comemorações festivas (RYOS, 2000).

Assim sendo, é importante que tenha-se em mente que a alimentação, além de necessária para sobrevivência humana, é considerada também uma fonte de prazer as pessoas. Quando envolve processos de retirada de partes tumorais de regiões, que fazem parte desta anatomia, o paciente logo percebe as significativas alterações no processo de deglutição,

tendo que lidar com novas formas de ingestão dos alimentos. Essas dificuldades podem levar a um desestímulo alimentar levando o paciente a perder peso e podendo, muitas vezes, tornar-se mais debilitado, conseqüentemente, evita-se o convívio social. (ALMEIDA; GUTIERREZ, MARQUES 2012).

Na Distribuição do percentual das respostas da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS), avaliando o impacto da Disfagia, observou-se 17 % dos pacientes afirmaram não haver nenhuma ingestão via oral, 8% são dependentes de vias alternativas e possuem mínima via oral de algum alimento ou líquido, 25% possuem via oral total de uma única consistência e 8 % via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações, 25% afirmam via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares, já 17% tem não relatam sentir nenhum impacto para ingestão via oral não havendo restrições.

De acordo com Marques *et al.* (2017), muitos também, durante os tratamentos, ficam impossibilitado de se alimentar satisfatoriamente pela boca, dessa forma, é preciso buscar alternativas para que o paciente não fique desidratado e desnutrido. Nesses casos, a utilização de sondas nasogástricas apresenta-se como uma opção no apoio do paciente. Após ou durante o uso das sondas, os mecanismos de deglutição sofrem impactos que, muitas vezes, possuem causas relacionadas a inatividade ou a presença do corpo estranho no local, gerando uma desadaptação fisiológica, causando a disfagia e prejudicando a qualidade devida do paciente.

Chavoni *apud* Macedo (2009) relatam que outra característica importante que possui interferência negativa no processo de deglutição e impacta no processo de alimentação é a xerostomia. Tendo estes como sintomas a sensação de boca seca. Causada por uma diminuição da função das glândulas salivares que acarreta alteração quer na quantidade e/ou na qualidade da saliva, portanto esta interligada a dificuldade de se alimentar necessitando compensações ou ingestão maiores de líquido ou de consistência diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o impacto da Disfagia, nos pacientes avaliados, é representado por um elevado percentual de respostas, as quais evidenciam sua presença impactando na qualidade de vida dos pacientes. Os principais sintomas que esses pacientes relataram foram as dificuldades de ingestão de alimentos via oral, perda de peso, limitação do convívio social,

dores ao engolir, perda de prazer em se alimentar, engasgos, preocupação e nervosismo, tosses. Também, foi encontrada, em menores percentuais, a presença da desnutrição e desidratação, que poderão ter significativas relações a dificuldades de ingestão de alimentos. Com base no estudo realizado, verificou-se que ocorrem vários impactos da Disfagia na vida dos pacientes e que esses impactos possuem causas e consequências variadas, dependendo do tipo de lesão, do local, da intensidade e, possivelmente, devido as consequências dos tratamentos realizados, dessa forma, havendo a necessidade de apoio aos pacientes para realização de procedimentos fonoterapêuticos, contribuindo para uma melhor readaptação dos pacientes durante e após os tratamentos.

REFERÊNCIAS

ABDULMASSIH, S.M.E; et al. **A evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar**. Disponível em: <http://arquivosdeorl.org.br/conteudo/a>. Acesso em: 04 de mai. de 2017.

ALBUQUERQUE, I. L. S, Camargo T. C. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2007. 53(2): 195-209.

ALMEIDA, B.A.M, GUTIERREZ, L.G. **Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il. Disponível em: researchgate. Acesso em: 25 de nov. de 2017.

ALVARENGA, Larissa de Melo et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 74, n. 1, p. 68-73, Feb. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2017.

AMARAL A.C.F, RODRIGUES L.A, FURLAN R.M.M.M, et al. **Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares**. CoDAS 2015;27(6):541-9.

AMARAL F. T, GOMES F.C. **A atuação fonoaudiológica em disfagia na oncologia de cabeça e pescoço: estudo de caso Maringá-Pr2009.** Disponível em: https://www.unicesumar.edu.br/epcc-2009/wp-content/uploads/sites/77/2016/07/tarsila_fleischmann_amaral3.pdf. Acesso em: 03 de mai. de 2017.

AQUINO R.C.A, Et al. Alterações Fonoaudiológica e acesso ao fonoaudiólogo nos casos de óbito por câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe: estudo retrospectivo. **Rev.CEFAC**, 2016, Maio - Jun; 18(3):737-745.

ARAÚJO, Daniela Rocha; BICALHO, Isabella Carolina Santos; FRANCESCO, R. Disfagia em pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida–AIDS. Ver **CEFAC**, v. 7, n. 1, p. 42-9, 2005.

BERTO, José Carlos et al. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer da faringe. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 207-210, Aug. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca.** – Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/falandosobrecancerdeboca.pdf>. Acesso em: 25 de mai. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** Rio de Janeiro: INCA, 2006. Brasil. Ministério da Saúde. **TNM Classificação de tumores malignos.** Trad. 5a ed. UICC, 1997. Rio de Janeiro, 1998. 235p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/normas.pdf. Acesso em: 27 de out. de 2017.

COLOMBO J., RAHAL P. Alterações Genéticas de cancer cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2009; 55(2): 165-174. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/11_revisao_literatura2.pdf. Acesso em: 03 de mai. de 2017.

DIAS, S.B.S.J.A.-**Functional Oral IntakeScale(FOIS):contributo para a validação cultural e lingüística para o português Europeu.** Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição. Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9603/1/Claudia%20Dias.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

DING, Dalian; ALLMAN, Brian L.; SALVI, Richard. Ototoxic characteristics of platinum antitumor drugs. **The Anatomical Record**, v. 295, n. 11, p. 1851-1867, 2012.

FERREIRA, Amanda Carvalho; STARCKE, Cristiane Gorte; COSTA, Francine Marson. **Relatório Sobre O Estágio Supervisionado Em Fonoaudiologia Hospitalar Realizado No Hospital Universitário Regional Dos Campos Gerais**. Disponível em: <http://iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/73/21>. Acesso em: 09 out. 2017.

FIGUEIREDO, Rejane Augusta de Oliveira. **Diabetes mellitus e câncer de cabeça e pescoço**. 2016. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1103-1108, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2017. Epub July 15, 2011.

FURKIM, Ana Maria; SACCO, Andréa Baldi de Freitas. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 503-512, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2017.

GOTTRAUX, S. et al. Screening and treatment of malnutrition: European Council Resolution and its potential application in Switzerland. *Revue medicale de la Suisse romande*, v. 124, n. 10, p. 617-623, 2004.

GRITZ, Ellen R. et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 2, n. 3, p. 261-270, 1993.

HESPAHOL, Fernando Luiz et al. **Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1085-1094, 2010.

HORTENDE, Flávia Tatiana Pedrolo; ANDRADE, Adir Fátima Rosa. Estomias. Revista **Estima**, v. 2, n. 3, 2004.

HORTENDE, Flávia Tatiana Pedrolo; ANDRADE, Adir Fátima Rosa. **Manual para o Ensino do Larmgectomizado. Aprendendo a Conviver com a Nova Situação. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências, 2004.** Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/152>. Acesso em: 27 de nov. de 2017.

JHAM, Bruno Correia; ARS, Freire. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. **RevBrasOtorrinolaringol**, v. 72, n. 5, p. 704-8, 2006. Disponível em: <http://www.odontologiasobral.ufc.br/wp-content/uploads/2009/09/aulaestomato2.pdf>. Acesso em: 07 de ago. de 2017.

LIANG, Caihua et al. Gene–environmentinteractionsof novel variantsassociatedwithheadandneckcancer. **Head &neck**, v. 34, n. 8, p. 1111-1118, 2012.

MAHAN LK, Escott-Stump S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 11. ed. São Paulo: Roca, 2010.

MANRIQUE, Dayse; MELO, Erich CM; BUHLER, R. B. **Alterações nas ofibrolaringoscópicas da deglutição na encefalopatia crônica não-progressiva.** J Pediatr, v. 77, n. 1, p. 67-70, 2002.

Marchesan IQ, Furkim AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: **Costa M, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia.** Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.375-84.

MARQUES, R.S.O. et al. **Qualidade de vida em deglutição e câncer de cabeça e pescoço: revisão de literatura.** Revista Bahiana de Odontologia, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/1260>. Acesso em: 01 de set. de 2017.

OLIVEIRA, C.S; ANDRADE, J.S; CARMO, S. T.F; BARRETO, AC de Oliveira. Cancertreatment in determinationofhearingloss. Braz J Otorhinolaryngol. 2016; 82:65-9.09 out. 2017.

PADOVANI, Aline Rodrigues et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) DysphagiaRiskEvaluationProtocol. **RevSocBrasFonoaudiol**, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PINTO, Fábio Roberto et al. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 02, p. 171-176, 2011.

PINTO. J. A.; WAMBIER H.; SONEGO T. B.; et al .Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo. São Paulo / SP – Brasil. Rev. **Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.41, nº 1, p. 42-47, janeiro / fevereiro / março 2012.

POLTRONIERI, Taiara Scopel; TUSSET, Cíntia. Impacto do tratamento do câncer sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos: atualização da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 327-332, 2016.

PORTAS, Juliana et al. Deglutição após tratamento não cirúrgico (radioterápico/ radioquimioterápico) do câncer de laringe. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 96-101, Feb. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942011000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2017.

RYOS, R. Disfagia neurogênica infantil. **Revista Cefac - Atualização Científica em Fonoaudiologia**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 02, p. 84-90, jul/dez. 2000.

SANTOS, A.L. Eficácia e importância da avaliação clínica da deglutição. Ribeirão Preto - SP.2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17151/tde-07012016-085137/publico/LUCIANAAVILA.pdf>. Acesso em: 15 de nov. de 2017.

SAWADA NO, Dias A.M, Zago M.M.F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **RevBrasCancerol**, 2006; 52(4):323-9. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v04/pdf/artigo1.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2017.

SILVA R. G., JORGE A. G. et al. Protocolo Para Controle De Eficácia Terapêutica Em Disfagia Orofaríngea Neurogênica (Procedon) Rev. **CEFAC**, 2010, Jan-Fev; 12(1):75-81

TOPORCOV T.N, BIAZEVIC M.G.H, ROTUNDO L.D.B, ANDRADE F.P, CARVALHO M.B, Brasileiro RS, et al. Consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;32(3):185–91. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/33666/wos2012-5289_pt.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 de nov. de 2017.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“O Impacto da Disfagia em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço”**, em virtude de pré-requisito ao curso de fonoaudiologia, coordenada pelo (a) professora e Fonoaudióloga **Celline Obermeier** e contará ainda com acadêmicos do curso de Fonoaudiologia. A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a FAG ou com Hospital Oncológico Uopecan de Cascavel –Pr.

Os objetivos desta pesquisa é Investigar a qualidade de vida relacionada a deglutição dos pacientes de câncer cabeça e pescoço.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte (s) procedimentos: **o estudo pesquisa será por meio de pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa, através do preenchimento dos questionários.**

O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente **15 minutos**.

Os riscos relacionados com sua participação são: **não haverá riscos aos voluntários que aceitarem responder os questionários.**

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser **utilizados no processo do conhecimento científico da área da saúde para ampliação dos conhecimentos sobre “O Impacto da Disfagia em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço”.**

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/ informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Não está previsto gastos financeiros com esta pesquisa, não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador responsável_____

Endereço_____

Telefone _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz
Avenida das Torres 500– Bloco 4 – Bairro FAG
Cascavel-Paraná CEP: 85806-095
Tel.: (45)33213791
Coordenadora: Profª. Andressa Almeida

APENDICE A

FICHA DE REGISTRO DE DADOS

Nome: _____

Sexo: () M () F Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Raça: _____ Telefone(s): (_) _____

Grau de Instrução: () Analfabeto () Ens. Fundamental (c) (i)

() Ens. Médio (c) (i) () Nível Superior (c) (i)

1 -Quanto tempo faz tratamento: _____ ()
quimioterapia () radioterapia () cirurgia

2-locais acometidos:

() língua () gengivas () bochecha () palatos duro () palato mole () assoalho da boca
() lábio superior () lábio inferior () laringe

3- Comorbidades:

() Diabetes Mellitus () cardiopatia () Hipertensão arterial () desidratação ()
Desnutrição () Refluxo gastroesofágico () Gastrite () Distúrbios pulmonares ()
Problemas auditivos () Outros: _____

4- Antecedentes familiares com algum câncer:

() sim () não () não soube responder.

5- Houve perda de peso?

() Sim () Não Quantos Kg? _____

6-Já foi submetido à Fonoterapia?() Sim () Não

Caso a resposta seja afirmativa, por quanto tempo? _____

7- Como foi o acesso ao serviço de Fonoaudiologia?

() Demanda espontânea () Encaminhamento

() Triagem () não soube responder

ANEXO B

Versão Portuguesa - EatingAssessment Tool (E-AT -10)

Instrumento de Avaliação da Deglutição

Data: _____/_____/_____

Nome: _____

Altura: _____ Peso: _____

Por favor, descreva resumidamente o seu problema de engolir.

Por favor, liste os testes de engolir que realizou, incluindo o local, quando os realizou e os resultados obtidos.

Até que ponto as seguintes situações são problemáticas para si?

Faça um círculo na resposta adequada	0 = Sem Problema				
	4 = Problema Grave				
O meu problema de engolir fez-me perder peso	0	1	2	3	4
O meu problema de engolir interfere com o ir comer fora.	0	1	2	3	4
Engolir líquidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
Engolir sólidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
Engolir comprimidos exige um esforço maior.	0	1	2	3	4
Engolir é doloroso	0	1	2	3	4
O prazer de comer é afetado pelas minhas dificuldades em engolir.	0	1	2	3	4
Quando engulo a comida fica presa na minha garganta.	0	1	2	3	4
Tusso quando como.	0	1	2	3	4
Engolir causa-me stresse	0	1	2	3	4
EAT-10TOTAL					

ANEXO C

Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral IntakeScale – (FOIS)

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 ()

Obrigado por responder os questionários!