

Desvantagem vocal e estratégias de enfrentamento nas disfonias após laringectomias

Vocal handicap and coping strategy in dysphonia after laryngectomy

Iára Bittante de Oliveira¹, Daniela Regina Soares de Marialva¹

RESUMO

Introdução: O tratamento para o câncer de laringe acarreta mudanças significativas na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar e comparar a desvantagem vocal e as estratégias de enfrentamento para lidar com o comprometimento vocal resultante de laringectomias supracricóide e total. **Métodos:** Foram avaliados 17 sujeitos, divididos em dois grupos, sendo um com oito sujeitos, todos do gênero masculino, que se submeteram à laringectomia parcial supracricóide, com cricohioidoepiglottopexia, média de idade 67,5 anos, e um segundo grupo com nove sujeitos, sendo duas mulheres e sete homens, que se submeteram à laringectomia total, média de idade 64,3 anos. Todos responderam às questões do protocolo Índice de Desvantagem Vocal-10 (IDV-10) e do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED-27). **Resultados:** Os valores médios dos escores brutos obtidos no IDV-10, nos dois grupos, não revelaram diferenças, sendo os índices de desvantagem compatíveis com estudos de vozes disfônicas de diferentes tipos. Ambos os grupos utilizavam um número elevado de estratégias de enfrentamento do problema de voz. O primeiro grupo apresentou 65,75 como média de escores brutos e o segundo, 59,22. **Conclusão:** A comparação entre sujeitos que se submeteram à laringectomia supracricóide e aqueles submetidos à laringectomia total não evidenciou diferenças, no que se refere à autoavaliação da voz, desvantagem vocal e estratégias de enfrentamento do problema de voz. Os dois grupos utilizavam mais que o dobro de estratégias de enfrentamento do problema de voz, com predomínio de foco na emoção.

Palavras-chave: Voz; Disfonia; Qualidade de vida; Laringectomia; Auto percepção

ABSTRACT

Introduction: The laryngeal cancer treatment causes significant changes in the quality of life. **Purpose:** To assess and compare the vocal handicap and the coping strategies to deal with the vocal handicap resulting from supracricoid and total laryngectomy. **Methods:** Analytical, prospective observational study of groups of subjects with the same disease. Seventeen subjects were assessed and divided in two groups; the first with eight male subjects submitted to supracricoid partial laryngectomy, with cricothyroidoepiglottopexy, mean age of 67,5; and a second group with nine subjects, two women and seven men, submitted to total laryngectomy, mean age of 64,3. All subjects answered the Vocal Handicap Index-10 (VHI-10) and the Coping Strategies in Dysphonia Protocol (PEED-27). **Results:** The mean values of raw scores obtained with the VHI-10 by the two groups did not reveal significant differences, matching studies involving dysphonic patients. Both groups use an elevated number of coping strategies for vocal problems: the first group presented mean raw scores of 65,75 and the second group, 59,22. **Conclusion:** The comparison between subjects submitted to supracricoid laryngectomy and total laryngectomy does not evidence differences concerning the self-assessment of voice, vocal handicap and coping strategies to deal with vocal problems. Both groups use more than the double of coping strategies for vocal problems, with a predominant focus on emotion.

Keywords: Voice; Dysphonia; Quality of life; Laryngectomy; Self concept

Trabalho realizado na Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC – Campinas (SP), Brasil, com bolsa de iniciação científica concedida pelo Fundo de Apoio à Iniciação Científica – FAPIC – Reitoria, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

(1) Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC – Campinas (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: IBO pesquisadora principal, orientadora, elaboração da pesquisa, coleta e análise de dados, redação e correção do artigo, submissão e trâmites do artigo; DRSM levantamento da literatura, colaboradora na redação inicial do artigo, coleta e análise dos dados.

Autor correspondente: Iára Bittante de Oliveira. E-mail: ibittante@puc-campinas.edu.br

Recebido: 25/7/2016; **Aceito:** 8/5/2017

INTRODUÇÃO

A laringectomia parcial supracricoide (LPSC) tem sido apontada como vantajosa, em relação à laringectomia total (LT), considerando-se, sobretudo, que visa conservar parte do órgão^(1,2,3,4,5,6,7). As taxas de sobrevivência da LPSC são apontadas como semelhantes às das LT^(6,8), embora a primeira possa favorecer o paciente no sentido de não utilizar o traqueostoma de forma permanente. A qualidade vocal após a LPSC tem característica roucosoprosa⁽²⁾, porém, se mantém inteligível, possibilitando ao paciente que permaneça com voz efetiva para sua comunicação⁽¹⁾ e traz baixo impacto nas atividades sociais, podendo contribuir, também, para a melhor qualidade de vida^(1,3,4,5,9,10).

A LT, no entanto, ainda é um dos principais procedimentos no tratamento do câncer laríngeo e o paciente necessita aprender uma nova forma de comunicação verbal e lidar com mudanças em sua respiração e deglutição, o que certamente interferirá em sua vida⁽¹¹⁾.

De qualquer maneira, o tratamento para o câncer de laringe, independente da modalidade cirúrgica escolhida, acarreta mudanças nas atividades de vida diária do paciente, alterando, de forma significativa, a sua qualidade^(12,13), com o prejuízo de funções primordiais para o convívio social^(8,13,14), em que a voz ocupa papel de destaque.

A qualidade de vida (QV) pode ser considerada como a forma que um indivíduo lida satisfatoriamente ou insatisfatoriamente com diversos aspectos de seu cotidiano, considerando-se seu bem-estar, crenças, satisfação pessoal e espiritual^(12,15,16). O processo de avaliação pode envolver quatro principais domínios: funcionamento físico, psicológico, interação social e sintomas relacionados ao tratamento da doença⁽¹⁵⁾.

A maneira como o paciente lida com a doença influencia, significativamente, o tratamento e seus resultados^(17,18). Ele tem que lidar com comprometimentos advindos da laringectomia, o que envolve a necessidade de enfrentamento. É vital que o paciente se esforce para enfrentar a situação, de tal modo que se restabeleça o equilíbrio psíquico apropriado⁽¹⁹⁾.

Este estudo teve como meta avaliar e comparar a desvantagem vocal e as estratégias de enfrentamento da disфония em dois grupos de pacientes, um que realizou laringectomia parcial supracricoide e outro, a laringectomia total.

MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico, descritivo, prospectivo, aberto, de grupos de sujeitos portadores de uma mesma doença, em que foram avaliados 17 sujeitos, divididos em dois grupos. O primeiro grupo constou de oito pacientes que realizaram LPSC com cricoioidoepiglottopexia (CHEP), todos homens, entre 55 e 76 anos de idade, média de 67,5 anos. O segundo grupo foi composto por nove sujeitos que realizaram LT, sendo sete homens e duas mulheres, entre 59 e 82 anos de idade, média

de 64,3 anos. Deste grupo, cinco sujeitos utilizavam prótese traqueoesofágica, dois, voz esofágica e dois, eletrolaringe.

Todos os sujeitos frequentavam o serviço de Fonoaudiologia, anexo ao ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, de um hospital escola particular da cidade de Campinas (SP). Todos os participantes eram aposentados, nenhum analfabeto, sendo a maioria com escolaridade média de ensino fundamental, antigo ciclo primário de quatro anos, completos ou não.

No momento do estudo, os sujeitos se encontravam em processo de alta assistida e foram considerados como apresentando comunicação funcional, sendo este um fator de inclusão no estudo. O tempo médio de pós-cirurgia dos sujeitos que realizaram laringectomia parcial supracricoide foi de dois anos e dois meses e, do grupo de laringectomizados total, foi de três anos e seis meses. Todos os sujeitos realizaram radioterapia após cirurgia. A maioria deles realizou esvaziamento cervical unilateral ou bilateral (cinco LPSC e sete LT), sendo que não era de interesse deste estudo comparar tal situação.

Foram, ainda, incluídos no estudo os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios: realização de laringectomia parcial supracricoide ou laringectomia total; disposição para participar do estudo; saúde geral sob controle, no momento do estudo; ausência de recidivas ou diagnóstico de outros comprometimentos ou mesmo morbidades, impedindo qualidade de vida próxima ao normal, considerando-se, somente, as limitações advindas das cirurgias para exérese do tumor laríngeo; aposentados ou não; ausência de disfagia ou deglutição adaptada; sem uso de sonda para alimentação.

Os sujeitos de ambos os grupos responderam às questões do Índice de Desvantagem Vocal-10 (IDV-10)⁽²⁰⁾ e do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disфония (PEED-27)⁽²¹⁾. Para que os sujeitos respondessem aos protocolos, todas as questões foram lidas por uma das pesquisadoras e, em seguida, eles faziam a escolha da resposta de acordo com sua autopercepção.

Material

O Índice de Desvantagem Vocal -10 (IDV-10) é uma versão reduzida do IDV, traduzida e adaptada para o português brasileiro⁽²⁰⁾. No IDV-10, utilizam-se dez questões, consideradas de maior relevância clínica e retiradas do protocolo Índice de Desvantagem Vocal (IDV). Possui um escore total único, calculado por somatória simples das respostas de seus dez itens, que pode variar de 0 a 40 pontos, em que, quanto menor o resultado, menor a desvantagem. Estudo mostrou ser o IDV-10 uma ferramenta robusta para que se entendam os impactos que a disфония causa na vida do indivíduo⁽²²⁾.

O Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disфония (PEED-27) foi traduzido, adaptado ao português brasileiro e validado⁽¹⁷⁾. É um instrumento de autoavaliação, composto por 27 itens, com a finalidade de avaliar a maneira pela qual pessoas com alteração vocal enfrentam seu problema de voz. Os itens são avaliados em uma escala de 6 pontos, que analisa

a frequência de utilização da estratégia. O referido questionário produz um único escore total, obtido por meio da soma simples das respostas e que pode variar de 0 a 135 pontos, sendo que, quanto maior o escore, mais estratégias o indivíduo está utilizando para enfrentar sua disfonia. Os itens que compõem o questionário são categorizados em dois tipos de estratégias de enfrentamento, uma com enfoque no problema e outra com enfoque na emoção. As estratégias com foco no problema correspondem aos itens 2, 4, 7, 8, 11, 13, 14, 24, 25 e 26 e são os esforços utilizados para modificação da fonte de estresse. As estratégias com foco na emoção correspondem aos itens 1, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 27 e são as tentativas de regulação do estresse emocional causado pelo agente estressor.

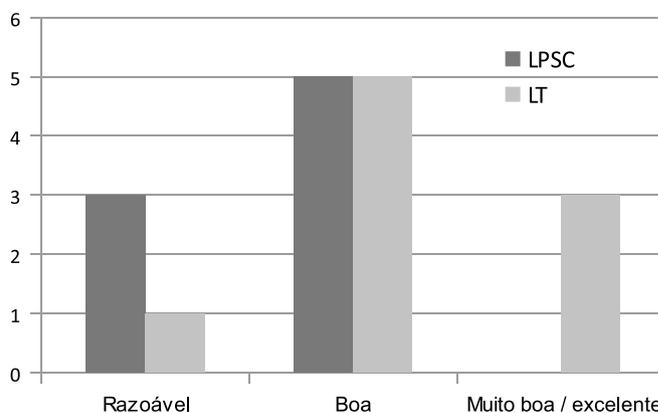
Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Nº 394.430, CAAE 17671513.1.0000.5481. Todos os sujeitos foram informados sobre os detalhes do estudo e, após a compreensão dos procedimentos a serem realizados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mantendo uma cópia consigo.

RESULTADOS

Os sujeitos do grupo LPSC avaliaram suas vozes entre razoável e boa, com predomínio de escolha desta última, e o grupo LT variou sua avaliação entre razoável e muito boa, também com predomínio de boa (Figura 1). O teste exato de Fisher, que comparou as respostas dos dois grupos, revelou $p=0,385$.

As médias obtidas pelos dois grupos, em relação às questões do IDV-10, com seus respectivos valores de p , estão apresentadas na Tabela 1.



Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricóide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

Figura 1. Autoavaliação da qualidade vocal realizada pelos grupos laringectomia parcial supracricóide e laringectomia total

Os resultados dos escores brutos médios do IDV-10 mostram que o grupo LPSC obteve o valor médio de 9,0 e o grupo LT, 12,7 (Figura 2). O teste de Mann-Whitney/Wilcoxon, na comparação entre os dois grupos, em relação aos valores médios dos escores brutos do IDV-10 revelou $p=0,175$. Destacam-se do instrumento as respostas à questão O10, “As pessoas perguntam: o que você tem na voz?”, para qual se obteve $p=0,024$ (Figura 3).

Os escores brutos médios obtidos pelos grupos LPSC e LT foram 65,75 e 59,22, respectivamente. Na comparação entre os escores brutos dos dois grupos, o teste de Mann-Whitney/Wilcoxon revelou $p=0,359$. Já quanto ao domínio foco no problema, o valor foi $p=0,101$ e, para foco na emoção, $p=0,923$ (Tabela 2).

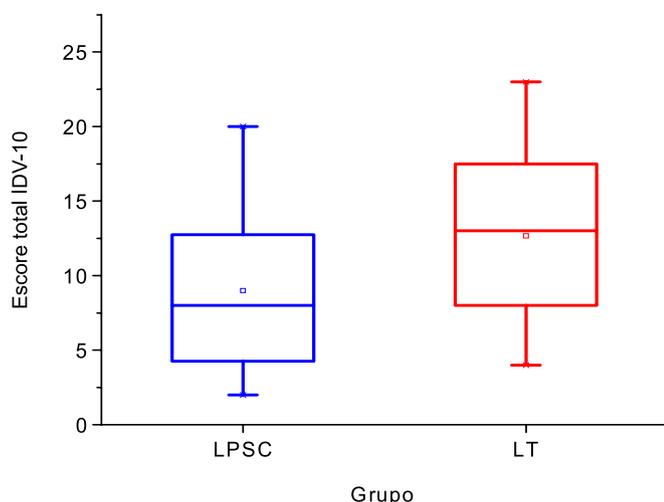
Os resultados do protocolo PEED-27 quanto ao domínio foco no problema e foco na emoção, estão descritos nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 1. Resultados das respostas às questões do Índice de Desvantagem Vocal-10: Médias obtidas pelos sujeitos que realizaram laringectomia parcial supracricóide e sujeitos que realizaram laringectomia total

Questões	Médias		Valor de p^*
	LPSC	LT	
F1 - As pessoas têm dificuldade em me ouvir por causa da minha voz.	1,3	1,7	0,571
F3 - As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos.	2,1	2,3	0,759
F16 - Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal.	0,9	1,0	0,829
F19 - Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.	0,4	0,6	0,495
F22 - Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.	0,4	1,1	0,299
O10 - As pessoas perguntam: “O que você tem na voz?”	1,1	2,2	0,024
O14 - Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair.	1,6	0,8	0,138
O17 - Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.	0,1	0,7	0,271
E23 - Meu problema de voz me chateia.	0,4	0,9	0,396
E25 - Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem.	0,8	1,4	0,414

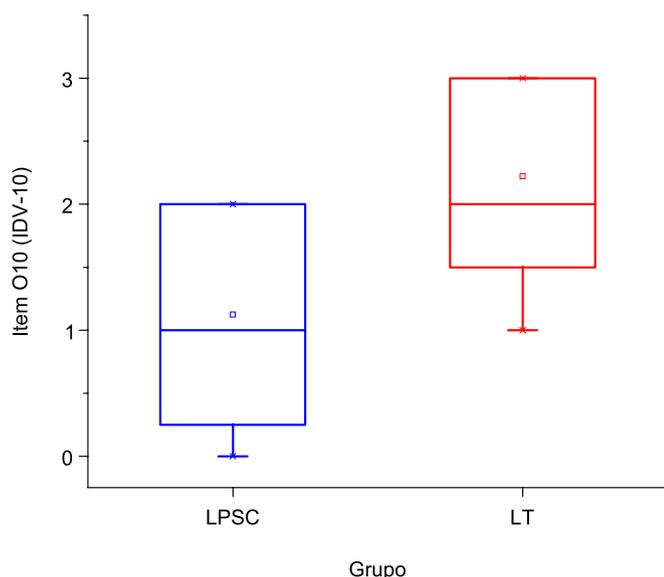
* Referente ao teste de Mann-Whitney/Wilcoxon para comparação dos valores entre 2 grupos

Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricóide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total



Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricóide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

Figura 2. Resultados das médias dos escores brutos do Índice de Desvantagem Vocal-10 obtidos pelos dois grupos laringectomia parcial supracricóide e laringectomia total



Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricóide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

Figura 3. Resultados da Questão O10 do Índice de Desvantagem Vocal-10: médias dos grupos laringectomia parcial supracricóide e laringectomia total

Tabela 2. Resultados do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia - 27: médias obtidas pelos grupos quanto a escores brutos, domínio foco no problema e domínio foco na emoção

Escore	Médias dos grupos		Valor de p*
	LPSC	LT	
Bruto	65,75	59,22	0,359
Foco no problema	23,13	17,22	0,101
Foco na emoção	42,63	42,00	0,923

* Referente ao teste de Mann-Whitney/Wilcoxon para comparação dos valores entre dois grupos

Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricóide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que o grupo LPSC avaliou sua voz entre razoável e boa, enquanto que, no grupo LT, houve conceitos de razoável a muito boa. Chama a atenção a tendência de ambos os grupos terem feito autoavaliações positivas, considerando-se a extensão da laringectomia parcial supracricóide, ou mesmo a retirada total do órgão, que gera a voz alaríngea.

Estudos anteriores confirmaram a tendência de pacientes disfônicos que, após cirurgia parcial de laringe, se autoavaliaram como apresentando uma voz de boa qualidade⁽²³⁾. Há que se levar em conta outros fatores que possam estar influenciando esse autoconceito, uma vez que as cirurgias de laringectomia parcial supracricóide e total alteram gravemente a estrutura laríngea, ou removem o órgão, comprometendo a qualidade vocal de forma intensa, ou levando os pacientes a buscarem fonação substitutiva com a voz esofágica, prótese traqueoesofágica, etc.

Estudos mostraram divergências de opiniões com relação à qualidade vocal, considerando-se que a comunicação vai além de uma voz comprometida^(24,25,26). Alguns autores defenderam a satisfação do paciente com a própria voz, em presença de uma comunicação de forma inteligível^(4,24,27). Outros autores defenderam que o aspecto mais afetado foi a comunicação, aspecto este responsável pelos piores impactos na qualidade de vida⁽⁸⁾. É importante ressaltar que, neste estudo, todos os pacientes já haviam passado por terapia fonoaudiológica, o que pode ter contribuído para estratégias de adaptação da nova voz decorrente das cirurgias e uma comunicação funcional para ambos os grupos.

Os valores médios dos escores brutos obtidos no IDV-10, nos dois grupos, não revelou diferença, mostrando, porém, serem compatíveis com quadros de comprometimento vocal de diferentes tipos, conforme um estudo de validação do IDV-10⁽²²⁾, em que foram encontradas médias de 1,0 para pacientes sem queixa vocal e escores brutos variando de 8,0 a 28,0 pontos, para pacientes com quadros de disfonias funcionais e paralisia de prega vocal. Ressalta-se que, no referido estudo, não havia casos de disfonia por carcinoma em laringe e os escores do presente estudo se mostraram inferiores à maioria dos casos de disfonia estudados.

Apenas uma questão do domínio orgânico (O10) do IDV-10 revelou diferença entre os dois grupos. A questão “As pessoas perguntam: o que você tem na voz?” revelou maior desvantagem para o grupo LT, o que pode ser justificado ao se considerar a modificação da voz de forma marcante para quem a ouve. No grupo LT, a maioria utilizava prótese traqueoesofágica, em que ocorre o vedamento digital do traqueostoma ao falar, algo que pode chamar a curiosidade das pessoas. O mesmo pode acontecer com a laringe eletrônica, cuja modificação da fonte fonatória difere muito de uma voz laríngea.

No que diz respeito ao número elevado de estratégias utilizadas por ambos os grupos para enfrentamento do problema de voz, os resultados (Tabela 2) vão ao encontro daqueles encontrados em estudo anteriormente citado⁽²²⁾. Ressalta-se que não

Tabela 3. Médias dos dois grupos obtidas em cada uma das questões do domínio foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia - 27

Questões	Grupo LPSC Médias	Grupo LT Médias	Valor de p
2. Eu tento evitar situações que tornam meu problema de voz mais evidente.	1,0	1,5	0,572
4. Eu procuro buscar todas as informações possíveis sobre meu problema de voz.	4,8	1,1	0,002**
7. Falar com amigos e familiares sobre meu problema de voz me ajuda.	1,8	3,3	0,152
8. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz procurando compreendê-lo.	3,9	2,8	0,191
11. É mais fácil conviver com meu problema de voz quando não falo.	1,5	1,5	0,999
13. Acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando faço perguntas aos médicos.	4,5	2,9	0,084*
14. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz evitando estar com outras pessoas.	0,5	0,5	0,897
24. Descansar a voz me ajuda a lidar com o problema de voz.	2,6	0,8	0,047*
25. Eu peço ajuda aos outros por causa do meu problema de voz.	0,3	1,0	0,168
26. Eu tento fazer atividades físicas para não pensar na voz.	2,4	1,1	0,346

* Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste de Mann-Whitney/Wilcoxon para comparação dos valores entre 2 grupos

Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricoide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

Tabela 4. Médias dos dois grupos obtidas em cada uma das questões do domínio foco na emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia - 27

Questões	Grupo LPSC Médias	Grupo LT Médias	Valor de p
1. É mais fácil lidar com meu problema de voz quando os outros são amáveis.	2,9	4,3	0,192
3. Eu fico pensando como seria bom não ter problema de voz.	0,8	2,4	0,335
5. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz falando o que eu sinto.	1,8	2,8	0,419
6. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz evitando pensar nele.	3,3	1,8	0,201
9. Eu guardo para mim qualquer preocupação sobre meu problema de voz.	2,6	2,1	0,460
10. Eu acho que há pouco que eu possa fazer para meu problema de voz.	1,1	2,0	0,359
12. Ter um problema de voz me ajudou a compreender alguns fatos importantes sobre minha vida.	3,7	3,1	0,580
15. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz desejando que ele acabe.	0,9	1,1	0,573
16. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz fazendo piadas sobre ele.	0,3	2,0	0,007*
17. Eu tento aceitar meu problema de voz porque não há nada que possa ser feito.	3,0	3,1	0,800
18. Eu acho que a religião, orar ou rezar me ajudam a lidar com meu problema.	4,3	3,0	0,171
19. Eu guardo para mim as frustrações causadas pela minha voz e poucos amigos sabem o que eu sinto.	2,1	1,6	0,455
20. Eu tento me convencer de que meu problema de voz não me prejudica tanto.	4,1	3,1	0,346
21. Ter um problema de voz tem me ajudado ser uma pessoa melhor.	2,9	2,7	0,762
22. Eu ignoro meu problema de voz olhando somente para as coisas boas vida.	3,6	3,4	0,443
23. Quando minha voz fica ruim, descontro nos outros.	0,4	0,3	0,717
27. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando me comparo com pessoas com problemas de saúde piores que o meu.	5,0	4,1	0,169

* Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste de Mann-Whitney/Wilcoxon para comparação dos valores entre 2 grupos

Legenda: LPSC = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia parcial supracricoide; LT = Grupo de sujeitos que realizou laringectomia total

houve diferença nas médias de escores brutos encontrados nos dois grupos, o que está em concordância com estudo que, por meio do Protocolo PEED-27, verificou que sujeitos com queixa vocal demonstraram utilizar mais que o dobro de estratégias de enfrentamento, do que a população em geral. Segundo o estudo, o escore total médio do grupo com queixa vocal foi de 51,86 e da população em geral foi de 23,18⁽¹⁷⁾.

Estratégias de enfrentamento são resultados de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados para gerenciar as demandas internas e externas diante de circunstâncias estressantes e as emoções que elas geram⁽²⁸⁾. Em outras palavras, são formas utilizadas por um indivíduo para lidar com um problema que lhe causa estresse e que tenta superar, de alguma forma^(17,19,29).

As estratégias de enfrentamento são variáveis, conforme as experiências individuais, podendo ser focadas na emoção ou no problema. No primeiro caso, há uma procura para diminuir a sensação de desconforto emocional interno, sendo predominantemente utilizada em situações de comprometimento de caráter permanente. No caso de estratégia com foco no problema, há busca por mudanças diretas no ambiente que gerou o estresse, sendo mais usada em situações passíveis de modificações. Ambas as estratégias acontecem em situações em que há um aumento de estresse, influenciando-se mutuamente^(28,30).

No presente estudo, em ambos os grupos foi observado o predomínio da utilização de estratégias com foco na emoção, não tendo sido encontradas diferenças entre os grupos nas médias dos escores deste domínio. Praticamente, pode-se dizer que os sujeitos de ambos os grupos utilizavam o dobro de estratégias com foco na emoção (médias para LPSC 42,73 e LT 42,2), quando comparadas àquelas com o foco no problema. A literatura apontou que estratégias com foco no problema são, geralmente, utilizadas por pessoas que passam por um problema “temporário”. Já no caso de foco na emoção, dá-se o inverso⁽²⁹⁾, o que pode ter ocorrido no presente estudo, pois, muito provavelmente, tanto a retirada total quanto parcial da laringe implicam perda permanente de estruturas e funções de seu organismo.

Em relação a certas questões do domínio foco no problema, observou-se diferença entre os grupos, na busca de conhecimento sobre a doença. O grupo que realizou laringectomia parcial supracricóide diferiu do grupo LT, nas seguintes questões: “Eu procuro buscar todas as informações possíveis sobre meu problema de voz”; “Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz procurando compreendê-lo”; “Acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando faço perguntas aos médicos”. Supõe-se, portanto, certa tendência do grupo LPSC em buscar estratégias focadas em esforços para administrar ou alterar o problema⁽¹⁹⁾.

A literatura afirmou que os sujeitos utilizam mais estratégias com foco no problema em presença de situação “mutável”^(28,30). Embora tenha sido uma tendência pontual, pode-se justificar a propensão do grupo LPSC em utilizar certas estratégias com foco no problema, de forma mais expressiva que o grupo LT, ao se considerar que sujeitos do grupo LPSC possuíam mais possibilidades adaptativas de suas vozes do que os sujeitos que realizaram LT, pois, neste caso, com a retirada total da laringe, a traqueostomia e a perda da fonte vocal são permanentes.

Destaca-se que nas questões relacionadas a estratégias de enfrentamento com foco na emoção, o item “Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz fazendo piadas sobre ele” apresentou diferença entre os grupos, sendo que o grupo LT demonstrou utilizar mais desta estratégia. Muitas poderiam ser as interpretações para o fato de o grupo de laringectomizados totais ter afirmado sentir mais facilidade para lidar com seu problema de voz fazendo brincadeiras com isso. Pode-se pensar que o caráter imutável advindo da retirada total da laringe,

ou mesmo as formas de comunicação, voz esofágica, laringe eletrônica ou prótese traqueoesofágica, muito diferentes de um meio de comunicação usual, façam desses indivíduos alvos constantes de curiosidade social, o que os leva a desenvolver este tipo de estratégia.

De acordo com a literatura, quando se compara a laringectomia total à técnica cirúrgica de laringectomia parcial supracricóide, aponta-se esta última como uma boa alternativa para tratamento de tumores T1, T2, T3 e alguns casos selecionados de T4. Seus resultados têm se mostrado satisfatórios, tanto para a preservação do órgão, como em relação a benefícios funcionais^(1,2,3,4,5,6,7). Porém, apesar de tais afirmações, a autoavaliação da voz dos sujeitos e as análises relacionadas à desvantagem vocal não revelaram diferenças entre os dois grupos, o mesmo acontecendo com relação às estratégias de enfrentamento do problema de voz.

CONCLUSÃO

A comparação de dois grupos de sujeitos que realizaram laringectomia parcial supracricóide e laringectomia total não evidenciou diferenças nos aspectos de autoavaliação da voz e desvantagem vocal. Os dois grupos demonstraram utilizar mais que o dobro de estratégias de enfrentamento do problema de voz, quando comparados à população sem queixa vocal, com predomínio acentuado de estratégias com foco na emoção. Sugere-se que mais estudos sejam realizados, para verificação dos impactos de ambos os recursos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

1. Gallo A, Mancio V, Tropiano ML, Simonelli M, Marvaso V, D’Arcangelo E et al. Prognostic value of resection margins in supracricoid laryngectomy. *Laryngoscope*. 2004;114(4):616-21. <https://doi.org/10.1097/00005537-200404000-00005>.
2. Laudadio P, Presutti L, Dall’Olio D, Cunsolo E, Consalici R, Amorosa L et al. Supracricoid laryngectomies: long-term oncological and functional results. *Acta Otolaryngol*. 2006;126(6):640-9. <https://doi.org/10.1080/00016480500469024>
3. Nakayama M, Okamoto M, Miyamoto S, Takeda M, Yokobori S, Masaki T et al. Supracricoid laryngectomy with cricothyroidoepiglottis-pexy or cricothyroido-pexy: experience on 32 patients. *AurisNasus Larynx*. 2008;35(1):77-82. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2007.04.018>
4. Alicandri-Ciuffelli M, Piccinini A, Bergamini G, Ruberto M, Ghidini A, Marchioni D et al. Atypical neoglottis after supracricoid laryngectomy: a morphological and functional analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268(7):1029-34. <https://doi.org/10.1007/s00405-011-1556-4>
5. Szyfter W, Leszczynska M, Wierzbicka M. Outcome after supracricoid laryngectomies in the material of ENT Department, Poznan University of Medical Sciences. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268(6):879-83. <https://doi.org/10.1007/s00405-011-1513-2>

6. Castro A, Sanchez-Cuadrado I, Bernaldez R, Del Palacio A, Gavilan J. Laryngeal function preservation following supracricoid partial laryngectomy. *Head Neck*. 2012;34(2):162-7. <https://doi.org/10.1002/hed.21703>
7. Vincentiis M, De Virgilio A, Bussu F, Gallus R, Gallo A, Bastanza G et al. Oncologic results of the surgical salvage of recurrent laryngeal squamous cell carcinoma in a multicentric retrospective series: emerging role of supracricoid partial laryngectomy. *Head Neck*. 2015;37(1):84-91. <https://doi.org/10.1002/hed.23563>
8. Moyano JAM, Gutiérrez RS, Noguera JR, Aumente PO, Villarejo PL. Calidad de vida em pacientes tratados mediante laringectomia parcial supracricóideia com cricohioidopiglotopexia (CHEP). *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004;55(9):409-14. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(04\)78545-3](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(04)78545-3)
9. Decotte A, Woisard V, Percodani J, Pessey JJ, Serrano E, Vergez S. Respiratory complications after supracricoid partial laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267(9):1415-21. <https://doi.org/10.1007/s00405-010-1238-7>
10. Kucuk H, Kurnaz SC, Kutlar G. Treatment expectations and quality of life outcomes of patients with laryngeal cancer based on different treatment methods. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272(5):1245-50. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3066-7>
11. Eadie TL, Bowker BC. Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;146(6):959-65. <https://doi.org/10.1177/0194599812437315>
12. Vakharia KT, Ali MJ, Wang SJ. Quality-of-life impact of participation in a head and neck cancer support group. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136(3): 405-10. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2006.10.018>
13. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. "I have quality of life...but...": exploring support need important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(2):192-200. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.010>
14. Campos RJDS, Leite ICG. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. *Rev CEFAC*. 2010;12(4):671-77. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000038>
15. Rogers SN. Quality of life perspectives in patients with oral cancer. *Oral Oncol*. 2010;46(6):445-7. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.02.021>
16. Melo Filho MR, Rocha BA, Pires MBO, Fonseca ES, Freitas EM, Martelli Jr H et al. Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(1):82-9. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130014>
17. Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Coping strategies in voice disorders of a Brazilian population. *J Voice*. 2012;26(2):205-13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.023>
18. Zambon F, Moreti F, Behlau M. Coping strategies in teachers with vocal complaint. *J Voice*. 2014;28(3):341-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.11.008>
19. Chaves EC, Cade NV, Montovani MF, O Leite RCB, Spire WC. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):370-5. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000400008>
20. Costa T, Oliveira G, Behlau M. Validação do índice de Desvantagem Vocal: 10 (IDV-10) para o português brasileiro. *CoDAS*. 2013;25(5):482-5. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000500013>
21. Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Validation of the Brazilian version of voice disability coping questionnaire. *J Voice*. 2016;30(2):247. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.01.004>
22. Rosen CA, Lee AS, Osborne J, Zullo T, Murry T. Development and validation of the voice handicap index-10. *Laryngoscope*. 2004;114(9):1549-56. <https://doi.org/10.1097/00005537-200409000-00009>
23. Oliveira IB, Augusti ACV, Siqueira DM. Avaliação de voz e qualidade de vida após laringectomia supracricóide. *Audiol Commun Res*. 2013;18(4):353-60. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312013000400018>
24. Schindler A, Favero E, Nudo S, Albera R, Schindler O, Cavalot AL. Long-term voice and swallowing modifications after supracricoid laryngectomy: objective, subjective, and self-assessment data. *Am J Otolaryngol*. 2006;27(6):378-83. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2006.01.010>
25. Schindler A, Mozzanica F, Ginocchio D, Invernizzi A, Peri A, Ottaviani F. Voice-related quality of life in patients after total and partial laryngectomy. *Auris Nasus Larynx*. 2012;39(1):77-83. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2011.03.009>
26. Saito K, Akari K, Ogawa K, Shiotani A. Laryngeal function after supracricoid laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;140(4):487-92. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.12.036>
27. Anchette D, Menezes MB, Nakay MY, Prandini B, Kikuchi W, Gonçalves AJ. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe no pós-operatório tardio. *Soc Bras Psico Oncol*. 2009;4(3):1-6.
28. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-70. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
29. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud Psicol*. 1998;3(2):273-94. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
30. Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estud Psicol*. 2007;12(2):177-84.